

Michael Bochow, Axel J. Schmidt, Stefanie Grote  
Forschungsgruppe Public Health  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

---



## Wie leben schwule Männer heute?

Lebensstile, Szene, Sex, AIDS 2007.

Gesamtbericht zur 8. Wiederholungsbefragung „Schwule Männer und AIDS“  
im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

## Verantwortung für die Studie

### Projektleitung:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

### Projektdurchführung:

Dr. Michael Bochow

Axel J. Schmidt, MPH

Dr. Stefanie Grote

## Danksagung

Die AutorInnen danken:

Frank Amort (Aids Hilfe Wien)  
Martin Dannecker  
Klaus Jansen (Kompetenznetz HIV)  
Michael Lange (RKI)  
Ulrich Marcus (RKI)  
Murad Ruf (HPA, London)  
Bernd Vielhaber (HIV.Report)

Jürgen Töppich (BZgA)  
Ursula von Rügen (BZgA)

Michael Bortz (idpraxis)  
Stephan Kaß (idpraxis)  
Thomas Schweer (idpraxis)

Karl Lemmen (DAH)  
Dirk Sander (DAH)  
Armin Schafberger (DAH)  
Steffen Taubert (DAH)

Tatjana Mönninghoff  
Andreas Bliemeister (WZB)  
Hannelore Rees (WZB)

Christoph vom DBNA-Team  
Klaus Gerber (Funkyboys)  
Bernd Kurz (GayRoyal)  
Jens Schmidt (GayRomeo)  
Karlheinz Schuler (Homo.net)  
Micha Schulze (queer.de)

Stichworte	key words
Homosexuelle Männer	gay men
MSM	MSM
HIV/AIDS-Prävention	HIV/AIDS prevention
Risikoverhalten	risk taking
Kombinationstherapien	combination therapies
ART	ART
Lebensstile	life style
Informationsniveau	information level
Gewalterfahrungen	experience of violence
KAB-Studien	behavioural surveillance

## Inhalt

<b>I</b>	<b>Einleitung und Methodik</b> .....	<b>7</b>
1.	Erhebungsmethode .....	7
2.	Rücklauf .....	8
<b>II</b>	<b>Zusammensetzung der Stichprobe</b> .....	<b>13</b>
1.	Soziodemografischer Vergleich online/offline .....	13
<b>III</b>	<b>Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homo-&amp; bisexueller Männer</b>	<b>21</b>
1.	Selbstdefinition .....	21
2.	Wohnsituation .....	21
3.	Akzeptanz der Homosexualität im Familien- und Freundeskreis .....	22
4.	Einbindung in schwule Lebenswelten .....	24
5.	Mitgliedschaften in ausgewählten Organisationen .....	26
6.	Feste Freundschaften und Beziehungsdauer .....	27
7.	Gewalt gegen schwule Männer .....	29
<b>IV</b>	<b>Sexualität und Risikoverhalten</b> .....	<b>31</b>
1.	Partnerzahl und Frequenz von Sexualkontakten .....	31
2.	Sexuelle Praktiken .....	34
3.	Präventives Verhalten bei Oralverkehr .....	36
3.1	Oraler Kontakt mit Sperma .....	36
4.	Präventives Verhalten bei Analverkehr .....	38
4.1	Kondomgebrauch, Erfahrungen und Widerstände .....	38
4.2	Kondomgebrauch innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften .....	40
4.3	<i>Negotiated Safety</i> .....	42
4.4	Strategische Positionierung .....	43
4.5	„Dipping“ / <i>Coitus interruptus</i> .....	46
5.	Bereiche sexueller Interaktion .....	48
6.	Häufigkeit von Risikokontakten insgesamt .....	55
7.	Drogenkonsum und Risikoverhalten .....	59
8.	Sexuell übertragbare Infektionen .....	66
8.1	Prävalenzen viraler STI .....	68
8.2	Inzidenzen bakterieller STI .....	69
8.3	Unterschiede nach Bereichen sexueller Interaktion .....	72
<b>V</b>	<b>HIV-Antikörpertest</b> .....	<b>73</b>
1.	Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests .....	73
2.	Testergebnisse und regionale Verteilung /Wohnortgröße .....	75
3.	HIV-Infektion und Sozioökonomischer Status .....	76
4.	Gründe für eine Teilnahme am HIV-Antikörpertest .....	79
5.	Thematisierung des Testergebnisses .....	79
6.	Gründe gegen die Durchführung eines HIV-Antikörpertests .....	80
<b>VI</b>	<b>HIV-Serostatus, Serosorting und Serocommunication</b> .....	<b>81</b>
1.	HIV-Serostatus in festen Partnerschaften .....	81
2.	Serosorting .....	87
3.	Kommunikation über den HIV-Serostatus .....	92
3.1	Geschützter vs. ungeschützter Analverkehr in Abhängigkeit von der Einschätzung des HIV-Serostatus des letzten Sexualpartners .....	93
3.2	Direkte und indirekte Kommunikation über den HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften .....	94
3.3	Ungeschützter Analverkehr in festen Partnerschaften .....	99

<b>VII</b>	<b>Auswirkungen von HIV-Testverhalten, Antiretroviraler Therapie (ART) und Postexpositionsprophylaxe (PEP) auf das präventive Verhalten.....</b>	<b>103</b>
1.	Zusammenhang zwischen Test- und präventivem Verhalten .....	103
2.	Häufigkeit der ART-Verordnung und Auswirkung der ART bei HIV-Positiven auf das präventive Verhalten .....	108
3.	Häufigkeit der PEP-Verordnung und Auswirkungen der PEP auf das präventive Verhalten .....	113
<b>VIII</b>	<b>Informationsverhalten, -quellen &amp; -niveau.....</b>	<b>119</b>
1.	Informationsverhalten .....	119
2.	Genutzte und wichtigste Informationsquellen .....	120
3.	Informationsniveaus .....	122
3.1	Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV.....	122
3.2	Informationsniveau zu den Kombinationstherapien.....	123
4.	Verbreitung von DAH Materialien.....	124
<b>IX</b>	<b>MSM mit Migrationshintergrund.....</b>	<b>127</b>
1.	Soziodemographische Merkmale .....	128
2.	Sexuelle Identität, Akzeptanz der Homosexualität, Subkultur .....	129
3.	Sexualität, Risikoverhalten, STI .....	131
4.	HIV-Testverhalten und -Serostatus.....	132
5.	Informationsniveau und Informationsquellen .....	133
<b>X</b>	<b>Stabilität und Veränderungen im Zeitverlauf (1991-2007) .....</b>	<b>135</b>
1.	Veränderungen der Stichprobe im Zeitverlauf: Soziodemographie .....	136
2.	Veränderungen der Stichprobe im Zeitverlauf: Schwule Lebenswelten.....	138
3.	Veränderungen im Informationsverhalten .....	142
4.	Veränderungen im Testverhalten .....	145
5.	Sexualität und Risikoverhalten.....	147
<b>XI</b>	<b>Zusammenfassung, Ausblick und Empfehlungen .....</b>	<b>153</b>
	Schlussfolgerungen für die Prävention.....	166
<b>XII</b>	<b>Fragebogen .....</b>	<b>168</b>
<b>XIII</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>173</b>



# I Einleitung und Methodik

In den Jahren 1991 bis 2003 wurden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in 2 bis 3-jährigen Abständen Befragungen zum präventiven Verhalten homosexueller Männer vor dem Hintergrund der Bedrohung durch AIDS durchgeführt<sup>1</sup>. Im Folgenden wird als Bezeichnung für diese Befragungen die Abkürzung SMA (*Schwule Männer und AIDS*) verwendet. 1987 und 1988 waren analoge Befragungen im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt worden. Die Erhebungen erfolgten durch die Schaltung eines vierseitigen Fragebogens in den wichtigsten Monatszeitschriften für homosexuelle Männer in der Bundesrepublik. Vor dem Hintergrund des festgestellten Rückgangs der Beteiligung von unter 30-jährigen Männern wurde seit der Erhebung von 2003 die Befragung mit einem neuen Erhebungsmedium (das auch besonders von jüngeren Schwulen genutzt wird) erweitert. Der Fragebogen wurde seither zusätzlich über eine eigene Domain im Internet zugänglich gemacht, die eine Online-Beteiligung an der Befragung ermöglichte. Über bestimmte Portale, die von schwulen Männern genutzt werden, wurde auf die Befragung mit „Links“ hingewiesen.

Mit den Wiederholungsbefragungen können Zeitreihen zu relevanten Aspekten für die HIV-Prävention wie z. B. die Teilnahme am HIV-Test und die Prävalenz von HIV unter den getesteten homosexuellen Männern fortgeschrieben werden. Die hierdurch gewonnenen Ergebnisse (wie auch die Daten zur Inzidenz und Prävalenz sexuell übertragbarer Infektionen) haben sich als gut geeignetes ergänzendes Datenmaterial zu den am Robert-Koch-Institut in Berlin gesammelten Daten erwiesen. Die Ergebnisberichte aller bisherigen Befragungen wurden in der Publikationsreihe der Deutschen AIDS-Hilfe AIDS-FORUM DAH veröffentlicht. Diese Reihe wendet sich an Multiplikatoren aus AIDS-Hilfen, Mitglieder anderer mit HIV/AIDS befassten Professionen und interessierte Laien. Die bisherigen Berichte wurden breit rezipiert. Die AutorInnen hoffen, dass dieser Bericht auf ein ähnliches Interesse stoßen wird.

## 1. Erhebungsmethode

Von Mai bis Juni 2007 wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) sowohl über das Internet als auch über Monatsmagazine für schwule Männer ein Fragebogen zu (sexuellen) Lebensstilen, zur Lebenssituation, zu Schutzverhalten sowie zu Reaktionen auf AIDS bei schwulen Männern geschaltet.

Auch bei dieser achten Wiederholungsbefragung handelt es sich um keine repräsentative Erhebung. Repräsentativbefragungen im eigentlichen Sinne sind nur möglich, wenn man aus einer bekannten Grundgesamtheit eine irgendwie geartete Stichprobe zieht. Eine solche Stichprobenziehung ist im vorliegenden Fall nicht möglich, da die Grundgesamtheit der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) in Deutschland unbekannt ist. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um ein so genanntes *convenience sample*<sup>2</sup>. Die Ergebnisse der Untersuchung haben dennoch exemplarische Bedeutung. In allen Befragungswellen wurde bisher eine „Kerngruppe“ von MSM erreicht, die zu den sexuell aktiveren Männern gehören und zu einem erheblichen Teil in deutschen Großstädten mit quantitativ bedeutenden MSM-Populationen leben. Werden Aussagen zu dieser „Kerngruppe“ getroffen, sind (Trend-)Aussagen möglich (siehe hierzu insbesondere **Abschnitt X** in diesem Bericht). Außerdem liefern Vergleiche mit anderen Studien (KABaSTI, Studien aus Frankreich, der Schweiz und Großbritannien) Hinweise dafür, dass die Ergebnisse der SMA-Befragung mehr als Zufallsbefunde darstellen.

---

<sup>1</sup> siehe: Bochow 1993, Bochow 1994, Bochow 1997, Bochow 2001, Bochow 2005; Bochow, Wright et al. 2004

<sup>2</sup> Ein *convenience sample* ist im Gegensatz zum *random sample* eine Stichprobe, die nicht per Zufallsprinzip gebildet wurde. Ausgewählt werden jene Personen, die möglichst leicht erreichbar sind, beispielsweise Leser von Zeitschriften bzw. Nutzer bestimmter Internetseiten.

Signifikanzberechnungen geben an, inwieweit gefundene Verteilungen sich von erwarteten Verteilungen unterscheiden.<sup>3</sup> Diese Berechnungen sind jedoch stark von der Stichprobengröße abhängig. Aus diesem Grund haben wir auf Angaben zur statistischen Signifikanz für die einzelnen Ergebnisse im Text weitgehend verzichtet. Bei den vorliegenden hohen Fallzahlen ist jedoch davon auszugehen, dass in den Graphiken sichtbare Unterschiede auch statistisch signifikant sind. In den folgenden Darstellungen werden „fehlende Werte“ zur besseren Lesbarkeit von Grafiken und Tabellen in aller Regel dann nicht dargestellt, wenn der Anteil von Befragten „ohne Angabe“ unter zwei Prozent liegt.

Weil sich insbesondere jüngere und ältere Männer mit gleichgeschlechtlichem Sex häufig nicht als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen, wird im Folgenden die Formulierung „Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM) gewählt.<sup>4</sup>

## 2. Rücklauf

Die Befragung im Jahr 2007 wurde erstmalig in der Geschichte der SMA-Befragungen zeitgleich und mit einem fast identischen Erhebungsinstrument auch in Österreich durchgeführt.

Ausgehend von einem Brutto-Rücklauf von 9.724 Fragebögen wurden die Fragebögen ausgeschlossen, bei denen sich widersprüchliche Angaben zu zentralen Fragen fanden, kein Alter angegeben war, bzw. das Alter über 80 oder unter 15 Jahren lag oder bei denen nicht erkenntlich war, über welche Zeitschrift bzw. über welche Internetseite der Online-Bogen ausgefüllt wurde. Die Zeit, die benötigt wurde, um den Online-Fragebogen auszufüllen, wurde gespeichert. Im Durchschnitt (Median) brauchten Befragungsteilnehmer 18 Minuten um die 70 Fragen zu beantworten. Befragungsteilnehmer, die weniger als 9 Minuten zum Ausfüllen gebraucht haben, wurden ebenfalls von der Auswertung ausgeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass in einer so kurzen Zeit keine validen Angaben gemacht werden konnten. Insgesamt konnten nach der Datensatzbereinigung 9.024 Fragebögen ausgewertet werden.

Wegen der unterschiedlichen Zuwendungsgeber wurden die Daten für Deutschland und Österreich jedoch getrennt voneinander ausgewertet. Der ursprüngliche Datensatz wurde daher in einen deutschen und einen österreichischen Datensatz aufgeteilt. Da im Gegensatz zur weitgehend regionalen Verbreitung von Schwulenzeitschriften die Nutzung von Internetseiten mehr durch Sprach- als durch Landesgrenzen determiniert ist, wurden die Befragten nicht nach Staatsbürgerschaft, sondern nach ihrem aktuellen Wohnsitz aufgeteilt. Befragte mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands wurden im Rahmen der Datensatzbereinigung für die deutsche Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt konnten 8.170 Fragebögen von in Deutschland lebenden Befragten ausgewertet werden. 76 Prozent der Fragebögen wurden online ausgefüllt.

Der Fragebogen wurde in insgesamt neun in Deutschland erscheinenden Monatszeitschriften für schwule Männer abgedruckt. Ein Kriterium für die Auswahl der Zeitschriften war ihre Präsenz in den Ballungszentren mit einem hohen Bevölkerungsanteil homosexueller Männer. „BOX“ liegt vor allem in Berlin, Hamburg, München und einigen weiteren Orten in Westdeutschland aus, „EXIT“ in Düsseldorf und im Ruhrgebiet, „GAB“ im Rhein-Main-Gebiet und „Hinnerk“ in Hamburg, Hannover, Bremen Schwerin und Rostock, „RIK“ im Großraum Köln. Die „Sieges säule“ wird vor allem im Berliner und Potsdamer Raum angeboten sowie „Sergej München“ im Münchner Großraum. „EREXXION“ liegt auf den Verkaufsf lächen des Bruno-Gmünder-

---

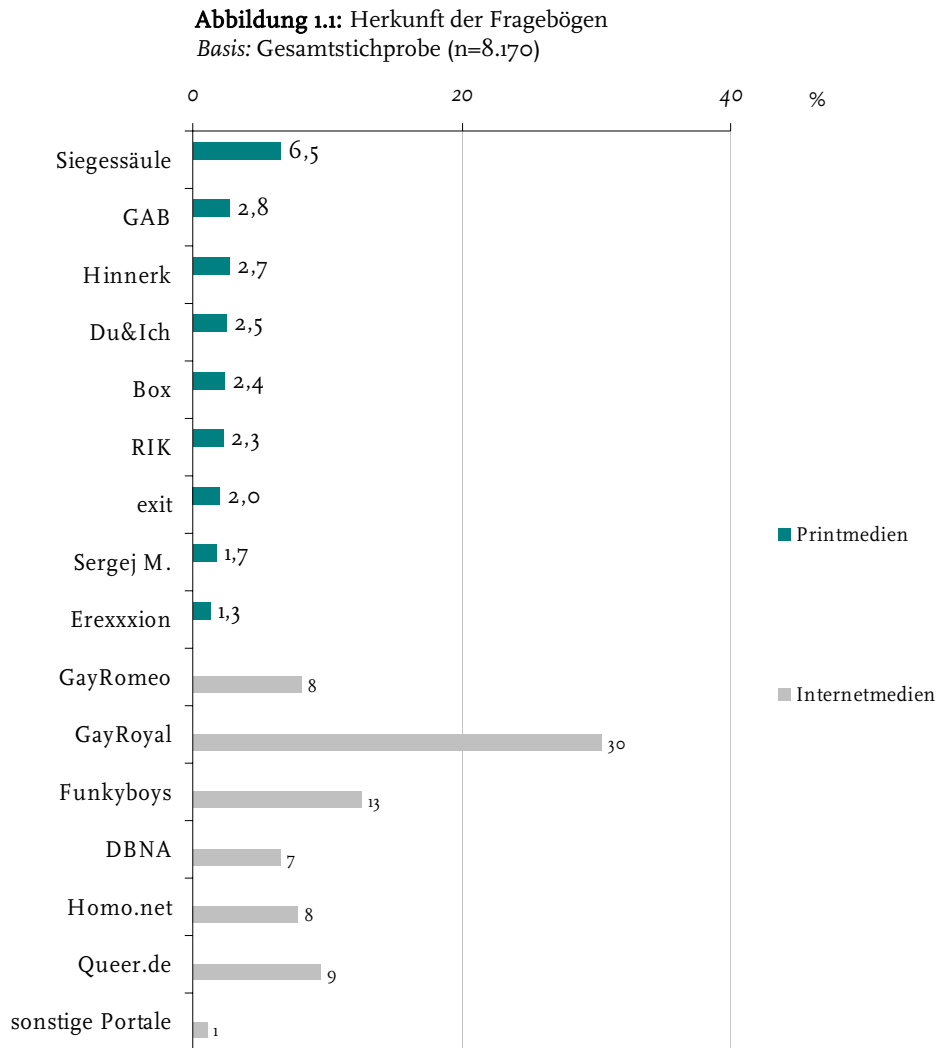
<sup>3</sup> In der Statistik sind Unterschiede nicht signifikant, wenn der beobachtete Zusammenhang wahrscheinlich nur durch Zufall zustande gekommen ist.

<sup>4</sup> kritisch zu diesem Begriff siehe Young & Meyer 2005



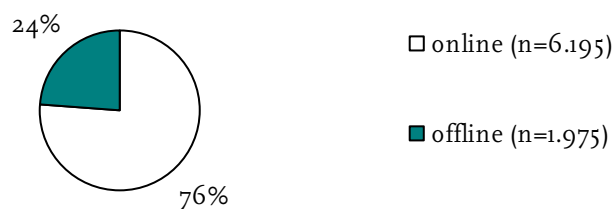
Verlags und in Buchhandlungen für schwule Männer aus; „Du+Ich“ wird (als einzige berücksichtigte kostenpflichtige Zeitschrift) deutschlandweit vertrieben.

Darüber hinaus wurde auf sechs Internetportalen für MSM, die MSM für soziale sowie sexuelle Kontakte suchen, auf den Fragebogen mit Bannern hingewiesen. **Abbildung 1.1** zeigt den Rücklauf nach Erhebungsmedium.



**Abbildung 1.1** macht deutlich, dass der Hauptanteil des Fragebogenrücklaufs über die Internetportale gewonnen wurde. Den höchsten Anteil nimmt „GayRoyal“ mit fast einem Drittel des Rücklaufs ein. Bei den Printmedien wurde der größte Anteil an Befragten über die „Siegessäule“ erreicht. Dies bedeutet, dass erstmalig mit dieser Wiederholungsbefragung eine große Mehrheit der Fragebögen online beantwortet wurden (siehe auch die folgende **Abbildung 1.2**). In der vorangegangenen Befragung von 2003 betrug dieser Anteil 52 Prozent.

**Abbildung 1.2:** Befragte nach Zugang zum Fragebogen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170)

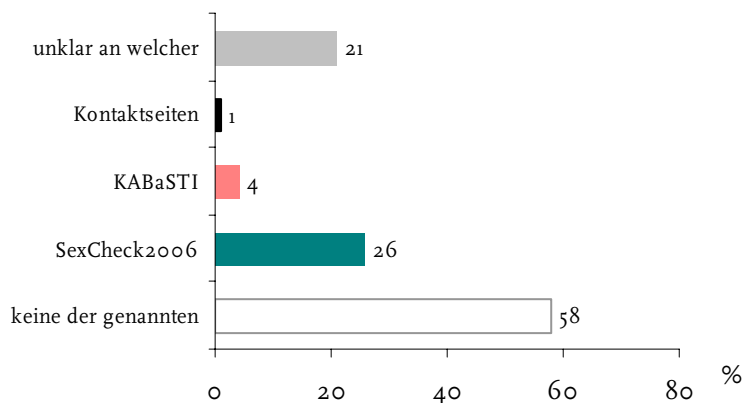


Die Befragung im Auftrag der BZgA wird seit 1991 in regelmäßigen Abständen wiederholt. Etwa ein Viertel (23%) der Befragungsteilnehmer von 2007 haben angegeben, an einer der vorhergehenden Erhebungen teilgenommen zu haben. Die Befragten scheinen nur zum Teil ihrem Medium „treu“ geblieben zu sein: Von den Befragten, die sich bereits an einer früheren Befragung im Rahmen der SMA-Befragungen beteiligt haben (die vor 2003 ausschließlich über Printmedien möglich war), haben sich im Jahr 2007 41 Prozent offline beteiligt, und 59 Prozent über das Internet.

Da 2006, im Jahr vor der Erhebung, eine Vielzahl<sup>5</sup> von anonymen Befragungen von schwulen Männern durchgeführt wurde, war von Interesse, ob sich die Befragten auch an einer dieser anderen Erhebungen beteiligt haben.<sup>6</sup>

Mehr als die Hälfte (58%) der befragten MSM hat an keiner der aufgeführten Studien im Jahr 2006 teilgenommen. Ein Viertel (26%) hat sich an der Befragung SexCheck06 des Internetportals *GayRomeo* beteiligt, der mit ca. 50.000 Teilnehmern bislang größten Befragung schwuler und bisexueller Männer im deutschsprachigen Raum. Vier Prozent haben an der vom RKI durchgeführten KABAsti-Studie (mit insgesamt ca. 7.000 Befragten) teilgenommen, und ein Prozent an der Kontaktseitenstudie des WZB (ca. 4.400 befragte MSM). Ein Fünftel (21%) hat angegeben, an einer Untersuchung teilgenommen zu haben, die sich an MSM gerichtet hat, aber nicht mehr identifiziert werden konnte. Die Überschneidungen mit anderen MSM-Studien sind demnach nicht so umfangreich, dass ähnlich gerichtete Ergebnisse in den verschiedenen Erhebungen auf den gleichen Teilnehmerkreis zurückgeführt werden könnten.

**Abbildung 1.3:** Beteiligung an anderen Untersuchungen (Mehrfachantwort)  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170)



<sup>5</sup> Die Befragungen im Jahr 2006 waren: (1) KABAsti (*Knowledge, Attitudes, Behaviour as to Sexually Transmitted Infections*), durchgeführt vom Robert Koch-Institut, widmete sich vor allem der Fragestellung der Prävalenz und Inzidenz sexuell übertragbarer Infektionen bei MSM in Deutschland. Diese Befragung wurde online durchgeführt und beinhaltete zusätzlich eine kleine Stichprobe über ärztliche Praxen und Klinikambulanzen gewonnene Datensätze, vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007. (2) SexCheck2006 war eine Online-Befragung von Nutzern des schwulen Internetportals *GayRomeo* zu HIV und Safer Sex, an der sich jeder 7. Nutzer beteiligte., vgl. [www.gayromeo.de](http://www.gayromeo.de). (3) Das schwule Anti-Gewalt Projekt in Berlin (MANEO) führte 2006 die erste Umfrage zu Erfahrungen mit antischwuler Gewalt unter homo- und bisexuellen Männern durch, vgl. <http://www.maneo.de/news/maneo-news.html>. (4) Im Auftrag des Gesundheitsministeriums wurde 2006 am WZB eine Studie unter Nutzerinnen und Nutzern von Internetportalen, die der Anbahnung sexueller Kontakte für heterosexuelle Männer und Frauen sowie für homo- und bisexuelle Männer dienen, durchgeführt. Diese online durchgeführte Studie sollte u.a. in Erfahrung bringen, ob sexuelle Kontakte, die durch das Internet angebahnt werden, risikoreicher sind als andernorts angebahnte Kontakte, vgl. „Kontaktseitenstudie“ (Bochow, Schmidt et al. 2008)

<sup>6</sup> Durch diese abschließende Frage sollte auch gewährleistet werden, dass eine mehrfache Teilnahme an der Studie ausgeschlossen werden konnte: Fragebögen von Teilnehmern, die angaben, die vorliegende Befragung 2007 bereits in einer Zeitschrift bzw. über ein anderes Internetportal ausgefüllt zu haben, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

In den folgenden Kapiteln werden die untersuchten Themengebiete dargestellt. Nach der Beschreibung von bedeutsamen Aspekten der Lebenswelt der Befragten (**Abschnitte II und III**), liegt der Schwerpunkt der nachfolgenden Abschnitte auf der Thematisierung von Sexualität und Risikoverhalten (**Abschnitt IV**) sowie der Verfolgung präventiver Risikominderungsstrategien. **Abschnitt V** widmet sich dem HIV-Antikörpertest, **Abschnitt VI** dem HIV-Serostatus in festen Partnerschaften sowie der Kommunikation über den Serostatus mit Sexualpartnern außerhalb fester Partnerschaften. Auswirkungen des Testverhaltens, der Kombinationstherapien und der medikamentösen Post-Expositionsprophylaxe (PEP) auf das präventive Verhalten werden in **Abschnitt VII** thematisiert. Das Informationsverhalten (**Abschnitt VIII**) sowie ein Kapitel zu – gering vertretenen – MSM mit Migrationshintergrund (**Abschnitt IX**) bilden den Abschluss der diesjährigen Erhebung. Der letzte **Abschnitt X** ist der Darstellung von Zeit-Trends gewidmet, die sich aus der Zusammenschau der bisherigen Wiederholungsbefragungen seit 1991 ermitteln lassen.

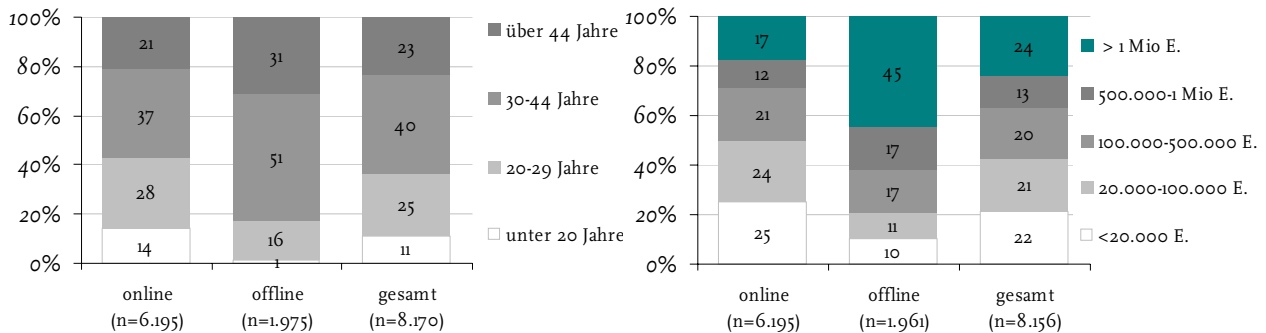


## II Zusammensetzung der Stichprobe

### 1. Soziodemografischer Vergleich online/offline

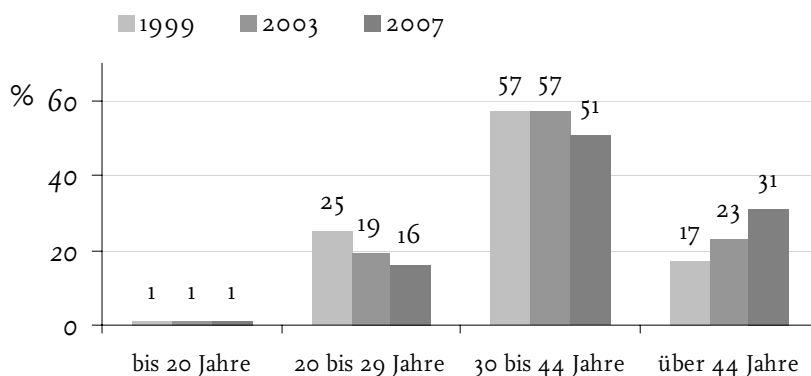
Insgesamt konnte ein breites Spektrum an MSM erreicht werden, sowohl hinsichtlich der Altersstruktur als auch der Wohnortgröße. MSM aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern machen 22 Prozent aller Befragten aus (vgl. **Abbildung 2.1**). Die meisten Befragten (40%) sind zwischen 30 und 44 Jahre alt. Über 44 Jahre alt ist etwa ein Viertel der Befragten (23%), ein weiteres Viertel ist zwischen 20 und 29 Jahre alt, elf Prozent sind jünger als 20 Jahre.

**Abbildung 2.1:** Altersstruktur (*links*) und Wohnortgröße (*rechts*) der Befragten  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170)



Das Erreichen jüngerer Altersgruppen und Bewohner kleinerer Gemeinden ist vor allem auf das Internet als Befragungsmedium zurückzuführen. Über Printmedien hingegen werden besonders MSM über 30 Jahren (82%) sowie aus Städten mit mehr 500.000 Einwohnern erreicht (62%). Werden nur Befragte betrachtet, die über Printmedien erreicht wurden, so wird im Zeitverlauf deutlich, dass der Anteil der Befragten unter 30 Jahren seit 1999 beständig abgenommen hat (vgl. **Abbildung 2.2**). Um auch diese Altersgruppe für die Befragung zu gewinnen und somit eine annähernd adäquate Repräsentanz dieser Gruppe zu gewährleisten, ist die Einbeziehung des Internets als Befragungsmedium unabdingbar.

**Abbildung 2.2:** Altersstruktur im Vergleich der Befragungen 1999, 2003 und 2007  
Basis: nur offline Befragte: 1999 (n=2.990); 2003 (n=2.258); 2007 (n=1.975)

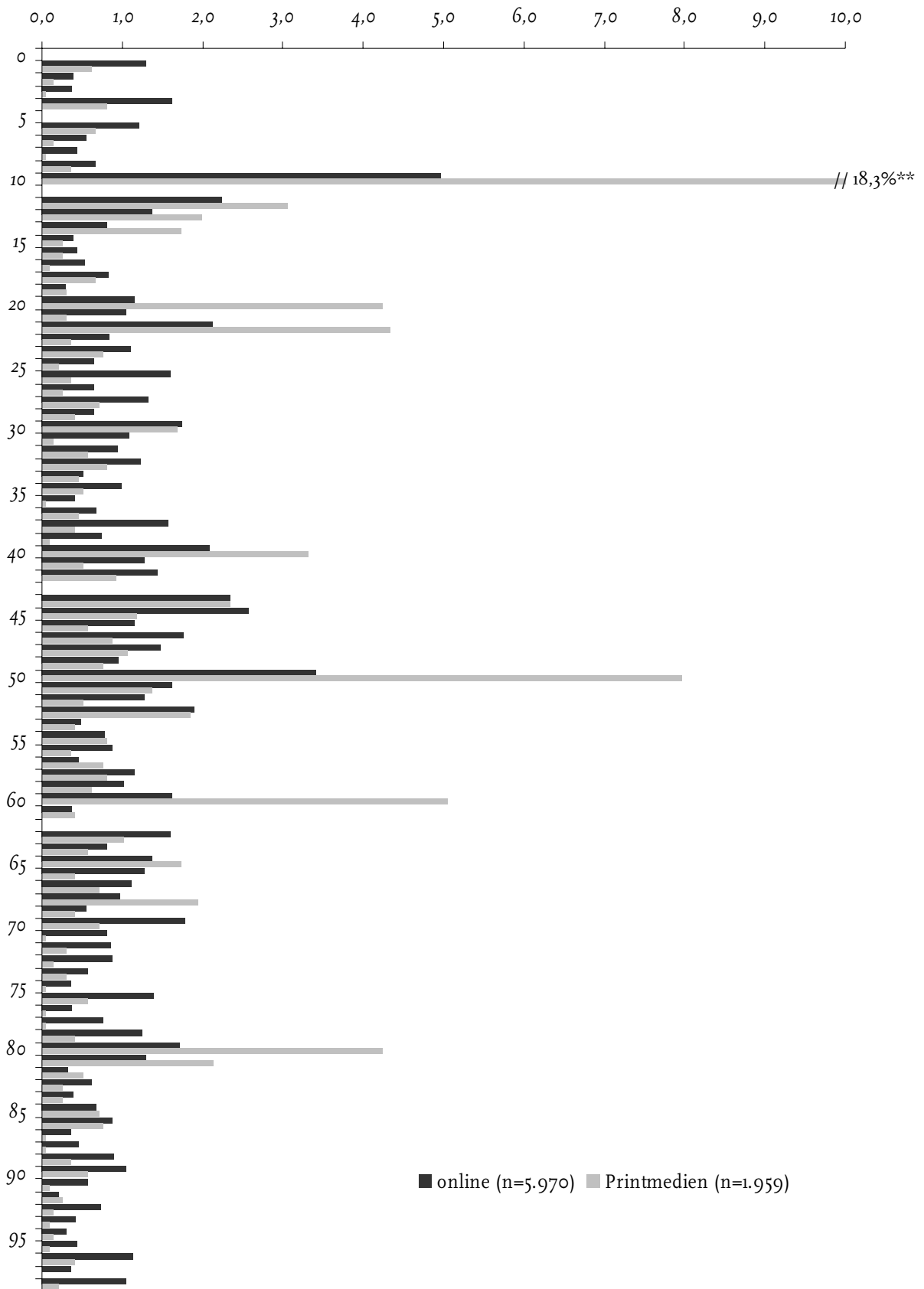


Die geographische Verteilung der Befragungsteilnehmer kann auf der Grundlage der ersten beiden Ziffern der Postleitzahl des Wohnortes, in dem die Befragten leben<sup>7</sup>, veranschaulicht werden. **Abbildung 2.3** zeigt die regionale Verteilung nach Postleitzahlregionen.

<sup>7</sup> Erfragt wurden (im Jahr 2007 erstmalig) die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl des Ortes, in dem die Befragten überwiegend leben.

**Abbildung 2.3** Regionale Verteilung der Befragungsteilnehmer

Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170); online Befragte (n=6.195), offline Befragte (n=1.975)



\* Die senkrecht abgebildeten Ziffern bezeichnen die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl.

\*\* der Wert für Berlin (10) liegt bei 18,3 Prozent für den Rücklauf über die Printmedien; zur besseren Darstellung wurde der Balken gekürzt.

Die geographische Verteilung der Befragungsteilnehmer, die den Fragebogen online ausgefüllt haben, ist breit und relativ ausgeglichen, nur die Großstadt Berlin weist einen besonders hohen Rücklauf auf. Deutlich wird im Vergleich, dass der Rücklauf über die Printmedien vor allem aus den „Schwulenmetropolen“ Berlin (PLZ 10,12.14), Hamburg (20, 22), Köln (50), Frankfurt/M. (60) und München (80, 81) kommt und dort den Anteil der online Befragten weit übersteigt.

Aus anderen Untersuchungen ist bekannt, dass jüngere Altersgruppen, vor allem MSM, die noch bei ihren Eltern wohnen, besser über das Internet erreicht werden können als über Szenezeitschriften. Da letztere in Großstädten mit schwuler Infrastruktur sehr viel leichter erhältlich sind, liegt die Annahme nahe, dass auch Befragte aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern sehr viel besser über das Internet erreicht werden.

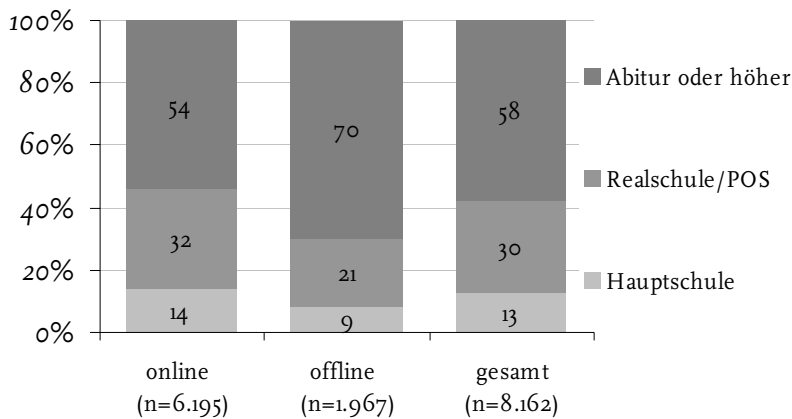
Etwas mehr als ein Drittel der Befragten lebt in einer Stadt mit mehr als einer halben Million Einwohner. Befragte aus Wohnorten mit weniger als 20.000 Einwohnern sind mit einem Anteil von knapp einem Viertel in der Stichprobe vertreten. Diese Befragten aus kleinen Städten und ländlichen Regionen wurden besser über das Internet erreicht (vgl. **Abbildung 2.1, rechts**): Mehr als die Hälfte der über das Internet Befragten leben in Orten unter 100.000 Einwohnern, dagegen nur knapp ein Viertel der über die schwule Presse Befragten. Insbesondere aus „Schwulenmetropolen“ wie Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt ist ein höherer Rücklauf von offline ausgefüllten Fragebögen zu verzeichnen (vgl. **Tabelle 2.1**). Diese Verteilung spiegelt die höhere Verfügbarkeit der Zeitschriften in Ballungsräumen bzw. in Regionen, in denen viele schwule Männer leben, wieder. Der im Vergleich geringe Anteil von MSM, die über Printmedien in den neuen Bundesländern erreicht wurden, hängt in erster Linie wohl damit zusammen, dass keine Zeitschrift in die Befragung miteinbezogen wurde, die speziell eine Region in den neuen Bundesländern „bedient“.

**Tabelle 2.1:** Geografische Verteilung der Befragten nach Zugangsweg

	online % (n)	offline % (n)	gesamt % (n)
<b>Berlin</b>	8,9	24,5	12,8
<b>Hamburg, München, Köln, Frankfurt</b>	10,7	27,5	14,9
<b>restliche neue Bundesländer (Ost)</b>	11,7	5,4	10,1
<b>restliche alte Bundesländer (West)</b>	68,7	42,6	62,2
<b>Gesamt</b>	100,0 (5.977)	100,0 (1.962)	100,0 (7.939)

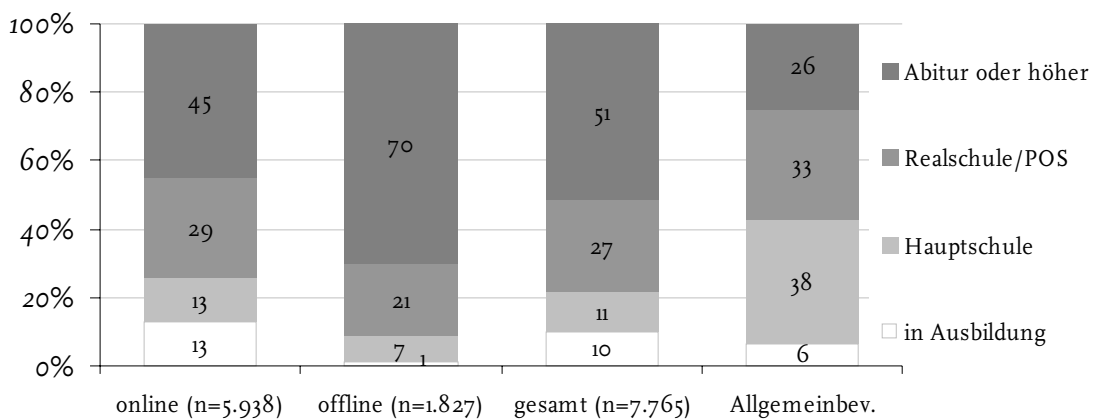
Der Anteil der Befragten mit Abitur bzw. Hochschulabschluss ist – wie in den vorangegangenen Erhebungen – hoch. Über die Hälfte der Befragten (58%) hat Abitur oder einen höheren Abschluss<sup>8</sup>. Im Vergleich zur Befragung von 2003 ist dieser Anteil jedoch niedriger (2003: 65%). **Abbildung 2.4** zeigt, dass dieser niedrigere Anteil im Jahr 2007 auf die höhere Beteiligung von Männern, die online erreicht wurden, zurückzuführen ist. In der Online-Stichprobe sind nur 54 Prozent, in der Offline-Stichprobe dagegen 70 Prozent mit Abitur (oder einem höheren Abschluss) vertreten.

**Abbildung 2.4** angestrebte oder erreichte Ausbildungsabschlüsse  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.162)



Verglichen mit Daten des Statistischen Bundesamtes für die Allgemeinbevölkerung zeigt sich eine deutliche Überrepräsentanz von Personen, die über eine höhere Bildung verfügen (vgl. **Abbildung 2.5**); diese „Verzerrung“ dürfte in erster Linie auf das Erhebungsinstrument zurückzuführen sein. Ein Erhebungsinstrument, das selbst auszufüllen ist, eine Vielzahl von Fragen umfasst, und aufgrund der nötigen Genauigkeit im Ausdruck häufig etwas „komplizierter“ formuliert ist, stellt für viele potentielle eine Zugangsbarriere dar. Dies betrifft zum einen Menschen mit einer eher niedrigeren Bildung und zum anderen auch Personen, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen.

**Abbildung 2.5** Bildungsniveau im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung  
Basis: 15-60-jährige Befragte (n=7.765); Allgemeinbevölkerung: Stat. Bundesamt, Datenreport 2006: 77



<sup>8</sup> Bei Schülern wurde nicht der erreichte, sondern angestrebte Schulabschluss berücksichtigt.



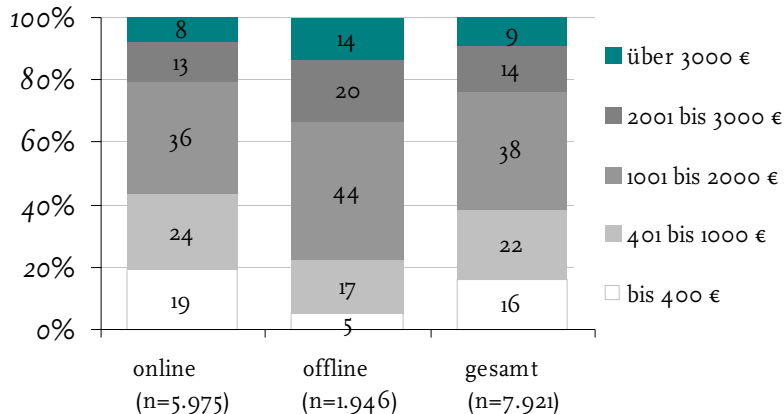
Die Mehrzahl der befragten MSM sind berufstätig (62%), 16 Prozent sind Schüler oder Auszubildende bzw. Wehr- oder Ersatzdienstleistende und neun Prozent sind Studenten. Sechs Prozent der Befragungsteilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung berentet, wobei etwa die Hälfte von ihnen (54%, n=264) als frühberentet gelten können. Unter den frühberenteten Befragten ist ein Drittel HIV-positiv getestet (n=90). Sieben Prozent der Befragten waren zum Befragungszeitpunkt arbeitslos (hier ist der Anteil HIV-positiver MSM mit zehn Prozent geringer als bei den frühberenteten Befragten).

Im Vergleich zu einer Arbeitslosenquote von 7,5 Prozent in Westdeutschland, 15,2 Prozent in Ostdeutschland und 15,9 Prozent in Berlin im Jahr 2007<sup>9</sup>, sind die Befragten etwas weniger von Arbeitslosigkeit betroffen: 5,7 Prozent der Befragungsteilnehmer aus den alten, 12,1 Prozent aus den neuen Bundesländern und 9,9 Prozent aus Berlin waren zum Erhebungszeitpunkt arbeitslos. Befragte in niedrigeren beruflichen Positionen (Arbeiter und Facharbeiter) sind stärker von Arbeitslosigkeit betroffen (17%) als beispielsweise höhere und leitende Angestellte (4%). Dieser Zusammenhang ist aus den Arbeitslosenstatiken für die Bundesrepublik Deutschland bekannt.

Erstmalig wurde in der Erhebung von 2007 nach dem Nettoeinkommen gefragt. Diese Frage wurde von fast allen Befragungsteilnehmern (97%) beantwortet. Die in **Abbildung 2.6** dokumentierten Einkommensunterschiede spiegeln die unterschiedliche Alters- und Bildungsstruktur der online und offline Befragten wieder. Der höhere Anteil von offline Befragten mit hohen Bildungsabschlüssen bewirkt, dass der Anteil der Personen mit einem Nettoeinkommen von über 2.000 € 34 Prozent beträgt, bei den online Befragten liegt dieser Anteil bei 21 Prozent.

Der Anteil der Männer mit einem unter 400 € liegenden Nettoeinkommen ist unter den online Befragten (19%) dreimal so hoch wie unter offline Befragten (6%). Dieser höhere Anteil ist im Wesentlichen auf die stärkere Beteiligung von Schülern und Auszubildenden über das Internet zurückzuführen.

**Abbildung 2.6** Monatliches Nettoeinkommen nach Erhebungsweg  
Basis: Befragte, die Angaben zum Einkommen gemacht haben (n=7.921)



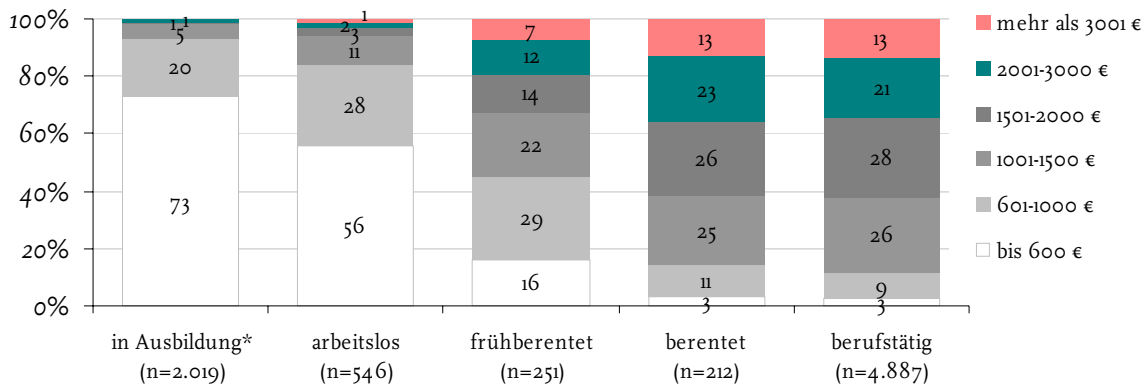
**Abbildung 2.7** zeigt das monatliche Nettoeinkommen in Abhängigkeit von der Stellung im Beruf. Es wird deutlich, dass die Frühberentung einen massiven Einfluss auf die Höhe des verfügbaren Einkommens hat. Dieser Sachverhalt ist im Kontext von „Schwule Männer und AIDS“ hervorzuheben, da Menschen, die sich bis Mitte der 1990er Jahre mit HIV infiziert haben, sind zu einem erheblichen Anteil frühberentet sind.

<sup>9</sup> Bundesagentur für Arbeit 2007; 49.

**Abbildung 2.7:** Monatliches Nettoeinkommen nach Stellung im Beruf

Basis: Befragte, die Angaben zu ihrem Beruflichen Status und ihrem Einkommen gemacht haben (n=7.915)

\* in Ausbildung: Schüler, Azubis, Studenten, Wehr- /Zivildienstleistende

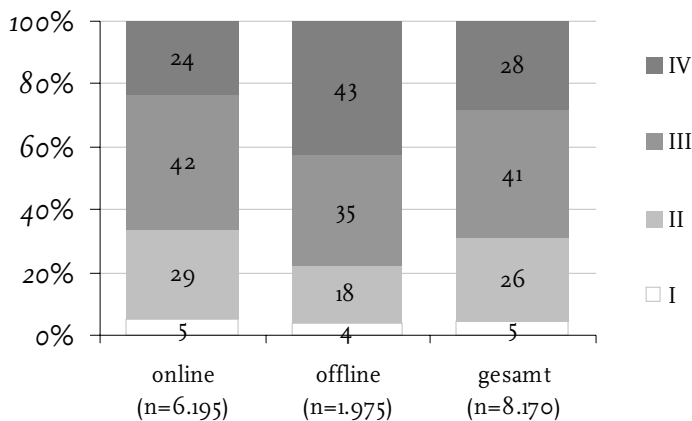


Wie schon in den vorhergehenden Erhebungen wurde auch 2007 ein Schichtindex gebildet. Für die Klassifikation einer sozialen Schichtung wurden der Ausbildungsabschluss der Befragten und deren Stellung im Beruf herangezogen. Männer mit Hauptschulabschluss und ungelernter/angelernter Berufstätigkeit wurden der „Unterschicht“ zugeordnet. Männer mit Facharbeiterqualifikationen bzw. Männer, die in einfacher Angestelltentätigkeit oder als Beamte im einfachen/mittleren Dienst beschäftigt sind und über mittlere Bildungsabschlüssen verfügen, wurden der unteren Mittelschicht, Männer mit Abitur, Hochschul-, bzw. Fachhochschulabschlüssen der Mittelschicht zugeordnet.

Im Unterschied zu den früheren Befragungen kann in der diesjährigen Befragung zur sozialen Schichtzuordnung zusätzlich das monatliche Netto-Einkommen herangezogen werden. Die so gebildete soziökonomische Statusvariable nimmt eine Einteilung in vier Stufen vor, wobei Stufe I einen soziökonomischen Status beschreibt, der mit einer niedrigen Bildung und einem geringem Netto-Einkommen einhergeht, und die höchste Stufe IV Personen zu einer Gruppe zusammenfasst, die über ein hohes Einkommen und/oder einen hohen Ausbildungsabschluss verfügen<sup>10</sup>. Personen, die keine Angaben zu ihrem Einkommen gemacht haben, wurden aufgrund ihres Ausbildungsabschlusses zugeordnet.

**Abbildung 2.8:** Soziökonomischer Status

Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170)



<sup>10</sup> Im Einzelnen wurden Personen mit niedrigem Bildungsabschluss und einem Netto-Einkommen bis 1.500 € Stufe I zugeordnet. Männer mit mittleren Bildungsabschlüssen und einem Einkommen bis 2.000 € finden sich in Stufe II. Männer mit Abitur oder einem Studienabschluss und einem Einkommen bis 2.000 € (Abitur) bzw. 1.500 € (FHS/HS-Studium) sowie Männer mit eher niedrigen Bildungsabschlüssen (Realschule und Hauptschule) und einem mittleren Einkommen zwischen 2.000 € und 3.000 € werden der Stufe III zugeordnet. Befragte, die über ein monatliches Einkommen von mehr als 3.000 € verfügen, wurden in Kategorie IV eingeordnet. Diese Zuordnung ist unabhängig davon, welchen Bildungsabschluss diese Personen aufweisen. Ebenfalls in die höchste Kategorie fallen Männer, die zwar nur über ein mittleres Einkommen verfügen, aber ein Fachhochschul- oder Hochschul-Studium abgeschlossen haben.

Analog zu den Verteilungen in der Online- und Offline-Stichprobe in Bezug auf die Bildungsabschlüsse und das Einkommen (auf denen die Schichtzuordnung basiert), bildet die Verteilung der Befragten in Bezug auf ihren sozioökonomischen Status ebenfalls einen stärkeren Mittelschichtsbias der Offline-Stichprobe ab (vgl. **Abbildung 2.8**). Während 43 Prozent der Befragten aus der Offline-Stichprobe der höchsten Statusgruppe IV zugeordnet werden konnten, sind dies bei den Befragten aus der Online-Stichprobe nur 24 Prozent. Dass bei den online Befragte höhere Anteile aus niedrigeren Schichtkategorien zu finden sind, hängt überwiegend mit der Altersverteilung zusammen. Berufslaufbahnen demonstrieren den Zusammenhang zwischen Alter, beruflicher Position und Einkommen: Je jünger Menschen sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie bereits eine höhere Stellung im Beruf und/oder ein höheres Einkommen erreicht haben. Werden nur Berufstätige berücksichtigt, so bleibt der beschriebene Zusammenhang erhalten; es lässt sich somit festhalten, dass durch die Online Befragung stärker Personen aus niedrigeren sozialen Schichten erreicht wurden.

Um Rückschlüsse auf den Migrationshintergrund der teilnehmenden MSM ziehen zu können, wurden neben der Staatsangehörigkeit auch die (das Elternhaus bestimmende) Religion ermittelt sowie die Sprache, die im Elternhaus überwiegend gesprochen wurde. Drei Prozent der Befragten geben an, dass es sich dabei um eine andere Sprache als die deutsche gehandelt hat. Den höchsten Anteil hat hier das Englische mit 0,8 Prozent. Andere Sprachen der EU-15 (vor der Erweiterung) sind mit 0,8 Prozent vertreten, Sprachen der ehemaligen RGW-Staaten<sup>11</sup> mit etwa 0,5 Prozent. Sprachen aus den Emigrationsgebieten Türkei, Naher Osten oder dem ehemaligen Jugoslawien wurden in den Elternhäusern von insgesamt 0,4 Prozent gesprochen.

97 Prozent der Befragten besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Nichtdeutsche Staatsangehörige stammen überwiegend (2%, dies entspricht 180 Männern) aus den alten Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU-15). Nichteuropäische Befragte kommen unter anderem aus den USA (20 Männer), Australien, Brasilien, China, Japan und Vietnam (je 2 Männer). Befragungsteilnehmer, die ihren Wohnsitz nicht in Deutschland haben, wurden – wie bereits erwähnt (siehe **Abschnitt I.2**) - von der Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt können maximal fünf Prozent der befragten MSM als Männer mit Migrationshintergrund angesehen werden. Ausführlicher wird in **Abschnitt IX** auf diese Gruppe eingegangen.

Die Bevölkerung in Deutschland gehört überwiegend (65%) einer der beiden christlichen Konfessionen an. Ein Drittel (35%) der Bevölkerung gehört keiner oder einer anderen Glaubensgemeinschaft an. 2,5 Prozent bekennen sich zu einer orthodoxen Kirche oder einer evangelischen Freikirche. Im Jahr 2005 gab es in Deutschland schätzungsweise 3,2 Millionen Muslime; dies entspricht etwa vier Prozent der Bevölkerung in Deutschland.<sup>12</sup>

Vor dem Hintergrund der Homosexualität ablehnenden Haltung der Kirchen und anderer Religionsgemeinschaften wurde nicht nur nach der gegenwärtigen Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft, sondern auch nach der in der Jugend bedeutsamen Religion gefragt: 40 Prozent gehören keiner Religionsgemeinschaft an bzw. fühlen sich von keiner Religion geprägt (**Abbildung 2.9**); am höchsten ist dieser Anteil mit 68 Prozent in Ostdeutschland. Als Muslime bzw. muslimisch geprägt bezeichnen sich 0,5 Prozent der teilnehmenden MSM. Ebenso hoch ist der Anteil der griechisch-orthodoxen Christen. All dies zeigt, dass MSM mit Migrationshintergrund – vor allem aus der Türkei und anderen islamisch geprägten Ländern – von dieser Studie kaum erreicht wurden.

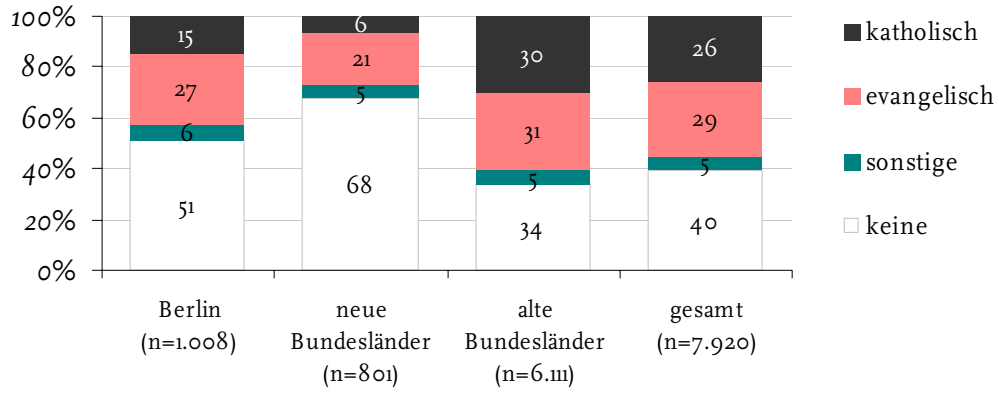
---

<sup>11</sup> RGW=Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe; engl. COMECON. Die Mitgliedsstaaten sind: Sowjetunion, Polen, Rumänien, Bulgarien, Ungarn, Tschechoslowakei, Albanien, DDR, Kuba, Mongolei, Vietnam und Finnland. Deutsch (DDR) und Spanisch (Kuba) wurden für die genannte Zusammenfassung nicht mit einbezogen.

<sup>12</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, WZB et al. 2006: 173

**Abbildung 2.9:** Religionszugehörigkeit

Basis: Gesamtstichprobe (n=7.920)



### III Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homo-& bisexueller Männer

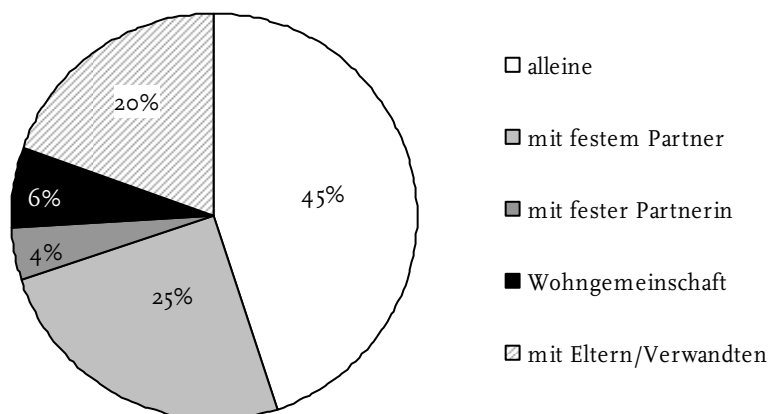
#### 1. Selbstdefinition

Die überwiegende Mehrheit (85%) der Befragten bezeichnet sich als „homosexuell“ oder „schwul“, elf Prozent als „bisexuell“. Sexualverhalten und Selbstdefinition der Befragten stimmen weitgehend überein, vier Prozent lehnen eine Selbstbezeichnung ab. Die Wahl der Selbstdefinition ist alters- bzw. generationsabhängig: Junge MSM kurz vor oder nach dem *Coming-out* bezeichnen sich häufiger noch als „bisexuell“ (16% der unter-20-Jährigen). Bei MSM, die 2007 50 Jahre oder älter sind, wird die sonst vorherrschende Selbstbezeichnung „schwul“ zunehmend durch die Begriffe „homosexuell“ oder „homophil“ abgelöst.

#### 2. Wohnsituation

Etwa die Hälfte (45%) aller befragten MSM wohnt alleine; 25 Prozent wohnen mit dem festen Partner, vier Prozent mit der festen Partnerin zusammen, sechs Prozent in einer Wohngemeinschaft. Ein Fünftel lebt (noch) bei den Eltern oder anderen Verwandten (vgl. **Abbildung 3.1**).

**Abbildung 3.1:** Wohnsituation  
Basis: alle Befragte (n= 8.124)



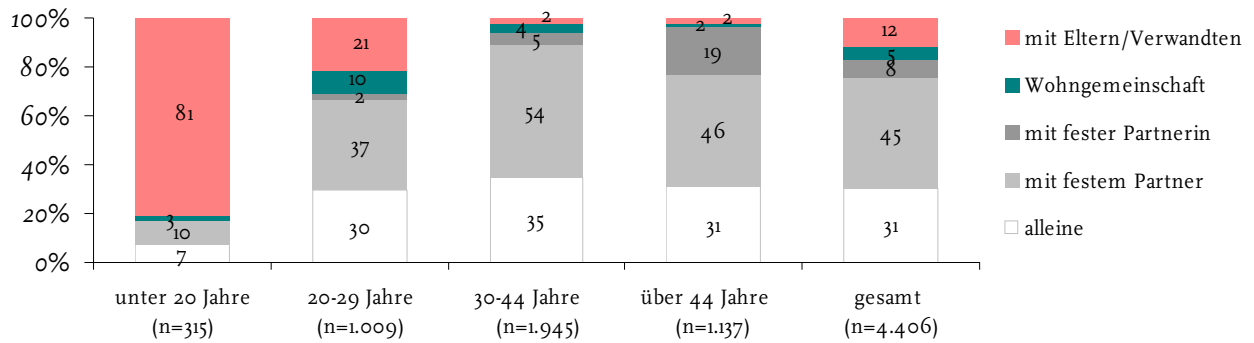
Die Wohnsituation der Befragten unterscheidet sich je nach Bestehen einer festen Partnerschaft. Die Hälfte lebt zum Zeitpunkt der Befragung in fester Beziehung mit einem Mann (ausführlicher hierzu siehe **Abschnitt III.6**). Annähernd die Hälfte der Befragten mit einem festen Partner (oder einer festen Partnerin) wohnt mit diesem (45%) bzw. dieser (8%) in einer gemeinsamen Wohnung (vgl. **Abbildung 3.1**). Etwa ein Drittel wohnt alleine.

Männer in „Schwulenmetropolen“ wie Berlin, Hamburg, München, Köln oder Frankfurt, die in einer festen Partnerschaft leben, wohnen etwas häufiger mit ihrem Partner zusammen (Berlin: 54%; HH, M, K, F: 56%) als fest befreundete Männer in anderen Regionen (Ostdeutschland ohne Berlin: 45%; Westdeutschland ohne HH, M, K, F: 46%).

Mit steigendem Alter teilen sich MSM die Wohnung zunehmend mit ihrem festen Partner oder ihrer festen Partnerin (vgl. **Abbildung 3.2**). Hervorzuheben ist der mit 19 Prozent beträchtliche Anteil der über 44-jährigen MSM, die mit ihrer festen Partnerin zusammenwohnen.

*Singles* wohnen überwiegend alleine (63%). Der Anteil der MSM, die als *Singles* alleine leben nimmt mit steigendem Lebensalter zu (47% der 20- bis 29-jährigen; 85% der 30- bis 44-jährigen und 92% der über 44-jährigen MSM). Jüngere *Singles* leben zumeist bei ihren Eltern (88% der unter 20-jährigen, aber auch 38% der 20- bis 29-jährigen MSM). Wohngemeinschaften verlieren bei *Singles* jenseits von 35 Jahren an Bedeutung (vgl. **Abbildung 3.3**, die Altergruppen sind hier jedoch gröber dargestellt).

**Abbildung 3.2:** Wohnsituation von MSM mit festem Partner oder fester Partnerin in verschiedenen Altersgruppen  
Basis: Befragte, die in einer festen Partnerschaft leben (n=4.406)



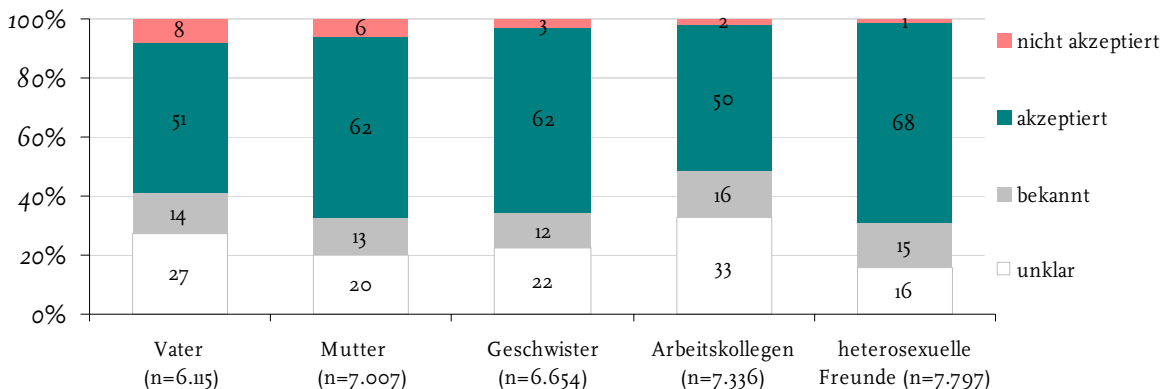
**Abbildung 3.3:** Wohnsituation von Singles in verschiedenen Altersgruppen  
Basis: Befragte ohne feste Partnerschaft (n=3.650)



### 3. Akzeptanz der Homosexualität im Familien- und Freundeskreis

Der Übergang von einer verdeckt zu einer offen gelebten Homosexualität im sozialen Umfeld ist häufig ein nicht einfacher Prozess. Seit Beginn der Befragungsreihe wird deshalb erhoben, ob und inwiefern Vater, Mutter, Geschwister, ArbeitskollegInnen oder heterosexuelle FreundInnen über die Homosexualität informiert sind und ob diese akzeptiert wird. Akzeptanz bzw. Nicht-Akzeptanz sind über die Befragungszeiträume hinweg relativ stabil geblieben (vgl. **Abschnitt X**). Die nachfolgende **Abbildung 3.4** zeigt die Akzeptanz der Homosexualität im nahen sozialen Umfeld.

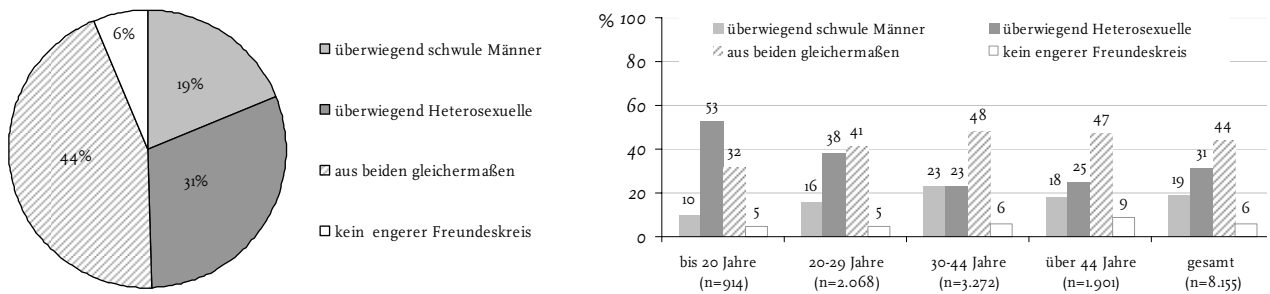
**Abbildung 3.4:** Einstellung des sozialen bzw. familialen Umfelds zur Homosexualität der Befragten  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.797)



Während die Akzeptanz der homosexuellen Orientierung der Befragten im familiären Rahmen (Akzeptanz durch Vater, Mutter und Geschwister) eine annähernd gleiche Größenordnung einnimmt, zeigt sich zwischen den Gruppen der Arbeitskollegen und heterosexuellen Freunde eine deutliche Differenz in der Akzeptanz (vgl. **Abbildung 3.4**). Ein wesentlich höherer Anteil fühlt sich von heterosexuellen Freunden akzeptiert als von Arbeitskollegen. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da Freunde anders als Arbeitskollegen ausgewählt werden.

Fast die Hälfte der Befragten hat einen Freundeskreis, der sich gleichermaßen aus hetero- und homosexuellen Freunden zusammensetzt. Etwas weniger als ein Drittel gibt an, überwiegend heterosexuelle Freunde zu haben. Etwa ein Fünftel hat einen überwiegend schwulen Freundeskreis, und sechs Prozent geben an, keinen engeren Freundeskreis zu haben (vgl. **Abbildung 3.5**).

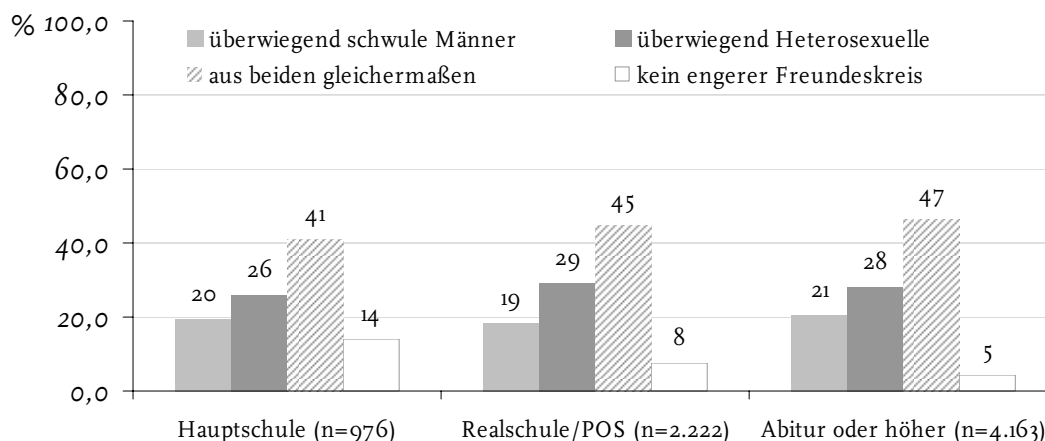
**Abbildung 3.5:** Zusammensetzung des Freundeskreises  
Basis: Gesamtstichprobe insgesamt (links) und nach Altersgruppe (rechts) (n=8.155)



Mit zunehmendem Lebensalter sinkt der Anteil der Befragten, deren Freundeskreis überwiegend aus heterosexuellen Menschen besteht. Hingegen steigt der Anteil der Befragten mit überwiegend schwulen einem Freundeskreis mit der Größe des Wohnorts. Ebenso verhält es sich mit Befragten, deren Freundeskreis sich aus homo- und heterosexuellen FreundInnen gleichermaßen zusammensetzt. Männer, die keinen engeren Freundeskreis haben, leben eher in Orten unter 100.000 Einwohnern. Die Existenz eines Freundeskreises steht in Beziehung zur erlebten Akzeptanz der eigenen Homosexualität im sozialen Umfeld. Diese Ergebnisse weisen erneut darauf hin, dass homosexuelle Männer nach ihrem *Coming-Out* häufig in größere Städte ziehen.

Stärker als durch Wohnortgröße oder Alter wird die Existenz sozialer Netzwerke durch das Bildungsniveau beeinflusst. Der Anteil der Befragten, die über keinen engeren Freundeskreis verfügen, ist unter denen mit Hauptschulabschluss am höchsten. Mit steigendem Ausbildungsniveau nimmt die Einbindung in ein soziales Netzwerk zu (vgl. **Abbildung 3.6**). Dieser Zusammenhang ist unabhängig von Alter und Wohnortgröße.

**Abbildung 3.6:** Zusammensetzung des Freundeskreises nach Ausbildungsabschluss  
Basis: Befragte mit Schulabschluss (n=7.361)



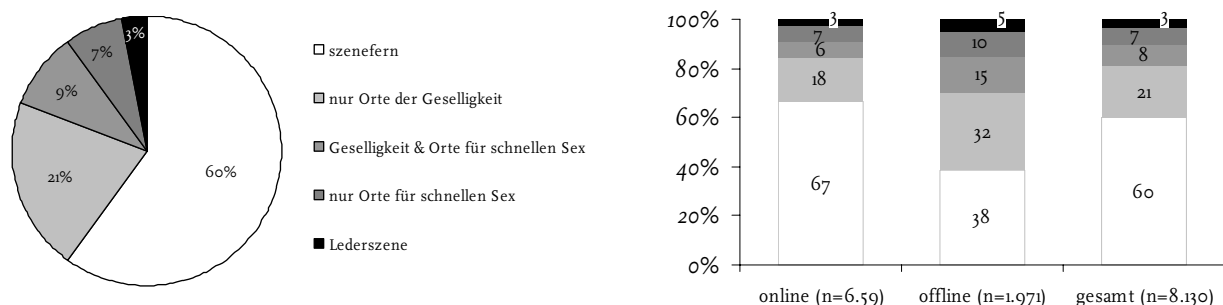
## 4. Einbindung in schwule Lebenswelten

Wie in den vorhergehenden Befragungen wurde auch 2007 erhoben, welche Orte bzw. Treffpunkte der Schwulenszene die Befragten aufgesucht haben. Gefragt wurde nach der Frequenzierung von Cafes, Buchläden, schwulen Infoläden, Bars/Diskos, Pornokinos, Club- oder Sex-Partys, Lederlokalen, -clubs oder -bars, schwulen Saunen, Toiletten/Klappen, Parks sowie nach Sportstudios. In der diesjährigen Befragung wurden Bars und Diskos zusätzlich danach unterschieden, ob sie über einen *Darkroom* verfügen oder nicht. Diese Unterscheidung war im Hinblick auf mögliche vor Ort angebaute sexuelle Kontakte von Bedeutung. Die Häufigkeit des Besuchs konnte als „mehrmals in der Woche“, „mehrmals im Monat“, „gelegentlich“ und „überhaupt nicht“ angegeben werden. Diese Angaben bildeten die Grundlage für eine Typologie, welche die Frequenzierung unterschiedlicher Orte nach der Häufigkeit des Aufsuchens zusammenfasst.

- ⊙ Besucher der Schwulenszene, die Cruising-Orte eher meiden = *Orte der Geselligkeit*  
Männer, die mehrmals im Monat (oder öfter) schwule Cafés, Buchläden, Infoläden, Sportstudios, Bars, Diskos/Clubs und Partys besuchen, dagegen Orte an denen die Suche nach Sex im Vordergrund steht (wie „Klappen“, Parks, Saunen) selten oder gar nicht aufsuchen.
- ⊙ Besucher von Schwulenlokalen und/oder Cruising-Orten = *Orte der Geselligkeit & für schnellen Sex (Mischtyp)*  
Männer, die mindestens monatlich Cafés, Buchläden, Infoläden, Sportstudios, Bars, Diskos/Clubs oder Partys frequentieren und ebenso häufig „Klappen“, Parks, Saunen oder Pornokinos.
- ⊙ Besucher von Cruising-Orten, welche die Schwulenszene eher meiden = *Orte für schnellen Sex*  
Männer, die seltener oder gar nicht Cafés, Buchläden, Infoläden, Bars, Diskos/Clubs oder Lederlokale besuchen, jedoch mehrmals im Monat (oder häufiger) Schwulensaunen, Pornokinos, Sex-Party oder „Klappen“ und Parks.
- ⊙ Besucher von Lederlokalen = *Lederzene*  
Männer, die mehrmals im Monat oder häufiger Lederlokale, oder -clubs besuchen, unabhängig davon, welche anderen Treffpunkte sie sonst noch frequentieren.
- ⊙ Männer, die alle bisher genannten Treffpunkte mit einer geringeren Häufigkeit (gelegentlich, selten oder gar nicht) aufsuchen = *szenefern*

Die so definierten Gruppen verteilen sich folgendermaßen auf die Gesamtheit der Befragten (vgl. **Abbildung 3.7, links**):

**Abbildung 3.7:** Besuch von Orten mit überwiegend schwulen Besuchern nach Frequenzierungsmuster, Basis: Gesamtstichprobe insgesamt (*links*) und nach Erhebungsmedium (*rechts*) (n=8.130)

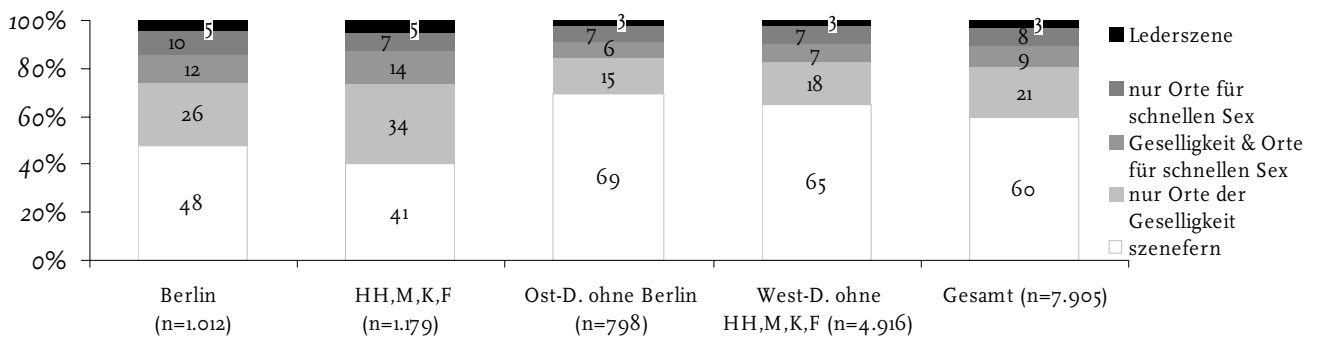




Der in der Befragung von 2007 wesentlich höhere Anteil von online Befragten, wodurch mehr Jüngere und Männer aus Wohnorten mit weniger als 100.000 Einwohnern erreicht wurden (vgl. **Abschnitte I.2** und **II.1**), führt dazu, dass mit insgesamt 60 Prozent mehr *szeneferne* Männer erreicht wurden; in der Befragung von 2003 betrug dieser Anteil 40 Prozent. **Abbildung 3.7** (*rechts*) zeigt, dass online ein wesentlich höherer Anteil *szeneferner* MSM erreicht werden konnte als offline.

**Abbildung 3.8** dokumentiert erwartungsgemäß, dass MSM in den „Schwulenmetropolen“ zu höheren Anteilen die schwule Subkultur frequentieren. Der Anteil der MSM, die vorwiegend *Orte für schnellen Sex* aufsuchen, ist hingegen relativ unabhängig von der Größe des Wohnortes; dies ist mitbedingt durch die Tatsache, dass *Orte für schnellen Sex* nicht ausschließlich durch kommerzielle Betreiber (Saunen, Pornokinos, *Darkrooms*) angeboten werden, sondern auch als *Cruising-Gebiete* (Parks, Raststätten etc.) selbst in dünner besiedelten Regionen entstanden sind.

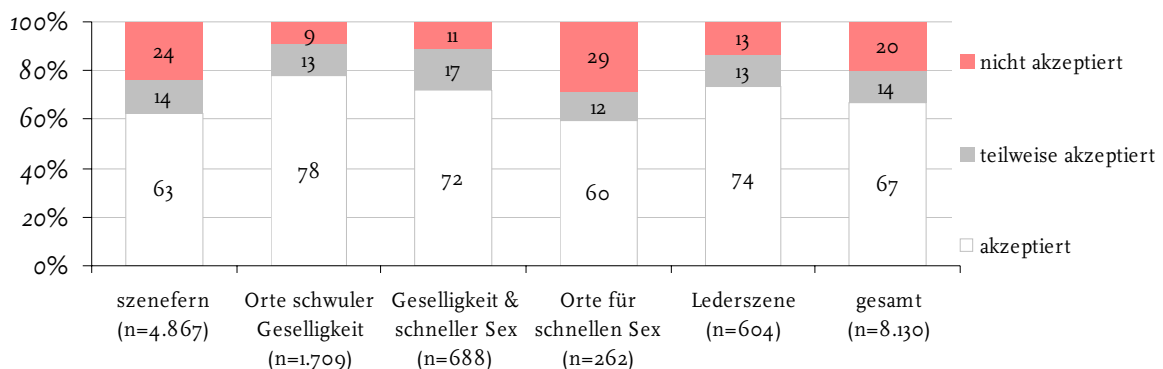
**Abbildung 3.8:** Besuch von Orten mit überwiegend schwulen Besuchern nach Wohnregion  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.905)



Mit zunehmendem Alter werden *Orte schwuler Geselligkeit* (Cafés, Diskotheken etc.) immer weniger, und *Orte für schnellen Sex* (*Darkrooms*, Saunen, Pornokinos etc.) immer mehr frequentiert. Der Anteil der *szenefernen* MSM liegt in Städten über 500.000 Einwohner in allen betrachteten Altersgruppen relativ durchgängig bei etwa 50 Prozent; in Städten mit unter 500.000 Einwohnern liegt der Anteil höher und variiert stärker nach Alter.

Wird die Akzeptanz der Homosexualität in Bezug auf die unterschiedliche Einbindung in schwule Lebenszusammenhänge betrachtet, so wird deutlich, dass der Anteil der Ablehnung in der Gruppe der *szenefernen* MSM, die die aufgeführten Treffpunkte sporadisch oder gar nicht aufsuchen, mit 24 Prozent vergleichsweise hoch ist (**Abbildung 3.9**). Übertroffen wird dieser Anteil nur noch von Befragten, die (anonyme) Orte für schnellen Sex aufsuchen (29%), z.B. Saunen, Pornokinos, Parks oder öffentliche Toiletten („Klappen“), aber andere Orte der Schwulenszene eher meiden. In dieser Gruppe findet sich ein hoher Anteil an MSM, die eher verdeckt leben und ihre Homosexualität auch gegenüber nahe stehenden Personen verbergen.

**Abbildung 3.9:** Akzeptanz der Homosexualität im sozialen Umfeld nach Frequentierung schwuler Szenen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.130)



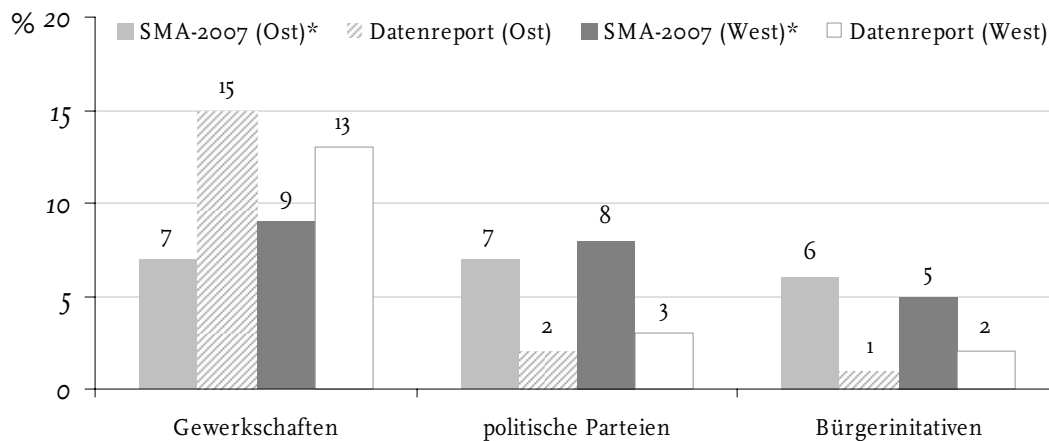
## 5. Mitgliedschaften in ausgewählten Organisationen

Um zu klären, ob mit der Befragung vor allem schwule Männer erreicht wurden, die ohnehin an Prävention und schwulenpolitischen Themen interessiert sind (und somit den Selektionsbias der Studie zu bestimmen), wurde die Mitgliedschaften in AIDS-Hilfen und Schwulengruppen erhoben. Elf Prozent der Befragten geben an, in Schwulengruppen aktiv zu sein, fünf Prozent sind Mitglieder in AIDS-Hilfen. 86 Prozent der Befragten sind weder in Schwulengruppen aktiv noch Mitglied von AIDS-Hilfen.

Darüber hinaus wurde nach der Mitgliedschaft in Gewerkschaften, politischen Parteien und Bürgerinitiativen gefragt. Gewerkschaftlich organisiert sind neun Prozent der Befragten (West<sup>13</sup>: 9%; Ost: 7%), Acht Prozent sind Mitglieder von politischen Parteien (West: 8%; Ost: 7%). In Bürgerinitiativen sind fünf Prozent der Befragten engagiert (West: 5%; Ost: 6%). 64 Prozent der Befragten gehören keiner der aufgeführten Organisationen an.

Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass 13 Prozent der Bundesbürger in Westdeutschland und 15 Prozent in Ostdeutschland Gewerkschaftsmitglieder waren<sup>14</sup>. Drei Prozent der Westdeutschen sowie zwei Prozent der Ostdeutschen gehörten einer politischen Partei an. In Bürgerinitiativen haben sich zwei bzw. ein Prozent engagiert (vgl. auch **Abbildung 3.10**).

**Abbildung 3.10:** Gesellschaftspolitisches Engagement  
Basis: Datenreport 2006; Gesamtstichprobe ohne Berlin (n=6.925)



Quelle: eigene Darstellung nach Datenreport 2006; Unterteilung analog zum Datenreport nach Ost- und Westdeutschland; \*Berlin konnte weder Ost- noch Westdeutschland zugeordnet werden und bleibt deshalb unberücksichtigt.

Die Unterschiede in den Mitgliedschaften zwischen Allgemeinbevölkerung und Befragungsteilnehmern sind bedingt durch die soziodemographischen Spezifika der vorliegenden Stichprobe. Unter den Befragten, die abhängig beschäftigt sind, sind 13 Prozent gewerkschaftlich organisiert, Beamte (20%) und Arbeiter (19%) zu einem höheren Anteil als Angestellte (12%). Diese Werte kommen dem Organisationsgrad der entsprechenden Berufsgruppen in der Gesamtbevölkerung näher.

Der deutlich höhere Prozentsatz der Befragten (im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung), die in einer politischen Partei oder einer Bürgerinitiative Mitglied oder aktiv sind, ist dem hohen Akademikeranteil geschuldet. Akademiker sind stärker in Parteien und Bürgerinitiativen engagiert als Nicht-Akademiker; dieser Zusammenhang zeigt sich auch in der Befragung (politische Parteien: 11% vs. 6%; Bürgerinitiativen: 8% vs. 4%).

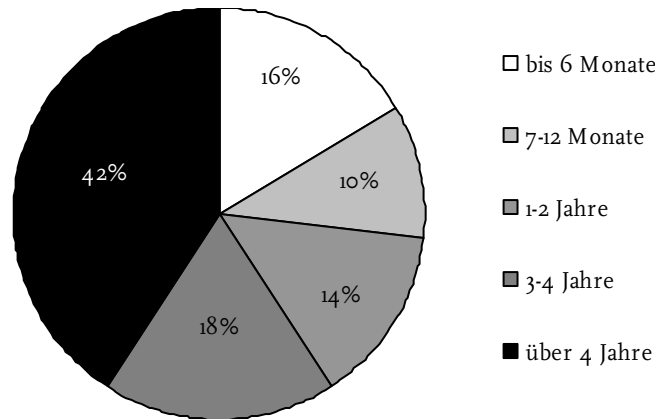
<sup>13</sup> West: alte Bundesländer; Ost: neue Bundesländer ohne Berlin

<sup>14</sup> siehe: Statistisches Bundesamt Deutschland, WZB et al. 2006: 640. Die im Datenreport 2006 publizierten Zahlen des Statistischen Bundesamtes hinsichtlich der Mitgliedschaft in Gewerkschaften, Parteien und Bürgerinitiativen beziehen sich nur auf die Jahre bis 1998; aktuelle repräsentative Daten waren nicht verfügbar. Zwischen 1992 und 1998 war die Mitgliedschaft in Gewerkschaften bereits stark rückläufig, und es ist bekannt, dass sich dieser Trend auch in den Folgejahren fortgesetzt hat.

## 6. Feste Freundschaften und Beziehungsdauer

Die Hälfte (50%) aller befragten MSM lebt zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft mit einem Mann. Dieser Wert bestätigt Befunde aus vergleichbaren Untersuchungen in Deutschland (vorherige Befragungen im Auftrag der BZgA, KABA-STI-Studie des Robert Koch-Instituts). **Abbildung 3.11** dokumentiert die Dauer der eingegangenen Beziehungen.

**Abbildung 3.11:** Dauer der Beziehung zum festen Partner  
Basis: Befragte, die in einer festen Beziehung leben (n=4.094)



Die Existenz einer festen Partnerschaft steht in Zusammenhang mit dem Bildungshintergrund und dem sozioökonomischen Status: Mit steigendem Bildungsniveau und sozioökonomischen Status nimmt der Anteil der MSM ab, die als *Singles* leben (53 Prozent der Befragten mit Hochschulabschluss haben keine feste Beziehung zu einem Mann, aber nur 42 Prozent derer mit Abitur). Dieser Zusammenhang zeigt sich in allen Altersgruppen.

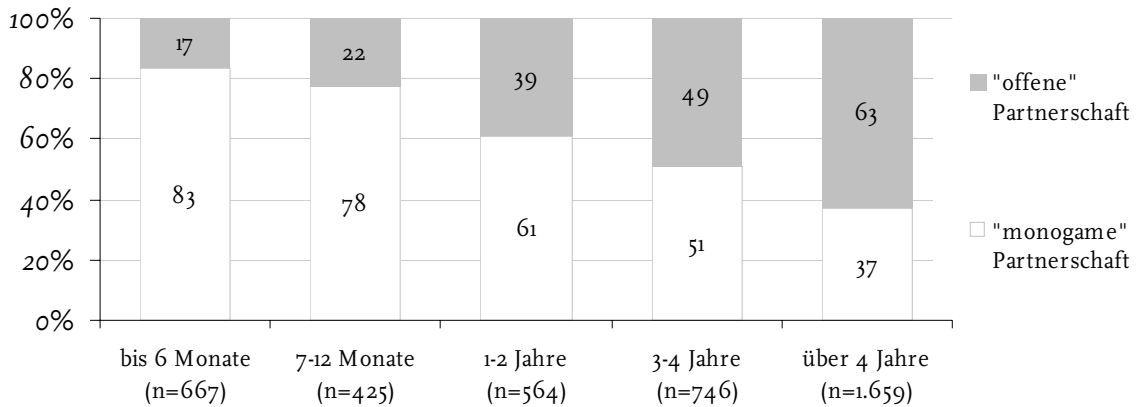
Fast die Hälfte (45%) der Männer mit einem festen Partner lebt in einer offenen Beziehung, in der auch sexuelle Kontakte mit anderen Männern eingegangen werden. Die andere Hälfte (55%) definiert ihre feste Beziehung als „monogam“<sup>15</sup>. Allerdings geben 17 Prozent der befragten Männer in einer solchen „monogamen“ Partnerschaft an, in den 12 Monaten vor der Befragung 2 bis 5, und zwei Prozent mehr als 5 Sexualpartner gehabt zu haben (obwohl hierfür nur Männer betrachtet wurden, deren feste Beziehung schon länger als ein Jahr andauerte).

Während Befragte aus Städten mit über 500.000 Einwohnern in höherem Maße in offenen Beziehungen leben, geben Männer aus kleineren Wohnorten häufiger „monogame“ Beziehungen an. Offene Beziehungen sind in Städten mit über einer Million Einwohnern am häufigsten (31%). Dieser Zusammenhang gilt für alle Altersgruppen und ist auch unabhängig von der Länge der Beziehung.

Der Anteil der offenen Beziehungen steigt mit zunehmendem Alter und zunehmender Beziehungsdauer (vgl. **Abbildung 3.12**): Je länger eine Beziehung andauert, desto höher sind die Anteile derer mit sexuellen Kontakten zu anderen Männern. Sind es in Partnerschaften, die bis zu 6 Monaten bestanden, noch mehr als 80 Prozent, die angeben, eine „monogame“ Beziehung zu führen, so sind es nur noch 37 Prozent in Beziehungen, die vier Jahre und länger andauern.

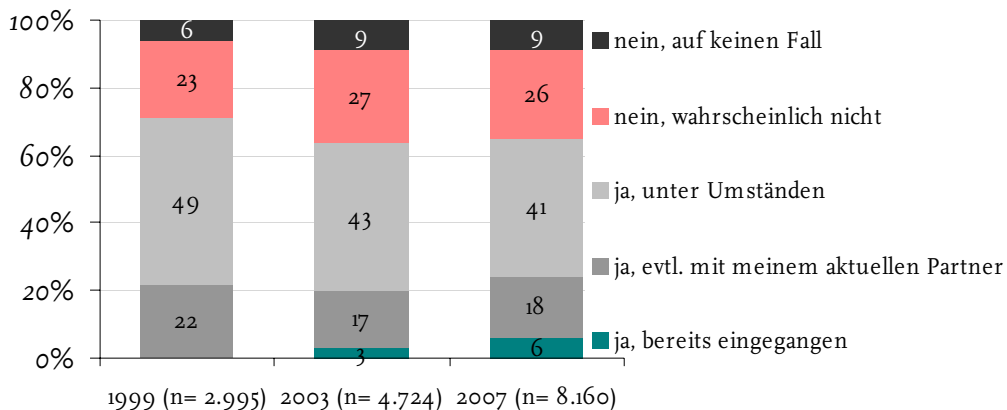
<sup>15</sup> Die Formulierung lautete: „Ja, ich habe augenblicklich eine feste Beziehung mit einem Mann – ohne Sex mit anderen Männern“. Die Frage nach der Anzahl der Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung wurde getrennt von der Frage nach dem Bestehen einer festen Partnerschaft gestellt.

**Abbildung. 3.12:** Dauer der festen Beziehung und monogamer Lebensstil  
Basis: Befragte, die in einer festen Beziehung leben (n=4.094)



Seit dem Jahr 2001 ist das Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (ELP) in Kraft. Im Verlauf der letzten Jahre zeichnet sich hier ein zunehmendes Interesse an dieser Regelung ab: Während mittlerweile sechs Prozent der Befragten in einer eingetragenen Partnerschaft leben (dies entspricht 11 Prozent der Befragten, die eine feste Beziehung mit einem Mann angegeben haben) und 18 Prozent erwägen, mit ihrem festen Freund eine solche einzugehen, bleibt die grundsätzliche Ablehnung konstant bei neun Prozent (vgl. **Abbildung 3.13**).

**Abbildung. 3.13:** Einstellungen zur eingetragenen Partnerschaft  
Antworten auf die Frage: „Im Jahr 2001 ist eine staatlich anerkannte Partnerschaft für Schwule und Lesben eingeführt worden. Würden Sie eine solche eingetragene Partnerschaft eingehen?“  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.160)



Die Einstellung zur eingetragenen Lebenspartnerschaft hängt davon ab, ob eine feste Beziehung besteht. Fasst man Befürwortung („ja, bereits eingegangen“, „ja, möglicherweise mit festem Freund“ und „ja, unter Umständen“) und Nicht-Befürwortung („nein, wahrscheinlich nicht“ und „nein, auf keinen Fall“) zusammen, so befürworten Befragte in fester Beziehung zu 72 Prozent die ELP, Singles hingegen nur zu 58 Prozent.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derer, die eine ELP bereits eingegangen sind, also auch der Anteil derer, die diese dezidiert ablehnen („nein, auf keinen Fall“); letzteres ist vermutlich als Generationseffekt zu werten. Befragte mit Hauptschulabschluss lehnen die ELP zu einem deutlich höheren Anteil (11%) dezidiert ab als Befragte mit Abitur (6%).

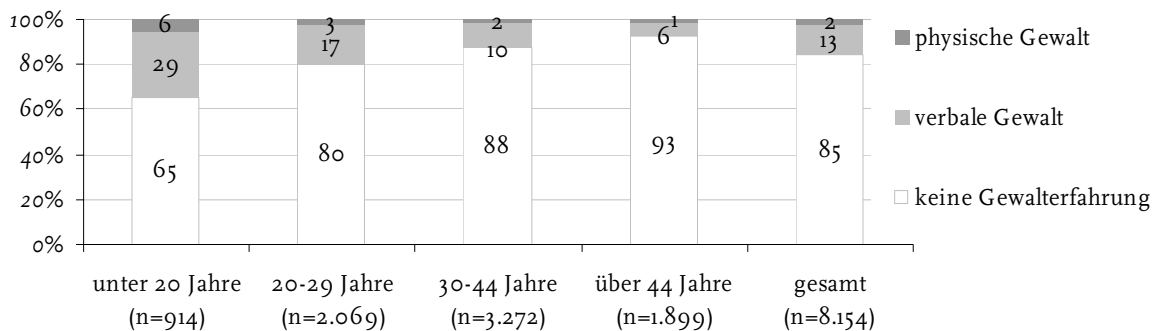
## 7. Gewalt gegen schwule Männer

Um zu signalisieren, dass die gesamte Lebenssituation von MSM von Bedeutung ist, wurde seit 1991 erhoben, ob die Befragungsteilnehmer in den zwölf Monaten Opfer schwulenfeindlicher Gewalt wurden. Unterschieden wurde dabei „verbale“ (oder „symbolische“) Gewalt (Beschimpfungen, Beleidigungen, Pöbeleien) und „physische“ Gewalt (mit oder ohne Verletzungsfolgen).

Der Anteil schwuler Männer, die in Deutschland Opfer antischwuler Gewalt wurden, ist im Zeitraum der Wiederholungsbefragungen relativ konstant geblieben. 13 Prozent der Befragten waren im Jahr vor der Erhebung 2007 von verbaler Gewalt betroffen (1996: 12%, 1999: 13%, 2003: 11%). Opfer von physischer Gewalt waren zwei Prozent (1996: 4%, 1999: 3%, 2003: 2%).

Antischwule Gewalt betrifft insbesondere Auszubildende und Schüler, also junge Männer, die überwiegend unter 20 Jahre alt sind: In dieser Gruppe sind 29 Prozent in den letzten zwölf Monaten angepöbelt oder beleidigt worden. Die Anteile von physischer Gewalt liegen mit sechs Prozent ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt (vgl. **Abbildung 3.14**).

**Abbildung 3.14:** Gewalterfahrung in den 12 Monaten vor der Erhebung nach Altersgruppen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.154)



Männer, bei denen alle sozial bedeutsamen Personen Kenntnis von deren Homosexualität haben, sind stärker von symbolischer Gewalt betroffen (16%) als Männer, die ihre Homosexualität nicht offen leben (5%). Hinsichtlich physischer Gewalt sind keine solchen Unterschiede festzustellen.

Die Erfahrung symbolischer Gewalt besteht unabhängig von der Herkunftsregion der Befragten und auch unabhängig von der Wohnortgröße. Physische Gewalterfahrung wird überdurchschnittlich häufig berichtet von Befragten (vor allem unter 25-jährigen) aus Berlin (3,2%) sowie aus der westdeutschen Provinz (2,4%), insbesondere aus Orten zwischen 20.000 und 100.000 Einwohnern (2,9%)<sup>16</sup>.

Dort wo schwule Männer als solche sichtbar werden, setzten sie sich einer höheren Gefahr aus, Ziel antischwuler Gewalt zu werden: MSM, die häufiger die sichtbaren Orte der Schwulenszene aufsuchen (Cafés, Diskotheken, Bars etc.), sind überdurchschnittlich häufig Opfer symbolischer (18%), nicht hingegen physischer Gewalt (3%). Männer, die häufiger "Klappen"/Parks oder Lederlokale aufsuchen, sind nicht nur überdurchschnittlich häufig Opfer symbolischer (17%), sondern auch körperlicher Gewalt (6%).

*Szeneferne* Befragte, die die angegebenen Orte schwuler Lebenswelten nicht oder selten aufsuchen, weisen den höchsten Anteil derer auf, die *keine* Gewalterfahrung angegeben haben (87%).

Im Jahr 2006 wurde speziell zum Thema Gewalterfahrungen schwuler Männer Internetbefragung mit großer Resonanz (24.000 Befragte) durchgeführt (MANEO 2007). Die in der Untersuchung von MANEO berichteten Anteile erlebter Gewalt unter den Befragten sind um ein vielfaches höher als die hier berichteten (symbolische Gewalt: MANEO: 39%, SMA-2007: 13%; körperliche Gewalt ohne Verletzungen: MANEO: 10%, SMA-2007: 1%, körperliche Gewalt mit

<sup>16</sup> Hervorzuheben ist, dass Befragte aus Berlin (3,2%) doppelt so häufig über physische Gewalterfahrung berichten als Befragte aus Hamburg, Köln, München oder Frankfurt (1,6%).

leichten Verletzungen: MANEO: 5%, SMA-2007: 0,6%, schwere und lebensgefährliche Verletzungen: MANEO: 1,3%, vorliegende Stichprobe: 0,5%).

Diese Unterschiede vermutlich auf den Erhebungskontext zurückzuführen: Während die vorliegende Befragung in der Tradition der Befragungen zu AIDS und HIV steht und das Thema Gewalt nur ein nachgeordnetes Thema ist, das lediglich in einer Frage im Fragebogen angesprochen wurde, hat sich die MANEO-Befragung auf das Thema Gewalt konzentriert. Deshalb ist ein Vergleich mit den hier aufgeführten Ergebnissen nur begrenzt möglich.

Die unterschiedlichen Ergebnisse hinsichtlich der Gewalterfahrung schwuler Männer in der MANEO-Befragung einerseits und der vorliegenden Erhebung andererseits verdeutlichen, wie stark sich der Erhebungskontext auf das Antwortverhalten auswirkt. Prozentuale Angaben einer einzelnen Befragung dürfen daher nicht verabsolutiert werden. Aussagekräftiger sind Ergebnisse, die auf analoge Zusammenhänge verweisen. So zeigt sich in beiden Studien trotz der genannten Unterschiede, dass MSM unter 20 Jahren (vor allem Auszubildende und Schüler) überdurchschnittlich von antischwuler Gewalt betroffen sind<sup>17</sup>, sowohl symbolisch als auch physisch. Ebenfalls zeigen beide Studien bemerkenswerterweise, dass symbolische Gewalterfahrung wenig von der Größe des Wohnorts abhängig zu sein scheint.

---

<sup>17</sup> vgl. Maneo 2007: 19

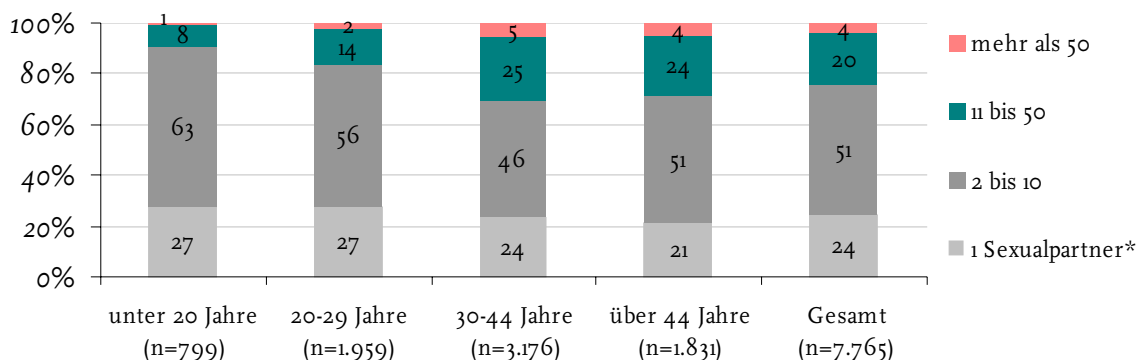
## IV Sexualität und Risikoverhalten

### 1. Partnerzahl und Frequenz von Sexualkontakten

Drei Viertel der Befragten haben im Jahr vor der Befragung weniger als zehn Sexualpartner gehabt. Etwa ein Viertel aller teilnehmenden MSM gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung nur einen (23%) oder gar keinen (1%) männlichen Sexualpartner gehabt zu haben, ein weiteres Viertel berichtet über mehr als zehn unterschiedliche Sexualpartner im selben Zeitraum (vgl. **Abbildung 4.1**).

Im Median geben die befragten MSM an, im Jahr vor der Befragung vier unterschiedliche Sexualpartner gehabt zu haben<sup>18</sup>, einschließlich des primären Partners<sup>19</sup>. Befragte ab 30 Jahren haben mehr Sexualpartner als Befragte unter 30 Jahren (im Median 5 vs. 3 Sexualpartner). Wie in **Abbildung 4.1 a** zu erkennen ist, nimmt der Anteil von MSM mit mehr als zehn unterschiedlichen Sexualpartnern ab einem Alter von 30 Jahren sprunghaft zu. Die durchschnittlich höchsten Partnerzahlen haben MSM zwischen 30 und 44 Jahren.

**Abbildung 4.1 a:** Anzahl männlicher Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.765); \*Die Anteile der Befragten mit „null“ männlichen Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung sind in der Kategorie „1 Sexualpartner“ enthalten; sie lauten: 0,5%, 0,5%, 0,9%, 1,9%.



MSM, die über Schwulenzeitschriften an der Befragung teilnahmen, haben in allen Altersgruppen im Median mehr Partner als online Befragte; am stärksten ausgeprägt ist dieser Unterschied bei Befragten zwischen 30 und 44 Jahren (im Median 10 vs. 5 Sexualpartner). Dies scheint im Wesentlichen ein *Sampling*-Effekt zu sein, also mit der Wahl des Erhebungsinstruments zusammenzuhängen: Die für die Schaltung des Fragebogens ausgewählten Schwulenzeitschriften sind vor allem in Großstädten mit ausgeprägter schwuler Infrastruktur verbreitet.

Wird unterschieden, ob Befragte ihre Sexualpartner mehrheitlich über das Internet oder auf anderem Wege kennenlernen, zeigt sich, dass Offline-Befragte, die ihre Sexualpartner mehrheitlich online kennenlernen, mehr Sexualpartner haben als Offline-Befragte mit mehrheitlich offline rekrutierten Sexualpartnern (im Median 12 vs. 5 Sexualpartner). Bei online Befragten ist dieser Unterschied etwas kleiner (5 vs. 2 Sexualpartner).

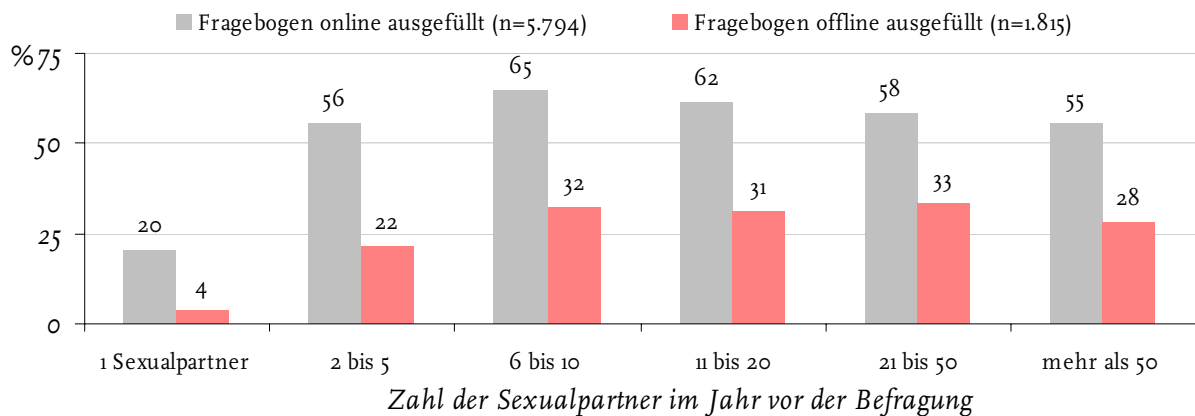
Auch erscheint vor dem Hintergrund der Diskussion über das Internet als Beschleunigungsfaktor der HIV-Neuinfektionen („Motor der Seuche“) durchaus bemerkenswert, dass in jeder der hier verwendeten vier Altersgruppen die Anzahl der Sexualpartner höher ist, wenn sie mehrheitlich über das Internet gewonnen wurden (Median bei unter-20-Jährigen: 3 vs. 2; bei 20-bis 29-Jährigen: 5 vs. 2; bei 30- bis 44-Jährigen: 8 vs. 4; bei über-44-Jährigen: 7 vs. 4 Sexualpartner).

<sup>18</sup> Aufgrund der Schiefe der Verteilung wird nicht das arithmetische Mittel berechnet sondern der Median. Der Median teilt die vorliegende Stichprobe (vereinfacht gesagt) in zwei Hälften; die eine Hälfte hat mehr als vier Partner, die andere weniger als vier Partner (6% nennen genau vier Partner, jeweils 47% nennen weniger bzw. mehr als vier Partner).

<sup>19</sup> Wir verwenden im Folgenden die Begriffe „primärer Partner“, „fester Freund“ und „fester Partner“ synonym.

Weitgehend unabhängig von der Anzahl der Sexualpartner gilt, dass das Medium, über das der Fragebogen ausgefüllt wurde, darüber bestimmt, ob Befragte ihre Sexualpartner vornehmlich über das Internet oder an anderen Orten kennenlernen. Werden nur Befragte mit mehr als einem Sexualpartner im Jahr vor der Befragung betrachtet, ist festzustellen: MSM, die den Fragebogen online ausgefüllt haben, haben ihre Sexualpartner mehrheitlich über das Internet kennengelernt. MSM hingegen, die den Fragebogen offline ausgefüllt haben, haben ihre Sexualpartner mehrheitlich an anderen Orten kennengelernt (bei Offline-Befragten beträgt der Anteil derer, die ihre Sexualpartner mehrheitlich über das Internet kennengelernt haben, etwa ein Drittel). Bei online Befragten ist jedoch zu beobachten, dass der Anteil der über das Internet gefundenen Sexualpartner mit zunehmender Partnerzahl tendenziell abnimmt (vgl. **Abbildung 4.1b**).

**Abbildung 4.1 b:** Anteil der Befragten, die mehr als die Hälfte ihrer Sexualpartner über das Internet kennengelernt haben, in Abhängigkeit von der Anzahl der Sexualpartner im Jahr vor der Befragung  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.609)



Unter infektionsepidemiologischen Gesichtspunkten (HIV und STI) sind mögliche Sexualkontakte zwischen MSM und Frauen von Interesse. Diese sind – bezogen auf die zwölf Monate vor der Befragung – in vorliegenden Stichprobe selten (vgl. **Tabelle 4.1**): 91 Prozent der Befragten geben an, im Jahr vor der Befragung *keine* sexuellen Kontakte zu Frauen gehabt zu haben, weitere sechs Prozent hatten *eine* Sexualpartnerin.

Sowohl Sex mit Frauen als auch mit mehr als einem Mann hatten sieben Prozent der Befragten (dieser Anteil setzt sich zusammen aus 5,4% mit bis zu 10 männlichen Sexualpartnern und 1,7% mit mehr als 10).<sup>20</sup>

**Tabelle 4.1:** Anzahl weiblicher Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

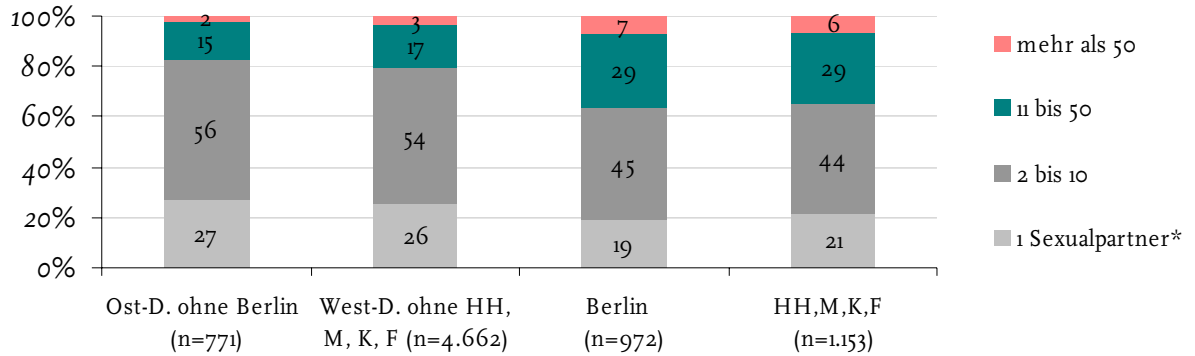
	unter 20 Jahre	20 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	über 44 Jahre	gesamt
<b>mehr als 5</b>	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
<b>2 bis 5</b>	4 %	3 %	2 %	2 %	2 %
<b>eine</b>	6 %	5 %	5 %	8 %	6 %
<b>keine</b>	89%	92 %	93%	89 %	91 %
<i>n</i>	803	1.971	3.186	1.836	7.796

<sup>20</sup> Im Vorgriff auf **Abschnitt IV.6** zur Häufigkeit von Risikokontakten sei Folgendes angemerkt: In der Gruppe der MSM, die Sexualkontakte mit Frauen eingehen, geben 30% an, im Jahr vor der Befragung mindestens einmal auch ungeschützten Analverkehr mit einem männlichen Partner gehabt zu haben, dessen Serostatus dem Befragten unklar war (dies entspricht 2.1% aller Befragten). Hieraus folgt, dass Befragte, die gleichzeitig Sexualkontakte mit Frauen und Männern haben, nicht in größerem Umfang Risiken eingehen als die Gesamtheit der befragten MSM. Auf diese Gruppe wird im Folgenden nicht weiter eingegangen.



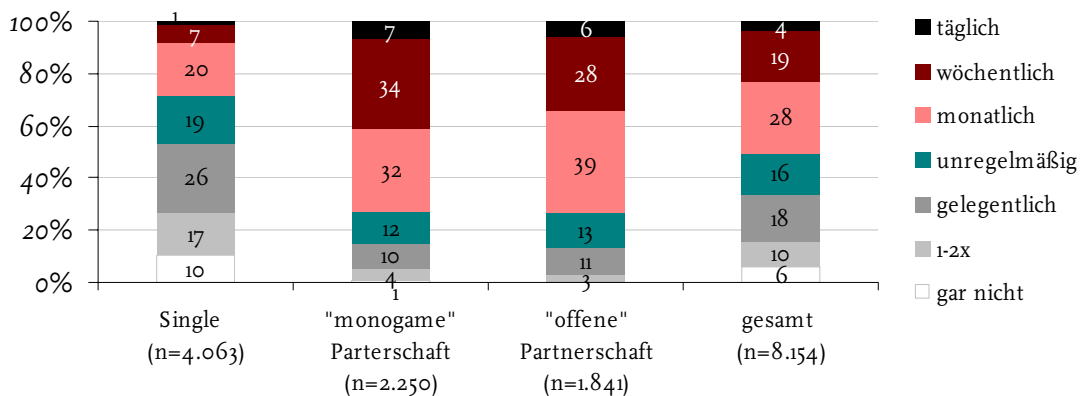
In den großen „Schwulenmetropolen“ haben MSM erheblich mehr (männliche) Sexualpartner als in den übrigen Städten und Regionen (vgl. **Abbildung 4.2**). Dieser Unterschied ist zwar durch eine unterschiedliche Altersverteilung mitbedingt, er ist aber vermutlich auch auf strukturelle Unterschiede (höherer Anteil von MSM an der männlichen Bevölkerung, mehr „szenespezifische Angebote) zurückzuführen.

**Abbildung 4.2:** Anzahl männl. Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach ausgewählten Regionen  
**Basis:** Gesamtstichprobe; \*Die Anteile der Befragten ohne männliche Sexualpartner im Jahr vor der Befragung sind in der Kategorie „1 Sexualpartner“ enthalten; sie lauten: 0,5%, 0,8%, 1,7%, 1,5%



Während das Lebensalter – wie oben dargestellt – einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl der Sexualpartner hat, ist die Häufigkeit sexueller Kontakte (Sexfrequenz) ab einem Lebensalter von 25 Jahren weitgehend altersunabhängig. Etwa die Hälfte aller Befragten hat regelmäßig Sex (zusammengefasst wurden hierfür die Kategorien „monatlich“, „wöchentlich“ und „täglich“). Die Möglichkeit, regelmäßig Sex zu haben, hängt in besonderem Maße davon ab, ob jemand in einer festen Partnerschaft lebt oder nicht – ein weiterer Hinweis auf die großen Unterschiede zwischen den sexuellen Lebensstilen bei MSM: 28 Prozent der *Singles* vs. 73 Prozent der MSM in festen Partnerschaften geben an, regelmäßig Sex zu haben; „monogame“ und „offene“ Partnerschaften unterscheiden sich hier nur unwesentlich (vgl. **Abbildung 4.3**).

**Abbildung 4.3:** Häufigkeit sexueller Begegnungen in unterschiedlichen Beziehungsformen  
**Basis:** Gesamtstichprobe (n=8.154)



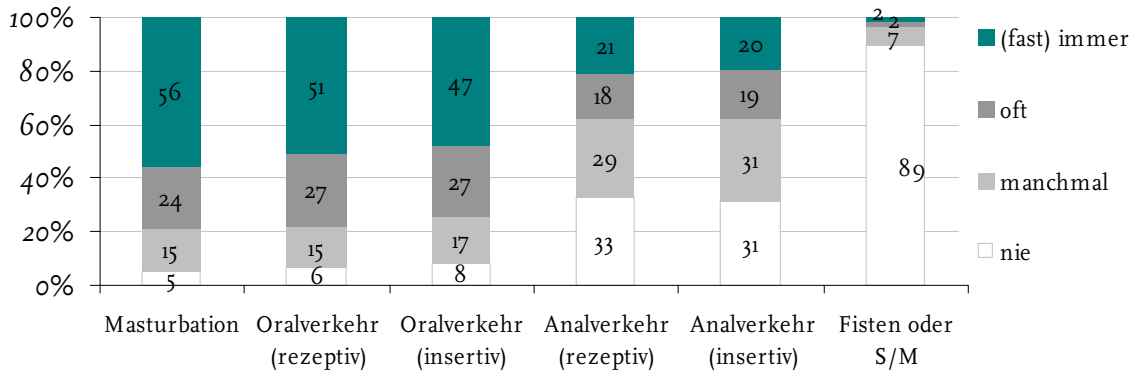
In der Altersgruppe der unter 20-Jährigen haben 14 Prozent in den zwölf Monaten vor der Befragung gar keinen Sex gehabt, weitere 23 Prozent geben für diesen Zeitraum vereinzelte („1 bis 2“) sexuelle Begegnungen an. Dies unterstreicht erneut, dass über die gewählte Verteilungsart des Fragebogens – und insbesondere über das Internet – keineswegs nur sexuell aktive Männer erreicht wurden.

## 2. Sexuelle Praktiken

Die häufigste sexuelle Praktik der befragten MSM ist wie schon in früheren Befragungen die mutuelle (gegenseitige) Masturbation, die zweithäufigste der Oralverkehr. Beide Praktiken werden innerhalb (**Abbildung 4.4a**) und außerhalb (**Abbildung 4.4b**) fester Partnerschaften in etwa gleich häufig angegeben.

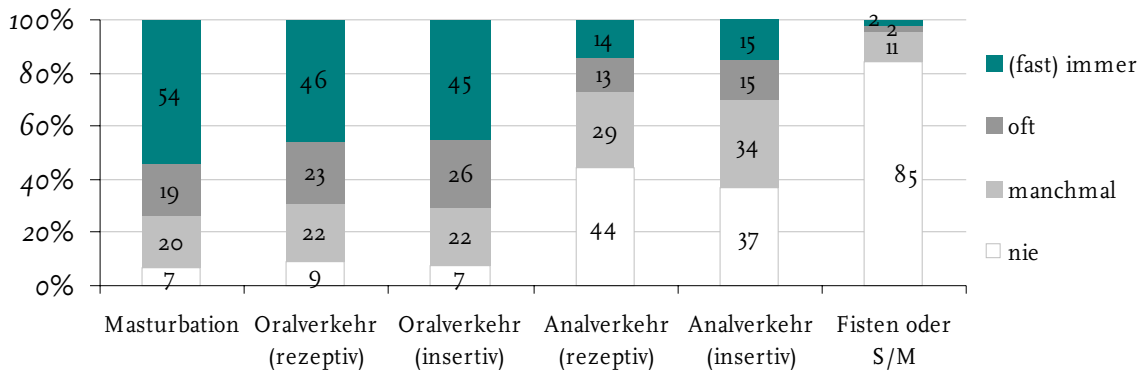
**Abbildung 4.4a:** Sexuelle Praktiken mit dem primären Partner

Basis: Befragte, die sexuelle Praktiken mit einem primären Partner angeben<sup>21</sup> (n=5.180)



**Abbildung 4.4b:** Sexuelle Praktiken mit anderen Sexualpartnern

Basis: Befragte, die sexuelle Praktiken mit anderen als einem primären Sexualpartner angeben (n=5.488)



Analverkehr hingegen ist innerhalb fester Partnerschaften stärker habitualisiert als bei sexuellen Kontakten mit anderen Männern. Hierbei fällt auf, dass die Positionen beim Analverkehr (überwiegend oder ausschließlich insertiv bzw. rezeptiv) innerhalb fester Partnerschaften gleich verteilt sind. Außerhalb fester Partnerschaften hingegen wird rezeptiver Analverkehr seltener praktiziert als insertiver. Dies ist vor allem der Fall in der Altersgruppe über 30 Jahren, wo „ausschließlich insertiver“ Analverkehr doppelt so häufig angegeben wird wie „ausschließlich rezeptiver“. Wenn dieser Unterschied dadurch begründet ist, dass eine relevante Zahl von Männern die Intention verfolgt, durch die Einnahme der insertiven Position beim Analverkehr das Risiko einer HIV-Übertragung zu verringern, wird dies als *Strategische Positionierung* bezeichnet (siehe **Abschnitt IV.6**). Es wäre zwar denkbar, dass die Rollenpräferenz beim Analverkehr im Sinne eines Generationseffekts bei jüngeren MSM weniger starr ist als bei älteren. Dagegen spricht, dass die oben beschriebenen Alterseffekte hinsichtlich der Rolle beim Analverkehr nur bei sexuellen Kontakten *außerhalb* fester Partnerschaften zu beobachten sind. Allerdings steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der MSM, die gar keinen Analverkehr praktizieren.

<sup>21</sup> Gegenwärtig in fester Partnerschaft befinden sich weniger Befragte als die hier angegeben 5.180. Viele Befragte haben aber dennoch Angaben gemacht, welche sexuellen Praktiken mit einem festen Freund in den 12 Monaten vor der Befragung ausgeübt wurden.

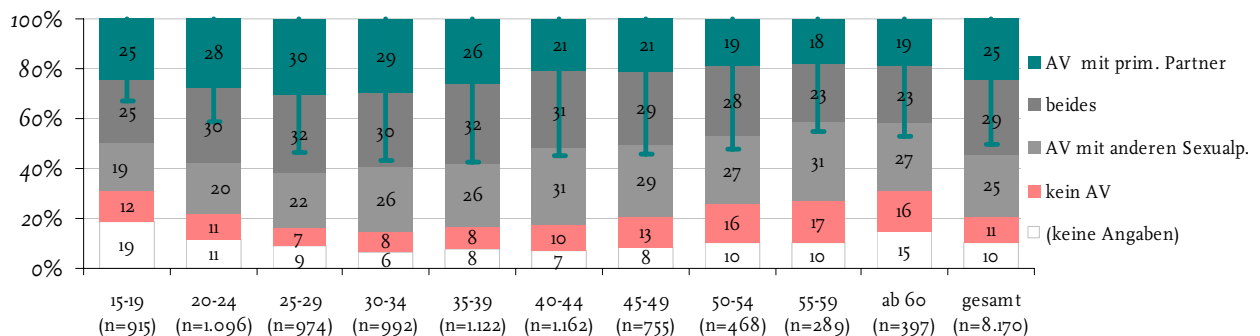
S/M oder „härtere“ sexuelle Praktiken wie das Einführen der Hand oder des Unterarms in den Anus des Sexualpartners (Faustfick oder Fisten) kommen nur bei einer Minderheit der Befragten zur Anwendung und sind in festen Partnerschaften seltener als bei Kontakten mit anderen Sexualpartnern. Diese Konstellation liegt bei selteneren Sexualpraktiken wahrscheinlich häufig vor: MSM mit bestimmten sexuellen Vorlieben suchen sich neben ihrer festen Partnerschaft weitere Sexualpartner, die ihre Vorlieben teilen. Hierbei ist auffällig, dass die Verbreitung von Fisten oder S/M mit zunehmendem Alter ansteigt und häufiger von Bewohnern größerer Städte praktiziert wird.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass „harte“ Sexualpraktiken wie Fisten einerseits und S/M andererseits unterschiedliche Kategorien darstellen und keineswegs als austauschbare Begriffe verstanden werden. Die Zusammenlegung beider Praktiken zu einer Kategorie ist infektions-epidemiologisch in der Vorstellung begründet, dass beide mit einem erhöhten Verletzungsrisiko einhergehen, das mit höherer Wahrscheinlichkeit als der Analverkehr allein zu Blutungen führen kann. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass sich die sozialen Kontexte, in denen „gefistet“ oder S/M-Sex praktiziert wird, verändert haben und wahrscheinlich immer weniger eine einheitliche „Szene“ widerspiegeln. Nichtsdestotrotz werden „häufiger“ oder „regelmäßiger“ S/M-Sex bzw. „Fisten“ besonders von Befragten angegeben, die auch häufig „Lederlokale oder -clubs“ aufsuchen (26%). Die Terminologie ist dabei zum Teil der Kontinuität des Erhebungsinstruments geschuldet; eine Berücksichtigung von „Skin-/ Army- und Fetischclubs“ im Erhebungsinstrument (oder einer vergleichbaren Formulierung für Gruppen, in denen heute erfahrungsgemäß sadomasochistische Praktiken häufig vorkommen) wäre für zukünftige Befragungen sicherlich hilfreich.

Eine Schicht- oder Bildungsabhängigkeit lässt sich in der vorliegenden Stichprobe für keine der bevorzugten Sexualpraktiken beobachten.

Werden die Angaben zum Analverkehr mit dem primären Partner und außerhalb fester Partnerschaften zusammengeführt, so ergibt sich das in **Abbildung 4.5** dargestellte Bild, das diese Angaben zudem nach Altersgruppen differenziert. 25 Prozent aller Befragten praktizieren Analverkehr nur innerhalb ihrer festen Partnerschaft, weitere 29 Prozent sowohl mit dem primären als auch mit anderen Sexualpartnern. Dies ist nicht mit einer „offenen“ Partnerschaft gleichzusetzen, da die Angaben zu sexuellen Praktiken sich auf einen Zeitraum von zwölf Monaten beziehen, und sexuelle Kontakte zu anderen Männern daher sowohl vor dem Beginn als auch nach dem Ende der festen Partnerschaft möglich sind. 25 Prozent der Befragten haben Analverkehr ausschließlich außerhalb fester Partnerschaften gehabt; dies sind im Wesentlichen Männer, die im Verlauf der 12 Monate vor der Befragung keinen festen Partner gehabt haben. Elf Prozent geben an, in diesem Zeitraum überhaupt keine analgenitalen Kontakte eingegangen zu sein, für zehn Prozent fehlen Angaben zum Analverkehr<sup>22</sup>. In **Abbildung 4.5** ist zusätzlich der Anteil der Männer gekennzeichnet, die sich zum Befragungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft befanden.

**Abbildung 4.5:** Analverkehr (AV) mit dem primären Partner oder anderen Sexualpartnern  
 Basis: Gesamtstichprobe (n=8.170). Die nach unten verlängerte Fortsetzung des grünen Segments kennzeichnet den jeweiligen Anteil der Teilnehmer in gegenwärtig fester Partnerschaft.



<sup>22</sup> Die Parallelität in der Altersverteilung der beiden letztgenannten Anteile lässt vermuten, dass Befragte ohne entsprechende Angaben in dieser Zeit ebenfalls keinen Analverkehr hatten. Damit läge der Anteil ohne Analverkehr bei insgesamt 21%

### 3. Präventives Verhalten bei Oralverkehr

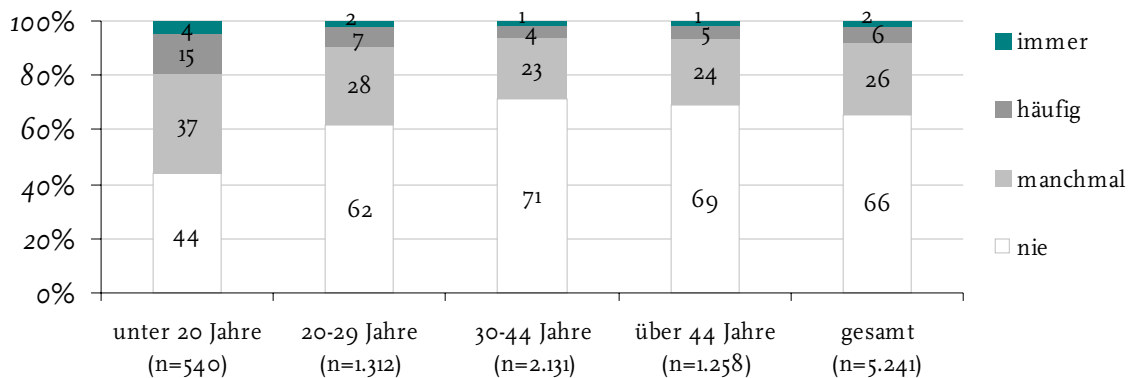
#### 3.1 Oraler Kontakt mit Sperma

Die Rolle des Kondoms für die Ansteckungsgefahr mit HIV bei oraler Aufnahme von Sperma wird von verschiedenen Akteuren im Präventionsbereich in Deutschland unterschiedlich bewertet. Der orale Kontakt mit Sperma gilt gegenüber dem Analverkehr als ein nachgeordnetes Infektionsrisiko für HIV; Übertragungen sind jedoch beschrieben<sup>23</sup>. Die folgende Analyse berücksichtigt ausschließlich zuletzt negativ oder ungetestete MSM, die für die vergangenen zwölf Monate andere Sexualpartner als den primären Partner angeben. Auf dieser Grundlage geben zwei Drittel der Befragten an, beim Sex mit anderen Partnern „nie“ deren Sperma oral aufzunehmen, und acht Prozent geben an, dies „häufig“ oder „immer“ zu tun.

Auffälligerweise und im Unterschied zu riskanten *anal* Sexualpraktiken (mit anderen als dem primären Partner, s. u.) wird das eher kleine Risiko einer HIV-Infektion durch die orale Aufnahme von Sperma vor allem von jüngeren MSM (unter 30 und insbesondere unter 20 Jahren) eingegangen (vgl. **Abbildung 4.6**). In Anbetracht der niedrigeren Anzahl sexueller Partner sowie der niedrigeren HIV-Prävalenz in dieser Altersgruppe mag dieser Anteil infektionsepidemiologisch nicht sonderlich beunruhigen, vor allem dann nicht, wenn es sich um einen echten Alterseffekt handelt und diese sexuelle Vorliebe mit zunehmendem Alter an Bedeutung verliert.

**Abbildung 4.6:** Orale Aufnahme von Ejakulat nach Altersgruppen

Basis: ungetestete oder zuletzt HIV-negativ gestestete Befragte, die sexuelle Kontakte mit anderen als dem primären Partner angeben (n=5.241)

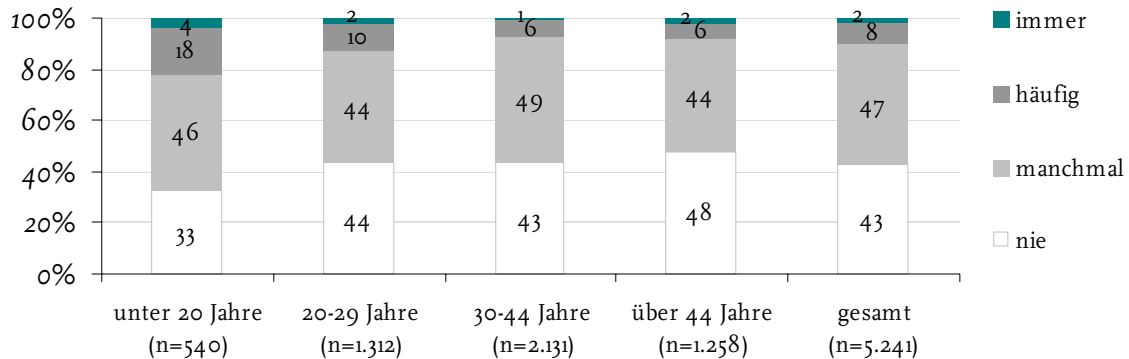


Bei HIV-positiv getesteten Befragten ist der Anteil derer, die beim Sex mit anderen Partnern „nie“ deren Sperma oral aufzunehmen, mit insgesamt 43 Prozent deutlich kleiner als in der HIV-negativen/ungetesteten Vergleichsgruppe; der Anteil derer, die dies „immer“ (3%) oder „häufig“ (14%) tun, etwa doppelt so groß. Allerdings gibt es außer der HIV-Infektion keine andere STI, deren Übertragungsrisiko sich beim „barrierefreien“ Oralverkehr durch die Aufnahme von Ejakulat erhöht. Insofern ist die orale Aufnahme von Ejakulat durch bereits HIV-positive Personen mit keinerlei erhöhtem Infektionsrisiko verbunden, weder hinsichtlich einer Infektion mit HIV, noch einem anderen sexuell übertragbaren Erreger.

<sup>23</sup> vgl. Campo, Perea et al. 2006

In **Abbildung 4.7** ist die Häufigkeit von insertivem Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund des Partners (andere Sexualpartner als der feste Freund) dargestellt.

**Abbildung 4.7:** Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund des Sexualpartners nach Altersgruppen  
Basis: un- oder zuletzt HIV-negativ getestete Befragte, die sexuelle Kontakte mit anderen als dem primären Partner angeben



Insgesamt geben 43 Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten MSM an, „nie“ in den Mund ihrer Sexualpartner zu ejakulieren, während zehn Prozent angeben, dies „häufig“ (8%) oder „immer“ (2%) zu tun. Bei HIV-positiv getesteten Befragten ist der Anteil derer, die „nie“ in den Mund ihrer Sexualpartner ejakulieren, mit insgesamt 54 Prozent deutlich höher als in der HIV-negativen/ungetesteten Vergleichsgruppe; der Anteil derer, die dies „häufig“ (5%) oder „immer“ (1%) tun, entsprechend kleiner.

Unabhängig vom Lebensalter steht die Höhe des Bildungsabschluss in einem Zusammenhang mit präventivem Verhalten beim Oralverkehr: So berichten in jeder Altersgruppe mehr als doppelt so viele MSM mit Hauptschulabschluss – verglichen mit MSM mit (Fach-) Hochschulabschluss – über zumindest häufigen oralen Kontakt mit Sperma.

Im Unterschied zu den ungeschützten anal-genitalen Kontakten wurde bei den Fragen zur oralen Aufnahme von Sperma oder zur Ejakulation in den Mund nicht nach dem HIV-Serostatus des Sexualpartners gefragt; somit kann nicht festgestellt werden, in welchen Fällen diese Kontakte ein HIV-Übertragungsrisiko darstellen.

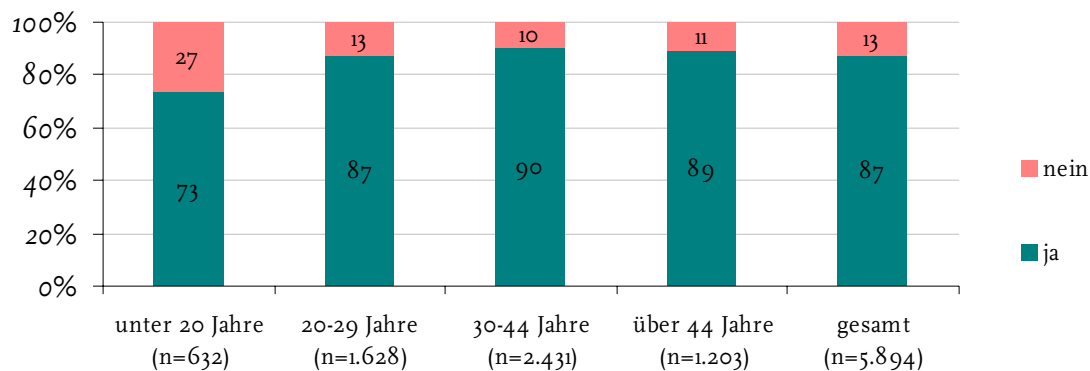
## 4. Präventives Verhalten bei Analverkehr

### 4.1 Kondomgebrauch, Erfahrungen und Widerstände

Werden ausschließlich MSM betrachtet, die in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert haben, zeigt sich, dass 87 Prozent aller zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten MSM ein Kondom „in der Tasche oder zuhause haben“; bei HIV-Positiven sind es 94 Prozent. In jungen Altersgruppen, vor allem bei MSM unter 20 Jahren, liegt der Anteil deutlich niedriger (vgl. **Abbildung 4.8**). Bei MSM aus höheren sozialen Schichten sind Kondome häufiger vorhanden und damit grundsätzlich verfügbarer als bei MSM aus niedrigen sozialen Schichten (bzw. sozio-ökonomischem Status), entsprechendes gilt für den höchsten Bildungsabschluss. Die Zusammenhänge mit sozialer Schicht bzw. Bildung sind altersunabhängig, aber weniger ausgeprägt als der Zusammenhang mit dem Lebensalter.

**Abbildung 4.8:** Vorhandenseins eines Kondoms

Basis: un- oder zuletzt HIV-negativ gestestete Befragte mit Analverkehr (n=5.893)

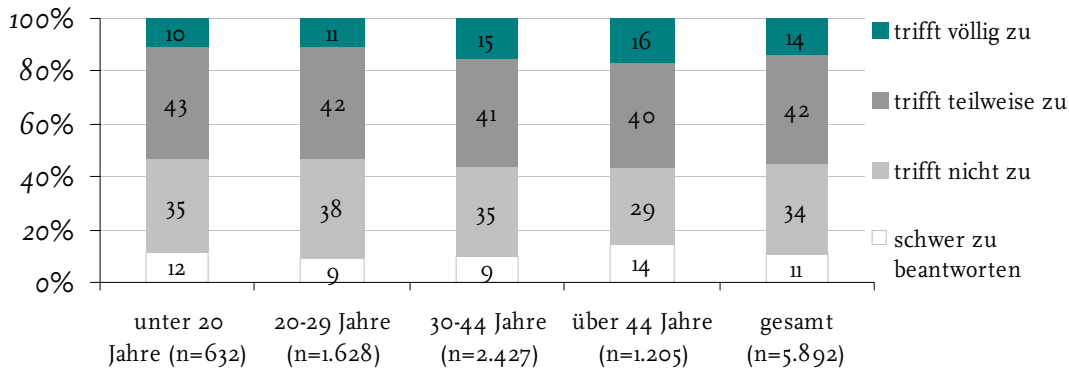


In einer 2005 durchgeführten repräsentativen Befragung der BZgA<sup>24</sup> gaben 74 Prozent allein lebender (heterosexueller) Männer unter 45 Jahren an, ein Kondom in der Tasche oder zuhause zu haben. Werden in der vorliegenden Befragung – um näherungsweise die gleiche Bezugspopulation abzubilden – nur unter 45-jährige Männer ohne festen Partner betrachtet (die Analverkehr praktizieren), beträgt der Anteil mit verfügbarem Kondom 90 Prozent; bei HIV-Positiven sowie bei MSM in offener Partnerschaft liegt dieser Anteil noch etwas höher.

Mit einem Alter von ab 30 Jahren werden Kondom MSM zu einem leicht höheren Anteil als störend wahrgenommen (vgl. **Abbildung 4.9**). Wer im Jahr 2007 unter 30 Jahre alt ist, hatte sein sexuelles Debüt mit Sicherheit nach Start der ersten HIV-Präventionskampagnen und ist somit „mit der Kondombotschaft aufgewachsen“. Daher könnte erwartet werden, dass jüngere MSM Kondome weniger als störend empfinden als ältere, die das Auftauchen des Kondoms bzw. die erklärte Notwendigkeit seines Gebrauchs als ein einschneidendes Ereignis in ihrer Biographie erlebt haben. Insofern bleibt hervorzuheben, dass auch über die Hälfte der jüngeren MSM der Aussage, dass Kondome beim Sex sehr störend sind, zumindest teilweise zustimmt.

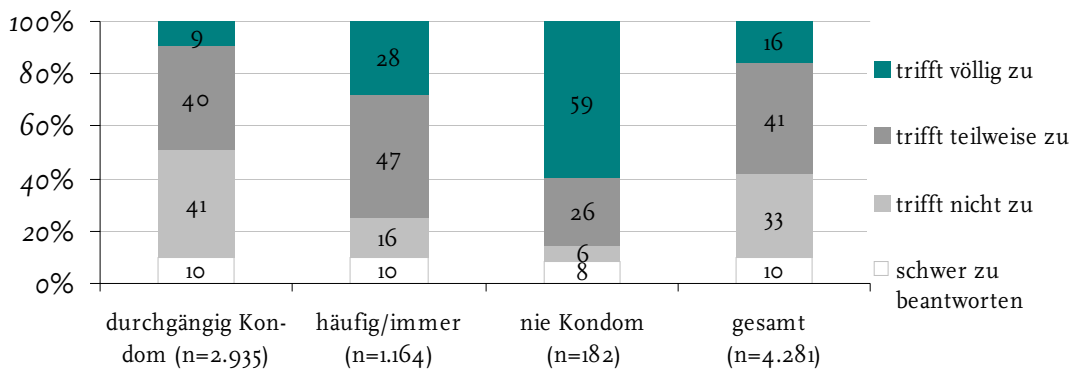
<sup>24</sup> BZgA 2006: 50

**Abbildung 4.9:** Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“  
 Basis: un- oder zuletzt HIV-negativ gestestete Befragte mit Analverkehr



Insgesamt stimmen 14 Prozent aller zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten der Aussage zu, „Kondome seien beim Sex sehr störend“; bei HIV-positiven MSM ist dieser Anteil mit 27 Prozent doppelt so hoch. 34 Prozent aller zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten lehnen die Aussage ab. Elf Prozent finden die Frage „schwer zu beantworten“; dabei handelt es sich eher um Männer, die keine oder wenig Analverkehr haben. Wie auch schon in vorangegangenen Befragungen ist unter den Männern, die beim Analverkehr keine Kondome benutzen, der Anteil derer, die sich stark durch das Kondom beeinträchtigt fühlen, am höchsten; unter denen, die durchgängig Kondome benutzen, fühlen sich die wenigsten beeinträchtigt. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang beim Analverkehr mit anderen als dem primären Partner (**Abbildung 4.10**). In festen Partnerschaften besteht der gleiche Zusammenhang, allerdings sind die Unterschiede weniger deutlich, vermutlich auch weil Kondome innerhalb fester Partnerschaften seltener zur Anwendung kommen (siehe die folgenden Abschnitte).

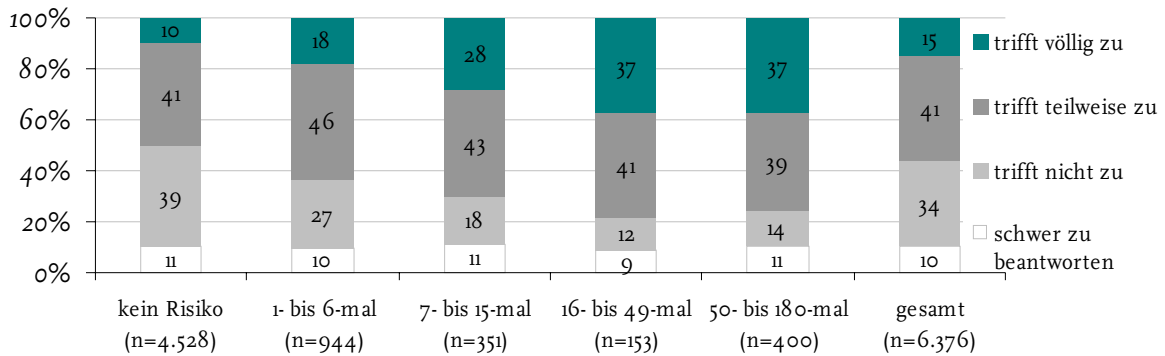
**Abbildung 4.10:** Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“,  
 in Abhängigkeit von der Durchgängigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern als dem festen Freund. Basis: Befragte mit Analverkehr mit anderen Sexualpartnern als dem festen Freund



Ein entsprechender Zusammenhang besteht zwischen der Wahrnehmung des Kondoms als Störfaktor und der tatsächlich eingegangenen (bzw. angegebenen) Anzahl ungeschützter anal-genitaler Kontakte<sup>25</sup> bei unbekanntem HIV-Serostatus (**Abbildung 4.11**): Je eher sich Männer durch Kondome beim Sex gestört fühlen, desto häufiger gehen sie entsprechende Infektionsrisiken ein.

<sup>25</sup> Bei der Berechnung der Anzahl der eingegangenen Risikokontakte beim Analverkehr wurden die folgenden Angaben zusammengefasst: Ungeschützter Analverkehr mit dem primären Partner, mit bekannten und anonymen Sexualpartnern, deren Serostatus jeweils unbekannt war.

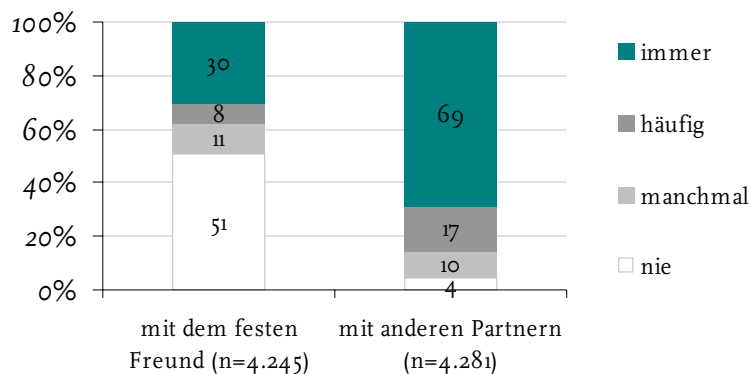
**Abbildung 4.11:** Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“, in Abhängigkeit von der Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte bei Sexualpartnern mit unbekanntem Serostatus, inklusive des festen Partners. Basis: Befragte mit Analverkehr



## 4.2 Kondomgebrauch innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften

Während die Häufigkeit sexueller Kontakte (vor allem auch anal-genitaler) innerhalb fester Partnerschaften höher ist als außerhalb, ist das Ausmaß der Habitualisierung des Kondomgebrauchs hier niedriger. 69 Prozent der Befragten, die Analverkehr mit Partnern hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren, haben hierbei „immer“ ein Kondom verwendet; bei ihnen kann also davon ausgegangen werden, dass sie den Kondomgebrauch habitualisiert haben. Weitere 17 Prozent haben dabei „häufig“ ein Kondom benutzt, sie haben das Kondom somit zumindest weitgehend in ihre sexuellen Interaktionen integriert. Innerhalb fester Partnerschaften hat ein sehr viel geringerer Anteil von Männern den Kondomgebrauch bei anal-genitalen Kontakten habitualisiert: Lediglich 30 Prozent der Befragten, die Analverkehr mit ihrem festen Freund haben, benutzen dabei „immer“ ein Kondom, 51 Prozent hingegen tun dies „nie“ (vgl. **Abbildung 4.12**).

**Abbildung 4.12:** Häufigkeit des Kondomgebrauchs innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften. Basis: Befragte, die mit dem festen Freund bzw. mit anderen Partnern Analverkehr praktizieren.<sup>26</sup>

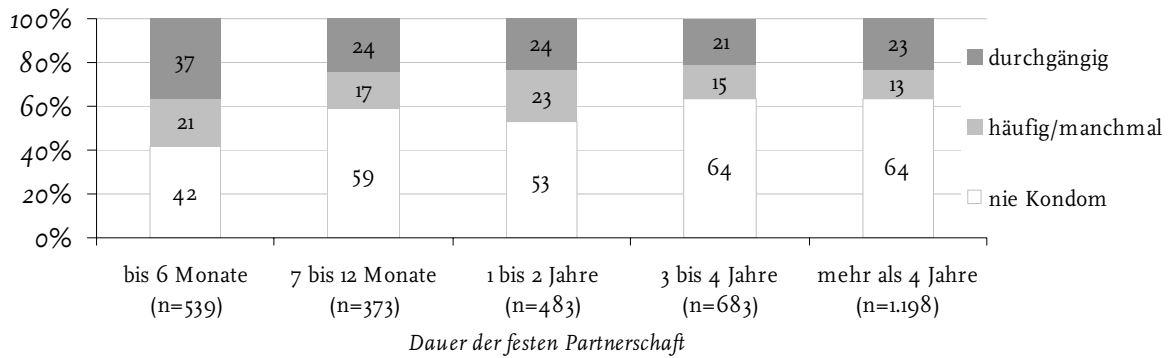


Dieser Unterschied ist noch ausgeprägter, wenn ausschließlich MSM in „offener Partnerschaft“ betrachtet werden (siehe den folgenden **Abschnitt IV.4.3, Abbildung 4.14**): Während sich Männer in „offenen“ Partnerschaften bei anal-genitalen Kontakten mit anderen als dem primären Partner („immer“: 69%, „nie“: 5%) genauso verhalten wie die MSM in der Gesamtstichprobe, ist der Kondomgebrauch mit dem primären Partner („immer“: 25%, „nie“: 61%) noch unüblicher als bei anderen MSM in fester Partnerschaft. Wie bereits in vergangenen Befragungen gezeigt werden konnte, ist die Habitualisierung des Kondomgebrauchs – besser gesagt des Nichtgebrauchs – innerhalb einer festen Partnerschaft abhängig von deren Dauer. Allgemein lässt sich feststellen, dass umso eher auf das Kondom verzichtet wird, je länger die feste Partnerschaft andauert (vgl. **Abbildung 4.13**).

<sup>26</sup> Zur Unterscheidung: MSM in „offener“ Partnerschaft haben neben sexuellen Kontakten mit dem primären Partner auch sexuelle Kontakte zu anderen Männern. Eine sehr viel größere Gruppe stellen MSM dar, die sich zu irgendeinem Zeitpunkt in den 12 Monaten vor der Befragung in einer festen Partnerschaft befanden und im selben 1-Jahres-Zeitraum, aber nicht parallel, auch sexuelle Kontakte zu anderen Männern hatten.



**Abbildung 4.13:** Häufigkeit des Kondomgebrauchs innerhalb fester Partnerschaften  
 Basis: Befragte mit Analverkehr mit einem festen Partner



Bei Partnerschaften, die noch kein halbes Jahr bestehen, ist der durchgängige Kondomgebrauch noch vergleichsweise häufig. Bereits bei diesen kurzen Beziehungen zeigt sich jedoch eine erhebliche Abweichung vom Kondomgebrauch mit nicht-festen Partnern (der Anteil derer, die „nie“ Kondome verwenden, ist mit 42 Prozent zehnmal höher als der entsprechende Anteil beim Analverkehr mit anderen Partnern).

In Vorgriff auf den Folgeabschnitt zu *Negotiated Safety* sowie den Abschnitten zum HIV-Test (**Abschnitte V & VII**) soll an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden, inwieweit der Verzicht auf Kondome in festen Partnerschaften *vorschnell* erfolgt, das heißt ohne dass beide Partner zu einem sinnvollen Zeitpunkt auf HIV getestet sind. Dies ist anhand der vorliegenden Daten nur näherungsweise möglich, da nicht abgefragt wurde, zu welchem Zeitpunkt der *feste Partner* auf HIV getestet wurde. Die Dauer der Beziehung kann jedoch ins Verhältnis zum Zeitpunkt des letzten HIV-Tests des Befragten gesetzt werden. In **Tabelle 4.2** sind die Anteile der ungetesteten Befragungsteilnehmer dargestellt sowie die Anteile derer, deren letzter negativer HIV-Test vor dem Beginn der festen Partnerschaft durchgeführt wurde – jeweils bezogen auf Männer mit einem festen Partner, die mit diesem Partner auch Analverkehr praktizieren aber dabei *nie* oder nur *manchmal* ein Kondom verwenden.

In Partnerschaften von bis zu einem halben Jahr Dauer trifft dies auf 68 Prozent der Befragten zu (37% sind ungetestet, bei 31% ist das letzte Testergebnis zeitlich vor dem Beginn der Beziehung). Bei einer Beziehungsdauer von 7 bis 12 Monaten sind dies 41 Prozent (32% plus 9%), bei einer Beziehungsdauer von ein bis zwei Jahren 36 Prozent (27% plus 9%). Ab einer längeren Beziehungsdauer ist der Anteil derer mit einem nicht-aktuellen negativen HIV-Test schwer zu berechnen, allerdings auch eher klein, vor allem im Verhältnis zu den Ungetesteten.

Bezogen auf alle Befragten, die mit ihrem festen Partner Analverkehr haben, kann demnach festgestellt werden, dass 35 Prozent der Befragten in einer Partnerschaft von bis zu 6 Monaten Dauer, 29 Prozent derer in einer Partnerschaft von 7 bis 12 Monaten Dauer, 25 Prozent derer in einer Partnerschaft von 13 bis 24 Monaten Dauer nie oder höchstens sporadisch Kondome verwenden, obwohl das eigene HIV-Testergebnis unbekannt oder nicht aktuell ist. Der Teststatus bzw. die Aktualität des Testergebnisses des Partners ist hierbei noch nicht berücksichtigt.

Gerade in Partnerschaften von kurzer Beziehungsdauer wird somit häufig bereits auf Kondome verzichtet, ohne dass der Befragte über ein aktuelles negatives HIV-Testergebnis verfügt. Dieser vorschnelle Kondomverzicht in noch nicht lange bestehenden Partnerschaften sollte daher einen wichtigen Fokus zukünftiger Präventionskonzepte bilden.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Das Problem wird schon seit langem in der Präventionsforschung diskutiert; siehe z.B. Bochow 1994: 40-47 sowie Dannecker 1994: 16-20

**Tabelle 4.2:** HIV-Test und Beziehungsdauer; Basis: ungetestete oder zuletzt HIV-negativ getestete Befragte, die *nie* oder nur *manchmal* beim Analverkehr mit dem festen Partner ein Kondom verwenden

Dauer der festen Partnerschaft in Monaten:	bis zu 6	7 bis 12	13 bis 24	25 bis 48	mehr als 48
<i>n</i>	275	253	312	425	794
ungetestet	37 %	32 %	27 %	22 %	23 %
Test vor dem Beginn der Beziehung	31 %	9 %	9 %	~3%	nicht berechenbar
<b>Summe</b>	<b>68 %</b>	<b>41 %</b>	<b>36 %</b>	<b>25 %</b>	<b>23 %</b>
<i>bezogen auf alle Befragten mit Analverkehr und entsprechend langer Beziehungsdauer</i>	35 %	29 %	25 %	18 %	16 %

### 4.3 Negotiated Safety

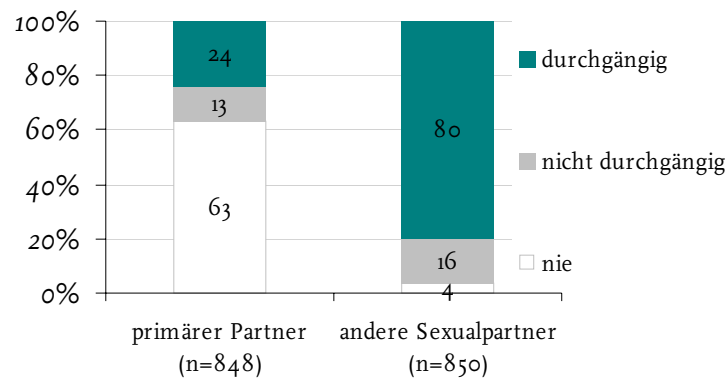
Das Konzept „ausgehandelter Sicherheit“ (*Negotiated Safety*) besteht aus zwei zentralen Elementen: Beide Partner innerhalb der primären Partnerschaft sind zeitnah konkordant HIV-negativ getestet. Sexualkontakte mit anderen Partnern orientieren sich strikt an den Normen des *Safer Sex*. Unter diesen Bedingungen können sie auf präventive Vorkehrungen innerhalb der primären Partnerschaft verzichten. Dieses Konzept scheint bei MSM eine weit verbreitete Risikomanagement-Strategie zu sein.

Streng genommen ist das Konzept der ausgehandelten Sicherheit jedoch nur auf „offene“ Partnerschaften anzuwenden, da in der oberen Darstellung auch Befragte abgebildet sind, die entweder nur einen primären Partner, aber keine anderen Sexualpartner haben oder umgekehrt. Entscheidend ist jedoch die relative Gleichzeitigkeit sexueller Kontakte zum primären bzw. anderen Sexualpartnern. Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit wurden für die folgende Darstellung, deren Basis ausschließlich von Befragten in gegenwärtig „offener“ Partnerschaft gebildet wird, die Anteile „häufig Kondome“ und „manchmal Kondome“ zur Kategorie „nicht durchgängiger Kondomgebrauch“ zusammengefasst (**Abbildung 4.14**).

Das schon aus **Abbildung 4.12** bekannte Muster tritt bei MSM in „offenen“ und konkordante negative getesteten Partnerschaften noch deutlicher hervor: Während innerhalb primärer Partnerschaften von 63 Prozent grundsätzlich *kein* Kondom verwendet wird, verzichten beim Analverkehr mit anderen Partnern nur vier Prozent der potentiell exponierten MSM grundsätzlich auf Kondome; 80 Prozent hingegen geben an, durchgehend ein Kondom zu verwenden.

Hiermit korrespondieren auch die Anteile der Befragten, die auf die Frage nach Reaktionen auf HIV/AIDS im Sexualverhalten die Aussage gewählt haben: „*Ich benutze beim Sex mit anderen Sexualpartnern immer Kondome*“. Dies sind bei zuletzt konkordant HIV-negativ getesteten MSM in „offener“ Partnerschaft 82 Prozent.

**Abbildung 4.14:** Kondomnutzung beim Analverkehr in den 12 Monaten vor der Befragung<sup>28</sup>  
Basis: zuletzt HIV-negativ getestete Befragte<sup>29</sup>



<sup>28</sup> Es fällt auf, dass die absolute Zahl derer, die die jeweilige Frage zum Kondomgebrauch beantwortet haben, für „andere Sexualpartner“ jeweils etwas höher liegt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in manchen primären Partnerschaften kein Analverkehr (mehr) praktiziert wird.

<sup>29</sup> Da das Konzept der *Negotiated Safety* jedoch einen HIV-Test innerhalb der festen Partnerschaft vorsieht, wurden hier nur MSM mit HIV-Test betrachtet, allerdings sind die Unterschiede zu ungetesteten Befragten gering ausgeprägt.

#### 4.4 Strategische Positionierung

Unter *Strategischer Positionierung* wird im Zusammenhang mit HIV-Risikomanagement eine dem *Serosorting* komplementäre Strategie verstanden. Während es bei *Serosorting* (vgl. **Abschnitt VI**) darum geht, mit einem Sexualpartner mit *konkordantem* HIV-Serostatus beim Analverkehr auf Kondome verzichten zu können, geht derjenige – der sich strategisch positioniert – von einem zumindest potentiell *diskordanten* HIV-Serostatus des Sexualpartners aus. Unter der Vorstellung, der insertive Analverkehr bürge ein geringeres HIV-Infektionsrisiko als der rezeptive, nehmen manche sich HIV-negativ wählende MSM beim Analverkehr eher die insertive Position ein, während HIV-positive MSM eher die rezeptive Rolle bevorzugen. Das *Strategische*<sup>30</sup> besteht darin, dass die Übernahme einer bestimmten Rolle beim Analverkehr nicht den grundsätzlichen sexuellen Vorlieben entspringt, sondern mit dem Ziel erfolgt, das Risiko zu senken, sich selbst oder seine Sexualpartner mit HIV zu infizieren.

Anders als beim *Serosorting* ist die Kenntnis des HIV-Serostatus des jeweiligen Sexualpartners in der Logik der Strategischen Positionierung nicht zwingend notwendig. Epidemiologische Studien – vor allem aus den USA, wo die Mehrheit der Männer beschnitten ist – haben nahegelegt, dass der insertive Analverkehr ein geringeres HIV-Übertragungsrisiko birgt als der rezeptive.<sup>31</sup> In der im September 2007 aktualisierten Fassung der Deutsch-Österreichischen Empfehlungen zur „*Postexpositionelle[n] Prophylaxe der HIV-Infektion*“ wird die Pro-Kontakt-Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung beim ungeschützten *insertiven* Analverkehr mit einem Partner mit unbekanntem Serostatus mit 0,06 Prozent<sup>32</sup> angegeben; dem steht ein viermal höheres Pro-Kontakt-Risiko von geschätzten 0,27 Prozent<sup>33</sup> für den ungeschützten *rezeptiven* Analverkehr gegenüber.

HIV-Präventionsbotschaften für MSM hatten gleichwohl bereits zuvor auf rezeptiven Analverkehr einerseits und auf Ejakulat als ansteckende Körperflüssigkeit andererseits fokussiert, so dass Strategische Positionierung in gewisser Weise als eine konsequente praktische Umsetzung der Präventionsbotschaften bzw. der damaligen epidemiologischen Studienergebnisse verstanden werden kann. Spätestens nach Veröffentlichung dreier Interventionsstudien<sup>34</sup> zur Auswirkung der männlichen Beschneidung auf das HIV-Transmissionsgeschehen, in denen gezeigt werden konnte, dass das Risiko des Mannes, sich beim (insertiven) *Vaginalverkehr* mit HIV zu infizieren, durch eine Beschneidung um etwa 50 Prozent gesenkt werden kann, stellt sich jedoch die Frage, ob der Unterschied im Übertragungsrisiko (zwischen insertiv und rezeptivem Analverkehr), der in epidemiologischen Studien zu MSM aus den USA festgestellt wurde, nicht ebenfalls zumindest zum Teil auf den dort sehr hohen Anteil beschnittener Männer zurückzuführen ist.<sup>35</sup>

Allerdings wird in diesem Abschnitt gezeigt werden, dass die meisten der befragten MSM in Deutschland beim Analverkehr beide Positionen einnehmen (*versatil* sind). Ein das HIV-Übertragungsrisiko senkender Effekt, wie er für die Beschneidung heterosexueller Männer beobachtet werden konnte, kann somit nur erwartet werden bei MSM, die mindestens vorwiegend, wenn nicht ausschließlich, beim Analverkehr die insertive Rolle einnehmen.

In Anbetracht dieser präventionspolitisch wichtigen Diskussion um die Bedeutung Strategischer Positionierung beim Analverkehr wurde geprüft, ob sich HIV-positive und zuletzt negativ getestete (oder ungetestete) Befragungsteilnehmer hinsichtlich ihrer bevorzugten Position beim ungeschützten Analverkehr unterscheiden. In den **Abbildungen 4.15 a bis c** sind die jeweiligen Anteile derjenigen Befragten dargestellt, die beim Analverkehr ausschließlich insertiv, rezeptiv oder beides (*versatil*) sind oder gar keinen Analverkehr praktizieren.

<sup>30</sup> Die interessante und wichtige Diskussion, ob es sich tatsächlich um eine (langfristige) Strategie oder eher um (situative) Taktiken handelt, kann an dieser Stelle nicht geführt werden.

<sup>31</sup> Die im Zusammenhang mit „Pro-Kontakt-Risiken“ wohl am meisten zitierte Studie ist von Vittinghoff, Douglas et al. 1999

<sup>32</sup> 95%-Konfidenzintervall: 0,02-0,19

<sup>33</sup> 95%-Konfidenzintervall: 0,06-0,49

<sup>34</sup> vgl. Auvert, Taljaard et al. 2005; Gray, Kigozi et al. 2007 sowie Bailey, Moses et al. 2007

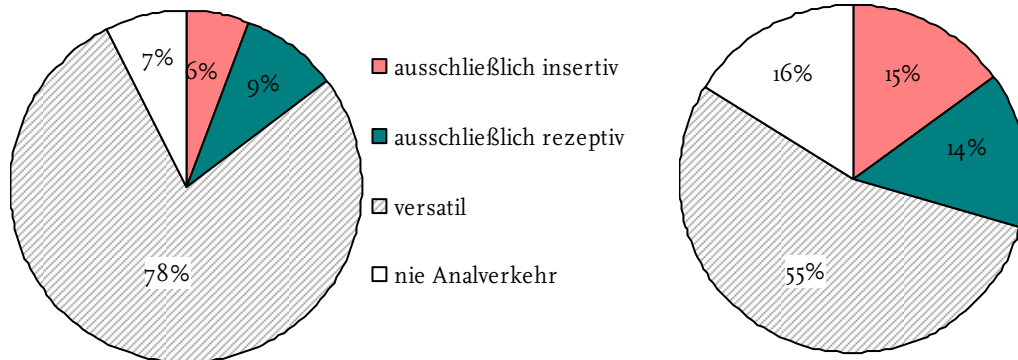
<sup>35</sup> In einer australischen MSM-Kohortenstudie hatte der Beschneidungsstatus keinen Einfluss auf die HIV-Inzidenz; auch nicht in der (kleinen) Gruppe von Männern, die beim Analverkehr ausschließlich insertiv waren siehe: Templeton, Jin et al. 2007

Werden zunächst HIV-serokonkordante Partnerschaften betrachtet – für die somit vermutet werden kann, dass Strategische Positionierung keine Rolle spielt – zeigt sich sowohl bei HIV-positiven als auch bei HIV-negativen (bzw. ungetesteten) MSM, dass die Muster „ausschließlich insertiv“ und „ausschließlich rezeptiv“ in etwa gleich verteilt sind. Der wesentliche Unterschied zwischen beiden Gruppen (**Abbildung 4.15 a**) besteht darin, dass HIV-positive Befragte (*links*) häufiger Analverkehr praktizieren (93%) als andere (84%, *rechts*). Dieser Unterschied hängt nicht mit der unterschiedlichen Altersverteilung zusammen, sondern ist vermutlich ein Selektionseffekt, da MSM ohne Analverkehr wesentlich seltener (um nicht zu sagen: fast gar nicht) von HIV betroffen sind.

**Abbildung 4.15 a:** Position beim Analverkehr mit dem festen HIV-serokonkordantem Partner

*Basis links:* HIV-positiv Getestete mit **HIV-positivem** festem Partner (n=122)

*Basis rechts:* nicht oder zuletzt **HIV-negativ** Getestete mit nicht oder HIV-negativ gestestetem festen Partner (n=3.507)



In **Abbildung 4.15 b** sind die bevorzugten Positionen beim Analverkehr für MSM in HIV-serodiskordanten Partnerschaften dargestellt: Der linke Kreis zeigt die Verteilung bei HIV-positiven Befragten mit ungetestetem oder HIV-negativem Partner, der rechte Kreis das entsprechende Muster bei ungetesteten oder zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten mit HIV-positivem Partner. Werden HIV-positive Befragte in serodiskordanten Partnerschaften verglichen mit solchen in serokonkordanten Partnerschaften, fallen zwei Unterschiede ins Auge, die zum Teil als Risikominimierungsstrategie interpretiert werden können: Zunächst der Verzicht auf Analverkehr: Während in konkordanten Partnerschaften HIV-positiver MSM nur sieben Prozent auf Analverkehr verzichten (**Abbildung 4.15a links**), sind es in diskordanten Partnerschaften HIV-positiver MSM 26 Prozent (**Abbildung 4.15b links**).<sup>36</sup>

Weiterhin ist zu beobachten, dass die bevorzugten Positionierungsmuster entgegengesetzt sind: Während HIV-positive Befragte in diskordanten festen Partnerschaften eher die rezeptive (22%) als die insertive (10%) Position einnehmen, bevorzugen HIV-negative (oder ungetestete) Befragte in diskordanten festen Partnerschaften eher die insertive (19%) als die rezeptive (8%) Rolle.<sup>37</sup>

Entsprechend kann festgestellt werden, dass 52 Prozent der HIV-positiven Befragten mit mutmaßlich serodiskordantem festen Partner beim Analverkehr (auch) insertiv sind und 66 Prozent (auch) rezeptiv, während bei mutmaßlich HIV-negativen Befragten mit HIV-positivem festen Partner 70 Prozent (auch) insertiv sind und 59 Prozent (auch) rezeptiv.

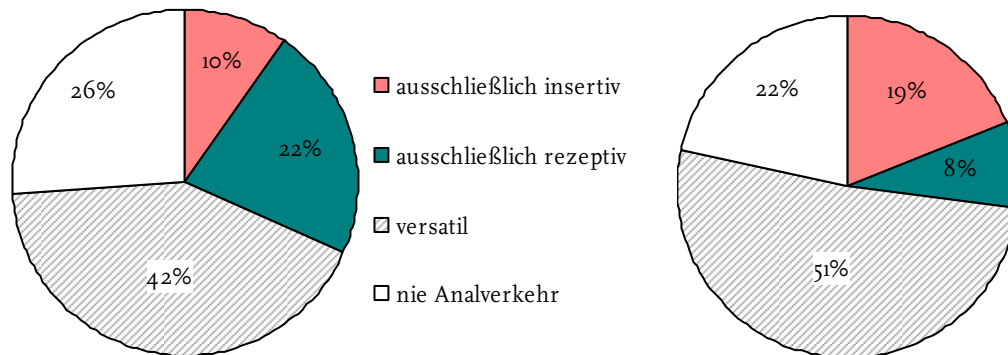
<sup>36</sup> Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittstudie handelt, ist es methodisch nicht möglich, Ursache und Effekt zu benennen. Zum Beispiel wurde nicht erhoben, seit wann der jeweilige Partner HIV-positiv ist. Daher ist auch unklar, ob die bevorzugte Position beim Analverkehr in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Reaktion auf den unterschiedlichen Serostatus ist, oder ob beispielsweise der Verzicht auf Analverkehr der Grund dafür ist, dass der feste Freund sich innerhalb der Partnerschaft noch nicht infiziert hat.

<sup>37</sup> Entsprechend zur vorherigen Anmerkung gilt: Es ist im Rahmen einer Querschnittstudie unklar, ob die bevorzugte Position beim Analverkehr in den zwölf Monaten vor der Befragung eine Reaktion auf den unterschiedlichen Serostatus ist, oder ob die Bevorzugung der rezeptiven Rolle durch den HIV-positiven Befragten der Grund dafür ist, dass sein fester Partner sich innerhalb der Partnerschaft noch nicht infiziert hat.

**Abbildung 4.15 b:** Position beim Analverkehr mit dem festen HIV-serodiskordanten Partner

Basis links: **HIV-positiv** Getestete mit nicht HIV-positivem festem Partner (n=145)

Basis rechts: nicht oder zuletzt **HIV-negativ** Getestete mit HIV-positivem festem Partner (n=148)



Im Rahmen der vorliegenden Querschnitterhebung ist es streng genommen nicht möglich, zu unterscheiden, ob diese unterschiedlichen Muster lediglich unterschiedliche sexuelle Vorlieben widerspiegeln (im Sinne eines Selektionseffekts) oder ob sie intendiert sind (im Sinne einer „Strategie“).

Daher wurden dieselben Befragten wie in **Abbildung 4.15 b** nach ihren Reaktionen auf HIV/AIDS im Sexualverhalten gefragt:<sup>38</sup> Dabei zeigt sich, dass 28 Prozent der HIV-positiven und acht Prozent der zuletzt negativen/ungetesteten Befragten (jeweils mit serodiskordantem Partner) der Aussage zustimmten „Ich nehme beim Analverkehr vor allem die aufnehmende Position ein“ (Differenz: 20 Prozentpunkte). Der komplementären Aussage „Ich nehme beim Analverkehr vor allem die eindringende Position ein“ stimmten 25 Prozent der zuletzt negativen/ungetesteten und 19 Prozent der HIV-positiven Befragten zu (Differenz: 6 Prozentpunkte).

Es liegen somit Hinweise dafür vor, dass Strategische Positionierung eine Praxis ist, die in festen serodiskordanten Partnerschaften in relevantem Ausmaß vorkommt, wenn auch bei weitem nicht so häufig wie der durchgängige Kondomgebrauch (vgl. **Abschnitt VI.1**).<sup>39</sup> Aus diesem Grunde sollte in den Präventionsbotschaften deutlich gemacht werden, dass der mit der Strategischen Positionierung angestrebte Schutzeffekt für unbeschnittene Männer (in Deutschland die überwiegende Mehrheit) illusionär ist.

Im Vergleich zu den festen Partnerschaften fällt bei der Betrachtung der Positionierungsmuster beim Analverkehr mit *sonstigen sexuellen Partnern* (**Abbildung 4.15 c**) auf, dass der Anteil HIV-Positiver, die mit sonstigen Sexualpartnern keinen Analverkehr praktizieren, mit acht Prozent ebenso niedrig ist wie der entsprechende Anteil innerhalb *konkordanter* Partnerschaften (7%), aber sehr viel niedriger als innerhalb *diskordanter* Partnerschaften (26%). Gleichzeitig ist keine Präferenz einer bestimmten Position beim Analverkehr zu erkennen; 14 Prozent haben ausschließlich insertiven Analverkehr, 15 Prozent ausschließlich rezeptiven.

Bei HIV-negativen oder ungetesteten Befragten ist mit 24 Prozent der Anteil derer, die mit sonstigen Sexualpartnern auf Analverkehr verzichten, in etwa so hoch wie der entsprechende Anteil innerhalb *diskordanter* Partnerschaften (22%). Auch das deutlich zugunsten der insertiven Rolle verschobene Positionierungsmuster ähnelt den *diskordanten* Partnerschaften HIV-negativer MSM.

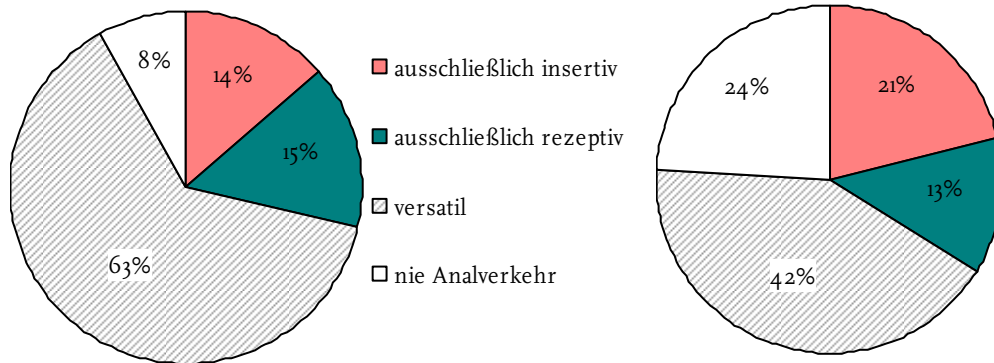
<sup>38</sup> In der Fragestellung wurde nicht eindeutig benannt, dass Reaktionen auf HIV/AIDS erfragt werden, die mit dem Ziel erfolgen, das jeweils individuelle HIV-Übertragungsrisiko zu senken.

<sup>39</sup> All diese Ergebnisse sind sehr kongruent mit den Ergebnissen der KABA-STI-Studie des Robert Koch-Instituts: vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 74)

**Abbildung 4.15 c:** Position beim Analverkehr mit sonstigen sexuellen Partnern

Basis links: **HIV-positiv** Getestete (n=453)

Basis rechts: nicht oder zuletzt **HIV-negativ** Getestete (n=5.189)



Gefragt nach den Reaktionen auf HIV/AIDS geben HIV-positive Befragte bei anal-genitalen Kontakten außerhalb fester Partnerschaften sehr viel häufiger an, eher die rezeptive Position einzunehmen (26%, vgl. **Abbildung 4.16**) als HIV-negative (12%), während hinsichtlich der insertiven Position kaum ein Unterschied besteht (16% bzw. 17%).

#### 4.5 „Dipping“ / *Coitus interruptus*

Eine weitere Möglichkeit, das Risiko einer HIV-Übertragung beim ungeschützten Analverkehr zu reduzieren, ist der Verzicht auf Ejakulation. Diese Praxis wird in unterschiedlichen Kontexten mal als „Dipping“, „Withdrawal“, „Anficken“ oder auch klassisch als *Coitus interruptus* bezeichnet.

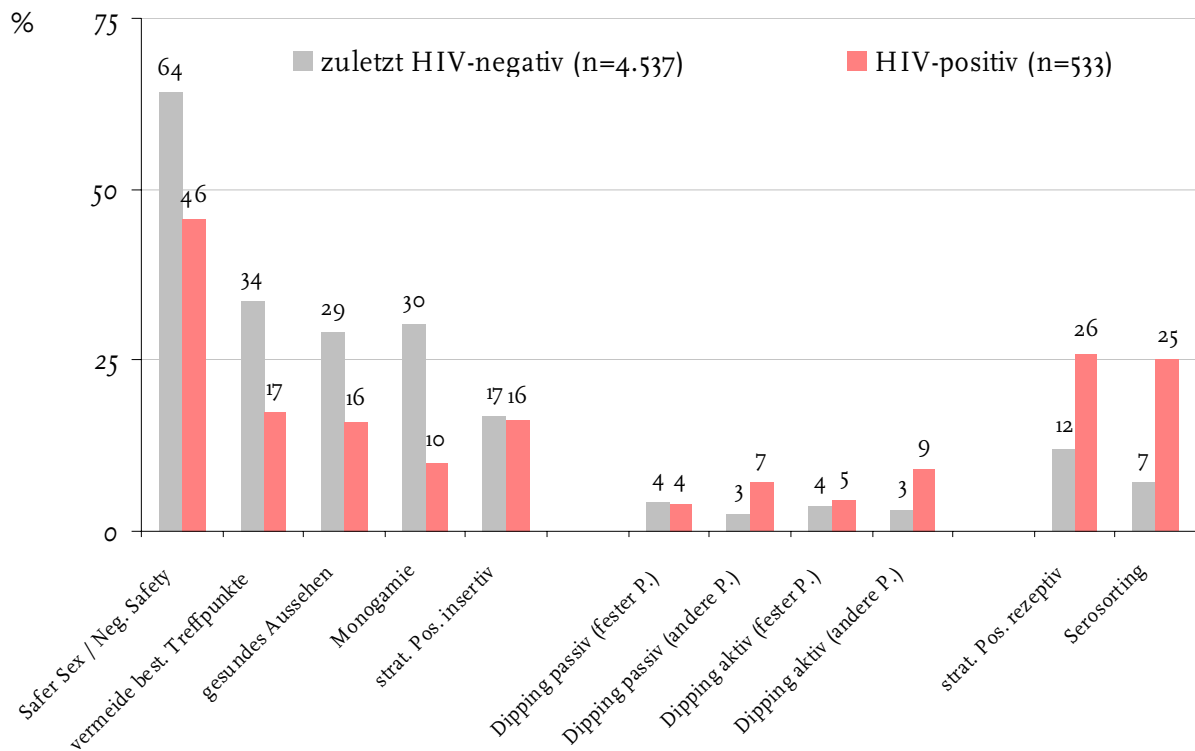
Biologisch plausibel ist es nur, wenn der (mutmaßlich) bereits HIV-positive Mann beim Analverkehr auf Ejakulation verzichtet; für einen HIV-negativen Mann verringert der Verzicht auf Ejakulation freilich nicht das eigene Risiko, sich mit HIV zu infizieren.

**Abbildung 4.16** fasst die unterschiedlichen Reaktionen auf HIV/AIDS im Sexualverhalten, darunter auch „Dipping“, zusammen. Dabei wird deutlich, dass zuletzt HIV-negativ getestete und HIV-positiv getestete Befragte sich in ihrem Antwortverhalten deutlich unterscheiden.<sup>40</sup>

In der Übersicht wird deutlich, dass „Dipping“ von nur wenigen MSM praktiziert wird und daher zu den selten angegebenen Reaktionen auf HIV/AIDS gezählt werden muss. Reaktionen, die nach dem vorliegenden Antwortverhalten als typisch für zuletzt HIV-negativ getestete MSM gelten können, befinden sich im linken Bereich links der Abbildung. HIV-positive MSM haben insgesamt eher ein breiteres Spektrum an Möglichkeiten gewählt, typische Reaktionen – rezeptive Strategische Positionierung und *Serosorting* sind im rechten Bereich der Abbildung zu finden.

<sup>40</sup> Um die Effekte der unterschiedlichen Altersverteilung zu minimieren, werden nur Befragte verglichen, die bereits einen HIV-Test gemacht haben.

**Abbildung 4.16:** Reaktion auf HIV/AIDS im Sexualverhalten in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus (Mehrfachantwort)  
 Basis: Befragte mit HIV-Test (n=5.070)



Neun Prozent der HIV-positiven Befragten geben an, beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern (als dem primären Partner) „rauszuziehen, bevor es kommt“. Bei zuletzt HIV-negativ Getesteten, die diese Option zu 3 Prozent gewählt haben, wäre dieses Verhalten nur dann sinnvoll, wenn der negative Serostatus infrage steht – sei es, weil der Sexualpartner zwar ohne Kondom anal penetriert werden möchte, aber dennoch auf eine gewisse „Restsicherheit“ besteht, oder sei es, weil der Befragte selbst nicht sicher ist, ob sein negatives Testergebnis noch gültig ist.

Mit welcher Motivation sieben Prozent der HIV-positiven Befragten angeben, dass andere Sexualpartner sie ohne Kondom anal penetrieren aber auf Ejakulation verzichten, bleibt unklar. Zumindest wäre zu erwarten gewesen, dass diese Variante eher von MSM gewählt wird, die bislang noch kein positives HIV-Testergebnis erhalten haben; nur drei Prozent haben sich jedoch für diese Variante entschieden.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> Folgende Erklärungen, wenn auch spekulativer Natur, halten wir für möglich: HIV-positive MSM könnten es vorziehen, „gedippt“ zu werden“, um das Risiko einer Übertragung resistenter HI-Viren oder das Risiko einer Hepatitis-C-Infektion zu vermindern. Möglicherweise geht es auch schlicht darum, den eigenen HIV-Serostatus nicht offen legen zu müssen bzw. nicht als HIV-positiv zu gelten.

## 5. Bereiche sexueller Interaktion

Sexuelle Netzwerke sind für die Ausbreitungsdynamik sexuell übertragbarer Infektionen von zentraler Bedeutung. Im Netzwerkmodell ist jedes Individuum ein Punkt und jeder sexuelle Kontakt zwischen zwei Individuen die Verbindungslinie zwischen diesen beiden Punkten. Homosexuelle Netzwerke sind besonders „eng geknüpft“, da hier Verbindungen zwischen allen Punkten möglich sind, während in heterosexuellen Netzwerken jeder einzelne Punkt nur mit etwa der Hälfte aller anderen Punkte verbunden werden kann. In einem hypothetischen homosexuellen Netzwerk ist daher die Wahrscheinlichkeit, sich mit einem sexuell übertragbaren Erreger zu infizieren, auch bei gleicher Rate unterschiedlicher Partner höher als in einem heterosexuellen Netzwerk.<sup>42</sup>

Individuen, die außerhalb jeglicher Netzwerke stehen, die also sexuelle Kontakte nur mit einer Person oder nur mit Personen haben, deren einziger sexueller Partner wiederum sie selbst sind, gehen hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen kein Risiko ein. Menschen mit einer monogamen Partnerschaft befinden sich für die Dauer der Partnerschaft ebenfalls außerhalb des Netzwerkes.

Neben der Partnerzahl ist insbesondere die räumlich-zeitliche Nähe sexueller Kontakte zu unterschiedlichen Partnern entscheidend für die Ausbreitungsdynamik sexuell übertragbarer Infektionen; zum einen weil viele STI – und insbesondere HIV – im akuten Stadium eine hohe Erregerzahl und somit hohe Infektiosität aufweisen, zum anderen weil – etwa im Rahmen einer Sexparty – wenige Infizierte in kurzer Zeit mehrere ihrer Sexualpartner anstecken können, bevor bei ihnen selbst eine Diagnose gestellt und eine Therapie eingeleitet werden kann. Eine hohe räumlich-zeitliche Nähe sexueller Kontakte ist vor allem da gegeben, wo Sex in Gruppen stattfinden oder Sexualpartner in schneller Folge gewechselt werden. Dies kann für Orte wie Saunen, Sexpartys sowie für Bars mit großen *Darkrooms* angenommen werden. Schließlich ist auch das Internet geeignet, sexuelle Netzwerke aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Unter anderem aus diesem Grund wird das Internet von vielen AutorInnen als möglicher Motor der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen angesehen.<sup>43</sup>

Um sich dem Netzwerkmodell zu nähern, wurde in der KABAStI-Studie ein empirisch fundiertes theoretisches Konstrukt vorgeschlagen, das drei Bereiche kennzeichnet: Kern, Intermediärbereich, und Rand<sup>44</sup>. Um ein theoretisches Konstrukt handelt es sich insofern, als im Rahmen von Querschnitterhebungen wie der KABAStI-Studie oder der SMA-Erhebungen aufgrund der Stichprobengewinnung sowie der Anonymität der Daten keine real existierenden Netzwerke abgebildet werden *können*. Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, diese Problematik auch begrifflich deutlich werden zu lassen und nennen die beschriebenen Bereiche *Bereiche sexueller Interaktion*. Das Ziel dabei ist ebenfalls, in theoretisch definierten Bereichen sexueller Interaktion unterschiedliche *durchschnittliche* (nicht individuelle) Risiken für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen (inklusive HIV) abzubilden und somit unterschiedliche Aktionsfelder für gruppenspezifische Präventionsarbeit zu markieren. In Anbetracht der Ähnlichkeit der in der KABAStI-Studie und der SMA-Erhebungen verwendeten Fragebögen haben wir dieses Konstrukt mit leichten Abweichungen übernommen<sup>45</sup>.

<sup>42</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007

<sup>43</sup> siehe hierzu: Halkitis & Parsons 2003, Tewksbury 2003, McFarlane, Bull et al. 2000

<sup>44</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 76ff

<sup>45</sup> Im Unterschied zu den SMA-Befragungen wurde in der KABAStI-Studie nicht gefragt, welche Orte oder Lokalitäten für schwule Männer von den Befragten frequentiert wurden, sondern wo sie Sexualpartner kennengelernt haben. Alle für das Konstrukt verwendeten Lokalitäten dienen jedoch ausschließlich (Saunen, Sexpartys) oder zum großen Teil (Lederclubs) der Suche nach Sexpartnern bzw. bieten die Möglichkeit sexueller Kontakte vor Ort. In der KABAStI-Studie wurde das Internet gemeinsam mit den anderen Lokalitäten als „Ort“ der Suche nach Sexualpartnern aufgeführt, in der 2007er SMA-Befragung wurde abgefragt, wie hoch der Anteil der Sexualpartner war, die über das Internet gefunden wurden. Die Frage zur Anbahnung von Sexualkontakten über das Internet wurde im Rahmen der SMA-Befragungen erstmalig 2007 erhoben.

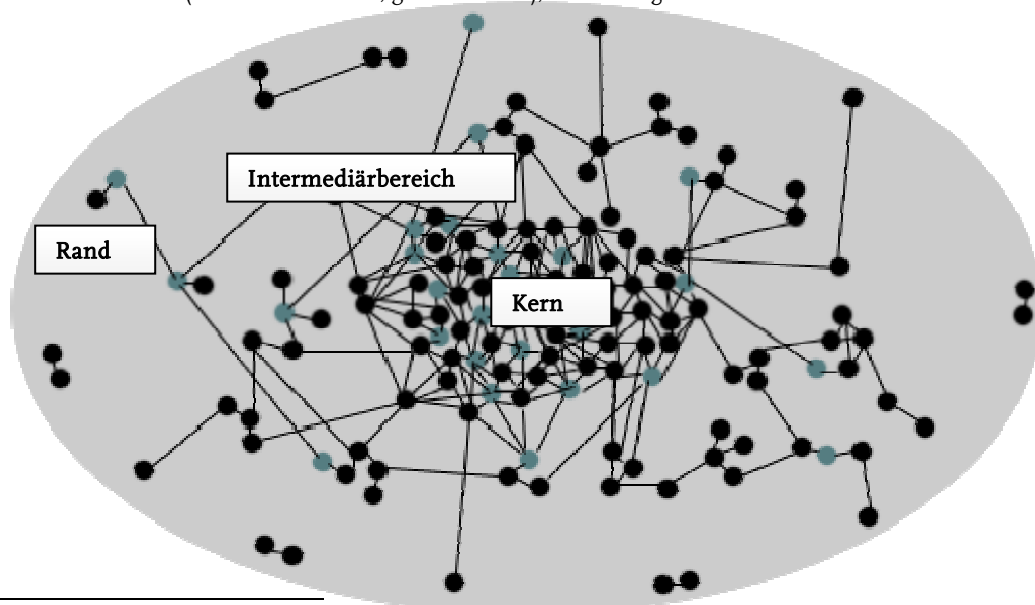


In Hinblick auf unterschiedliche Übertragungsrisiken werden vier Gruppen unterschieden:

- (1) Befragte ohne sexuelle Partner in den zwölf Monaten vor der Befragung stehen (bezogen auf diesen Zeitraum) außerhalb sexueller Interaktionsmöglichkeiten (zumindest physisch) und haben *kein Risiko*.
- (2) Befragte mit nur einem sexuellen Partner in den zwölf Monaten vor der Befragung haben wahrscheinlich ebenfalls keinen Anschluss an sexuelle Netzwerke; da aber unklar ist, wie viele weitere sexuelle Kontakte dieser Partner hat<sup>46</sup>, muss offen gelassen werden, ob doch eine Verknüpfung besteht. Sie werden daher in den *Randbereich* sexueller Interaktion und fallen in eine Gruppe mit *niedrigem Risiko*. Ebenfalls in diese Gruppe eingeordnet werden all diejenigen Befragten, die für den gleichen Zeitraum 2 bis 5 verschiedene Sexualpartner angeben, jedoch keinen ungeschützten Analverkehr (UAV) (ohne Kenntnis des HIV-Serostatus des Partners oder mit einem serodiskordanten Partner) und die nicht häufig im gleichen Zeitraum Sexpartys, *Darkrooms*, (Schwulen-)Saunen oder Lederclubs aufgesucht haben.
- (3) Befragte mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung, die im gleichen Zeitraum häufig Sexpartys, *Darkrooms*, (Schwulen-)Saunen oder Lederclubs aufgesucht oder mehr als die Hälfte ihrer Sexualpartner über das Internet gefunden<sup>47</sup> haben und außerdem UAV (ohne Kenntnis des HIV-Serostatus des Partners oder mit einem serodiskordanten Partner) in den zwölf Monaten vor der Befragung angeben, bilden den *Kernbereich* sexueller Interaktion. Hier können sexuell übertragbare Erreger in hoher Rate ausgetauscht werden, somit ist dies die Gruppe mit dem *höchsten Risiko* für eine STI- oder HIV-Transmission.<sup>48</sup>
- (4) Alle übrigen Befragten fallen in eine Gruppe mit *mittlerem Risiko* (auch solche, für die ggf. manche der Angaben fehlen). Sie bilden die größte Gruppe – die *intermediäre Gruppe* – innerhalb der sexuellen Interaktionsbereiche.

**Abbildung 4.17:** Schematische Darstellung der Bereich sexueller Interaktion

Punkte: Individuen (schwarz: ohne STI; grün: mit STI); Verbindungen zwischen den Punkten: sexueller Kontakte



<sup>46</sup> Die Angabe „feste Beziehung mit einem Mann – ohne Sex mit anderen Partnern“ hat sich wie bereits dargestellt als wenig zuverlässig erwiesen, was die Anzahl sexueller Partner angeht.

<sup>47</sup> Das Internet als vorwiegendes Ort der Anbahnung von Sexualkontakten wurde nicht nur aufgrund der empirischen Datenlage in der KABaSTI-Studie (siehe dort) in die Definition aufgenommen, sondern auch, weil es sich hervorragend zum Aufbau und zum Aufrechterhalten sexueller Netzwerke eignet.

<sup>48</sup> Insbesondere die gewählten Grenzen von bis zu 5 Sexpartnern für den „Rand“ und mehr als 10 Sexpartnern für den „Kern“ sind willkürliche Setzungen und nicht als Vorschlag einer Risiko-Normsetzung zu verstehen. Ebenso wenig soll suggeriert werden, dass beispielsweise Lederclubs oder Saunen ein prinzipiell höheres Risiko für STI darstellen als Pornokinos oder Klappen. Der Bereich zwischen Kern und Randbereich wird im Folgenden „Intermediärbereich“ genannt.

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

**Tabelle 4.3:** Bereiche sexueller Interaktion

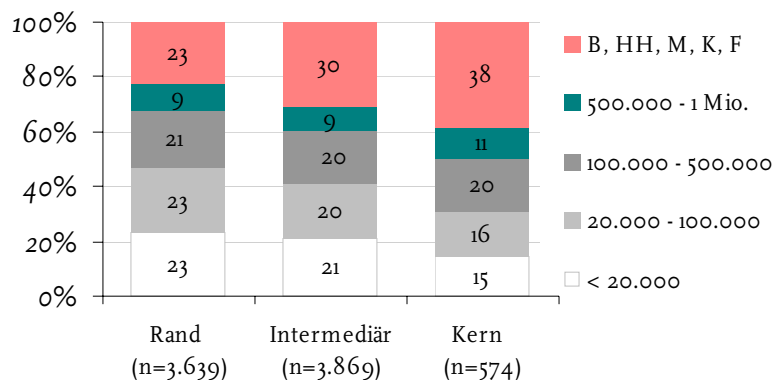
Bereich	Risiko	n	% (gültig)
<b>Kern</b>	hoch	574	7,1
<b>Intermediärbereich.</b>	mittel	3.878	47,9
<b>Rand</b>	niedrig	3.643	45,0
<b>außerhalb</b>	kein	75 (=0,9%)	–
	gesamt	8.170	100,0

Wie in **Tabelle 4.3** dargestellt, entfallen sieben Prozent der Befragten auf den so definierten Kernbereich, von dem vermutet werden kann, dass hier besonders viele STI übertragen werden, inklusive HIV.

45 Prozent der Befragten befinden sich am Rand sexueller Interaktionsbereiche, sie haben vergleichsweise wenig Sexualpartner (viele von ihnen nur einen), sie nutzen Orte, an denen Sex mit mehreren Männern gleichzeitig möglich ist, allenfalls gelegentlich<sup>49</sup> und haben keinen ungeschützten Analverkehr. Hier dürften nur wenige STI- und noch weniger HIV-Übertragungen stattfinden. Bereiche sexueller Interaktion, wie sie hier definiert wurden, sind in der vorliegenden Stichprobe unabhängig von der sozialen Schicht. Zwar sind Schüler und Auszubildende aufgrund ihres Alters, ihres Wohnorts und ihrer meist noch nicht abgeschlossenen Einbettung in schwule Lebenswelten im Kernbereich unterrepräsentiert. Werden Schüler und Auszubildende jedoch herausgefiltert, zeigen sich in den drei Bereichen höchstens marginale Unterschiede hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses, des Einkommens oder des beruflichen Status, einschließlich des Anteils der Arbeitslosen bzw. der Berufstätigen.

Deutliche soziodemographische Unterschiede finden sich für Alter und Wohnort: Insbesondere 30- bis 44-Jährige bzw. MSM aus den Städten Berlin, Hamburg, Köln, München und Frankfurt am Main sind in den Kernbereichen sexueller Interaktion deutlich überrepräsentiert (vgl. **Abbildung 4.18**). Dies ist aufgrund der Definition der Kernbereiche über Elemente schwuler Subkultur, die vor allem in den genannten Großstädten anzutreffen sind, sehr plausibel. Ebenso ist nicht erst aus der aktuellen Erhebung bekannt, dass in der genannten Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen die höchsten Partnerzahlen anzutreffen sind (vgl. **Abschnitt 4.1**), die ebenfalls wesentlich in die Definition eingeflossen sind.

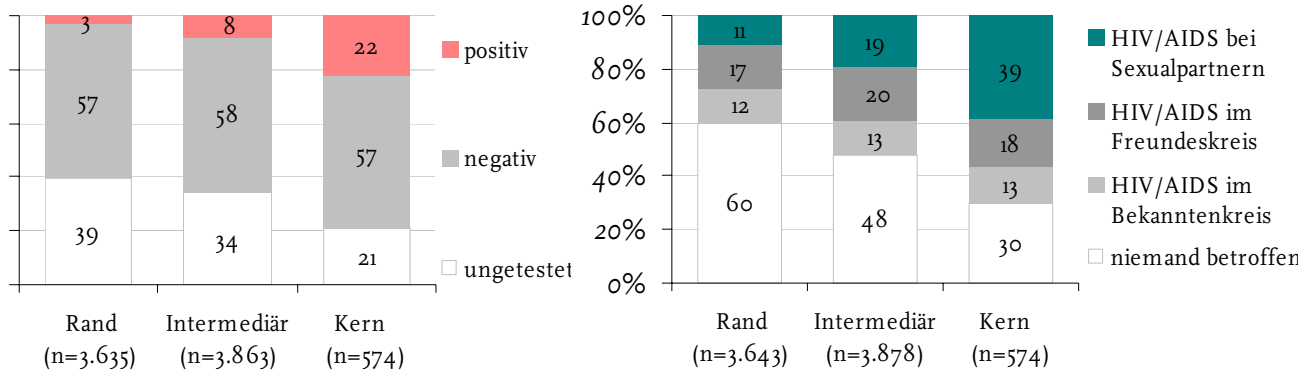
**Abbildung 4.18:** Zusammenhang zwischen Wohnortgröße und Bedeutung der Bereiche sexueller Interaktion; Basis: Befragte mit mindestens einem Sexualpartner im Jahr vor der Befragung



<sup>49</sup> Dies ist keineswegs als Vorschlag zu verstehen, diese Orte zu meiden, um das Risiko einer Infektion mit HIV oder einem anderen sexuell übertragbaren Erreger zu reduzieren. Im Zusammenhang mit *ungeschütztem* Analverkehr ist es für Infektionsdynamiken jedoch nicht unerheblich, ob sexuelle Kontakte zu unterschiedlichen Sexualpartnern in schneller Folge stattfinden, was wiederum an bestimmte Orte gekoppelt ist.

In **Abbildung 4.19** sind der HIV-Serostatus bzw. die Sichtbarkeit von HIV/AIDS im sozialen Umfeld für die unterschiedlichen Bereiche sexueller Interaktion dargestellt. Dabei steigt der Anteil der Befragten mit bekannter HIV-Infektion parallel zur HIV/AIDS-Betroffenheit der Sexualpartner (einschließlich des festen Freundes) vom Rand (3% bzw. 11%) zum Kern hin an (22% bzw. 39%). Dennoch ist bemerkenswert, dass immer noch ein Fünftel (21%) der MSM im Kernbereich ungetestet ist und fast ein Drittel (30%) der Befragten im Kernbereich angeben, niemanden mit HIV/AIDS persönlich zu kennen.<sup>50</sup>

**Abbildung 4.19:** Zusammenhang zwischen Bereichen sexueller Interaktion und...  
links: ...HIV-Serostatus rechts: ...der Sichtbarkeit von HIV/AIDS im sozialen Umfeld



Da die Bereiche sexueller Interaktion aufgrund von Verhaltensparametern bestimmt sind, die sich auf den Jahreszeitraum vor der Befragung beziehen, ist zu vermuten, dass sie trennschärfer sind für Ereignisse, die sich auf denselben Zeitraum beziehen, beispielsweise für inzidente STI (siehe **Abschnitt IV.8**) oder auf kürzlich erworbene HIV-Infektionen. Tatsächlich ist der Anteil jährlicher HIV-Neudiagnosen im Kernbereich am höchsten, sowohl für das Jahr 2006 als auch für das erste Tertial 2007<sup>51</sup> (vgl. **Abbildung 4.20**). 18 Prozent aller im Jahr 2006 durchgeführten HIV-Tests bei Befragten, die dem Kernbereich zuzuordnen sind, waren positiv; entsprechendes gilt für sieben Prozent aller im Befragungsjahr 2007 durchgeführten HIV-Tests.

Wird umgekehrt betrachtet, wie viele der jährlichen HIV-Neudiagnosen (in der Stichprobe) auf den Kernbereich entfallen, so beträgt dieser Anteil jeweils etwa ein Drittel (2005: 35%; 2006: 37%; Jan.-Mai 2007: 32%).

Dies bedeutet bezogen auf die vorliegende Stichprobe, dass 35 Prozent aller HIV-Neudiagnosen seit 2005 auf diejenigen sieben Prozent aller Befragten entfallen, die Kernbereichen sexueller Interaktion zugeordnet werden können. Somit können die Schlussfolgerungen aus der KABA-STI-Studie bestätigt werden, dass es unter dem Gesichtspunkt wirkungsvoller Prävention möglich ist, anhand nur weniger Informationen MSM mit besonders hohem HIV-Risiko zu identifizieren. Gerade dieser Personengruppe können und sollten individuelle Beratungen zu Übertragungswegen (und entsprechenden Schutzmöglichkeiten) und Symptomen angeboten werden; nicht nur zu Übertragungswegen und Symptomen der HIV-Infektion, sondern insbesondere auch hinsichtlich anderer STI, da Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern in aller Regel der HIV-Infektion zeitlich vorangehen, und unbehandelte STI das Risiko für eine Infektion mit HIV deutlich erhöhen. In Vorgriff auf **Abschnitt IV.8.3** sei an dieser Stelle betont, dass auch diese Studie die Validität des Konzepts der Bereiche sexueller Interaktion, dass nämlich in „Kernbereichen“ auch andere STI besonders häufig erworben und weitergegeben werden, empirisch bestätigen kann. Zwei Berufsgruppen sind in ihrer Bedeutung für den Zugang zu dieser Perso-

<sup>50</sup> Dies stellt sich genauso dar, wenn das Internet als „Ort“ der Anbahnung von Sexualkontakten *nicht* in die Definition des Kernbereichs einfließt.

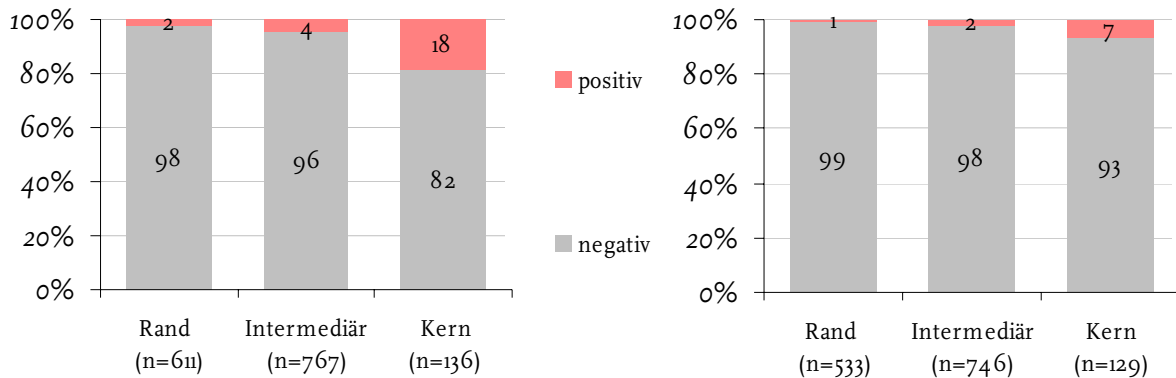
<sup>51</sup> Die Befragung wurde Mai bis Juni 2007 durchgeführt, die meisten HIV-Tests dürften daher in den Monaten Januar bis April, teilweise auch Mai erfolgt sein.

nengruppe hervorzuheben: Dies sind zum einen „Vor-Ort-Präventionisten“, die kontextnah auf der Verhaltensebene intervenieren (aufsuchende Präventionsarbeit). Die andere Berufsgruppe ist die der Hausärztinnen und Hausärzte. Letztere werden beim Verdacht auf eine neu aufgetretene sexuell übertragbare Infektion (zumindest von MSM<sup>52</sup>) mit hoher Wahrscheinlichkeit – und anders als Beratungsstellen zu HIV und AIDS bzw. Gesundheitsämter – *als erste* aufgesucht. Insofern wäre es sinnvoll, wenn eine dergestalt fokussierte Sexualanamnese „Eingang in die Routineuntersuchung der Hausärzte und -ärztinnen finden könnte“<sup>53</sup>, um über die genannte Beratung hinaus nicht nur einen HIV-Test anzubieten, sondern auch – nicht nur HIV-Positiven, sondern allen MSM, die „Kernbereichen“ zugeordnet werden können – regelmäßig und gezielt *Screening*-Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen anzubieten.

**Abbildung 4.20:** Letztes HIV-Testergebnis in unterschiedlichen Bereichen sexueller Interaktion

Basis links: letzter HIV-Test im Jahr 2006

Basis rechts: letzter HIV-Test im Jahr 2007 (Jan. bis Mai)



In Anbetracht dieses überproportional hohen Anteils an HIV-Neudiagnosen lohnt es sich zu untersuchen, ob in den verschiedenen Bereichen sexueller Interaktion unterschiedliche Reaktionen auf HIV und AIDS im Sexualverhalten zu verzeichnen sind (**Abbildung 4.21**).

Dabei verwundert es zunächst nicht, dass Personen im Randbereich (die definitionsgemäß im Jahr vor der Befragung höchstens 5 unterschiedliche Sexualpartner haben) neben *Safer Sex* außerhalb fester Partnerschaften (58%) Monogamie als wesentliche Risikominimierungsstrategie angeben (51%).

Dass 39 Prozent angeben, bestimmte Treffpunkte zu meiden, ist zwar ebenfalls kongruent mit der Definition des Randbereichs, allerdings wird diese Reaktion auch von 27 Prozent der MSM aus dem Kernbereich genannt. Ähnliches gilt für „*Ich achte auf das gesunde Aussehen meiner Sexpartner*“, was sowohl von 40 Prozent der MSM im Kernbereich als auch von 37 Prozent der MSM im Intermediärbereich angegeben wird. Diese klassischen Schutzillusionen sind somit zwar grundsätzlich häufig, erlangen aber erst dann Bedeutung, wenn gleichzeitig auf Kondome verzichtet wird.

Das Praktizieren von *Safer Sex* ist mit 73 Prozent die häufigste Reaktion von MSM im Intermediärbereich sexueller Interaktion. Da der Kernbereich unter anderem darüber definiert wurde, dass mindestens einmal im Jahr vor der Befragung ungeschützter Analverkehr praktiziert wurde, ist zu erwarten, dass MSM im Kernbereich seltener *Safer Sex* angeben als MSM im Intermediärbereich; ein Anteil von 35 Prozent ist jedoch auffällig niedrig, selbst wenn die höhere HIV-Prävalenz in dieser Gruppe berücksichtigt wird.

Besonders bemerkenswert sind die hohen Anteile derer, die angeben, sich beim Analverkehr insertiv zu positionieren (28%), die ihre Sexualpartner „dippen“ (15%) bzw. sich von ihnen „dippen“ lassen (13%). Wird nach HIV-Serostatus unterteilt, stellt sich die Situation akzentuierter

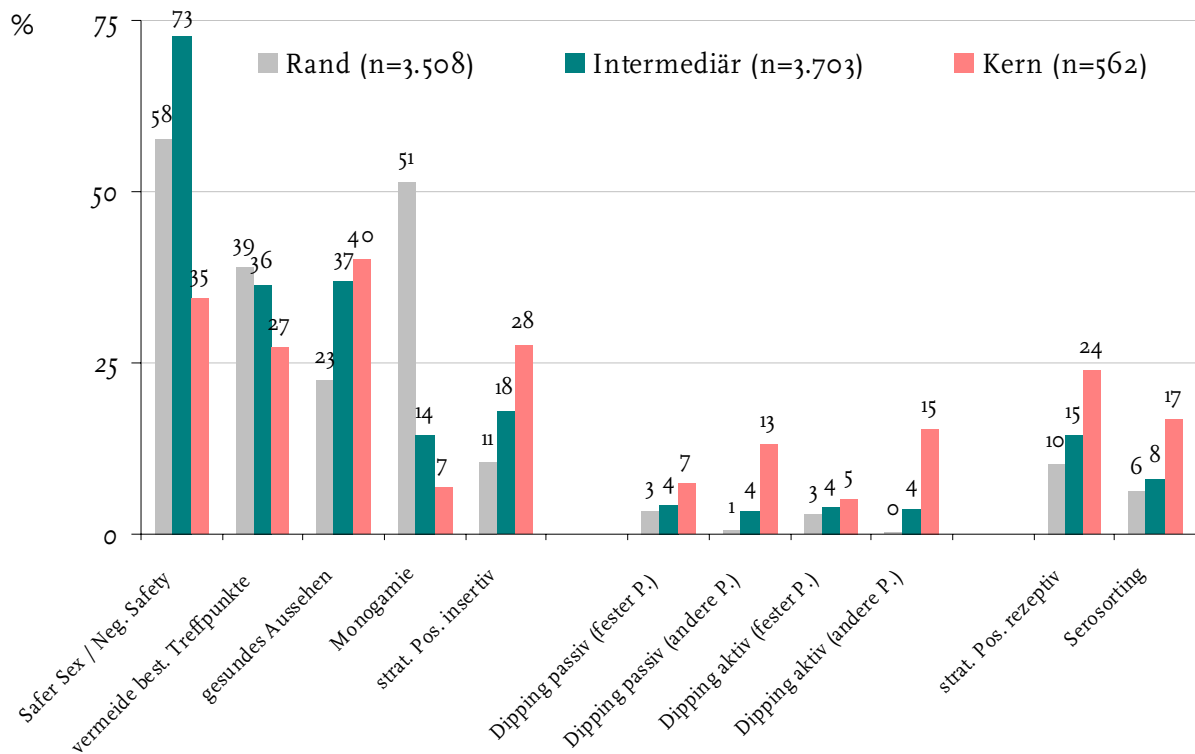
<sup>52</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 57

<sup>53</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 100

dar: HIV-Positive im Kernbereich (n=123) geben zu 34 Prozent an, sich rezeptiv zu positionieren und zu 18 Prozent, ihre Sexualpartner zu „dippen“. Zuletzt HIV-negativ getestete MSM im Kernbereich (n=320) geben zu 33 Prozent an, sich insertiv zu positionieren; zu 12 Prozent, sich „dippen“ zu lassen; 15 Prozent haben angegeben, „ungeschützten Analverkehr nur noch mit Männern mit dem gleichen Testergebnis“ zu praktizieren (nicht dargestellt)<sup>54</sup>.

In Kernbereichen sexueller Interaktion finden sich demnach nicht nur definitionsgemäß hohe Partnerzahlen, sondern es konzentrieren sich dort auch sexuelle Verhaltensmuster, die ein erhöhtes HIV-Übertragungsrisiko implizieren und somit die Ausbreitungsdynamik von HIV beschleunigen. Dies belegt einerseits die Validität des Konstrukts und zeichnet andererseits Handlungsfelder für die Prävention.

**Abbildung 4.21:** Reaktion auf HIV/AIDS im Sexualverhalten in unterschiedlichen Bereichen sexueller Interaktion (Mehrfachantwort). Basis: Befragte mit mindestens einem Sexualpartner im Jahr vor der Befragung (n=7.773)



Da es sich bei diesen die HIV-Übertragung fördernden Verhaltensmustern überwiegend um Interaktionen handelt, die im Zusammenhang mit Analverkehr stehen, ist wiederum der Blick auf die Häufigkeiten von insertivem bzw. rezeptivem Analverkehr interessant (**Abbildung 4.22**<sup>55</sup>). Die Auswertung wurde dabei auf Befragte begrenzt, die sexuelle Kontakte zu anderen als dem primären Partner haben und Angaben zu den sexuellen Praktiken mit diesen Sexualpartnern gemacht haben.<sup>56</sup> Dabei zeigt sich, dass der Anteil derer, die bei sexuellen Kontakten mit anderen als dem primären Partner „häufig“ oder „immer“ Analverkehr praktizieren, in Kernbereichen sexueller Interaktion deutlich höher liegt als in anderen Bereichen.

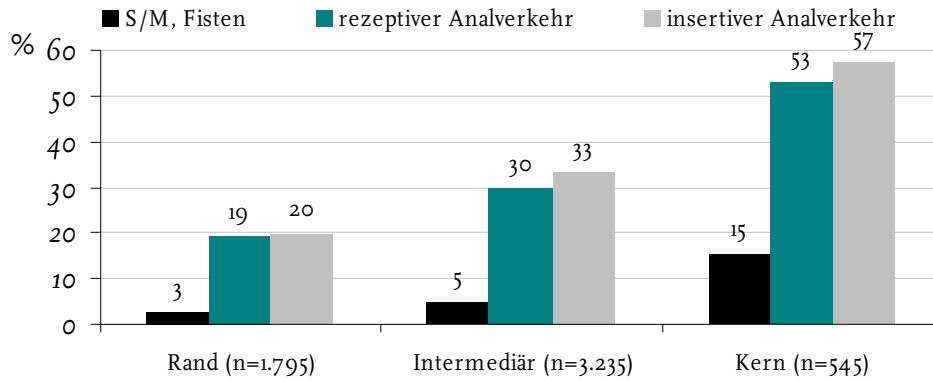
Hohe Partnerzahlen, häufiger Analverkehr und bestimmte – teils wenig effektive – Risikominimierungsstrategien bei gleichzeitig schwache Orientierung an den Normen des *Safer Sex* ergeben bei der vergleichsweise hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe eine Gemengelage, die den überproportional hohen Anteil neuer HIV-Diagnosen plausibel erklären kann.

<sup>54</sup> Die Vergleichswerte für alle HIV-positiven bzw. alle zuletzt negativ getesteten Befragten finden sich in **Abbildung 4.16**

<sup>55</sup> zum Vergleich siehe auch **Abbildung 4.5**

<sup>56</sup> Dieser Filter wirkt sich insbesondere auf den Randbereich aus, da hier definitionsgemäß alle Befragten mit einem einzigen Sexualpartner im Jahr vor der Befragung eingeordnet wurden

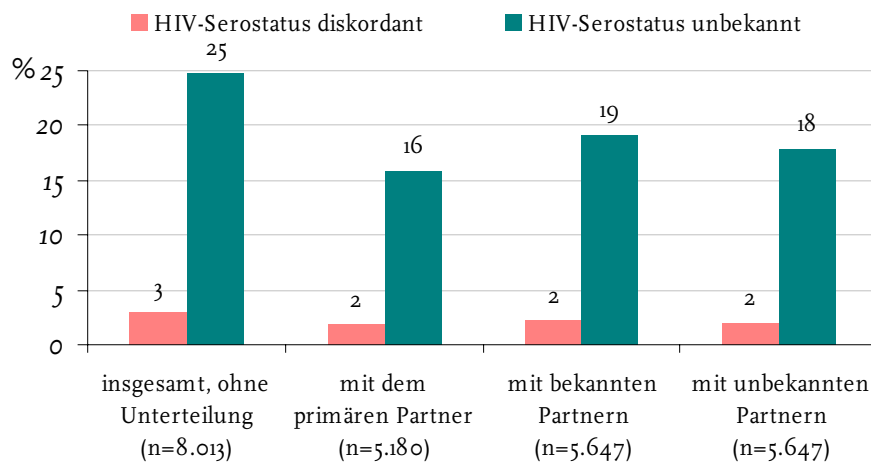
**Abbildung 4.22:** Sexuelle Praktiken (mindestens „häufig“) mit anderen Sexualpartnern in unterschiedlichen Bereichen sexueller Interaktion. *Basis:* Befragte mit sexuellen Kontakten außerhalb einer festen Partnerschaft



## 6. Häufigkeit von Risikokontakten insgesamt

Seit 1996 wird die Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte mit Sexualpartnern erhoben, deren HIV-Testergebnis unbekannt oder diskordant war. Hierbei wurde jeweils unterschieden zwischen dem festen (primären) Partner, Partnern, die der Befragte schon vor dem Sexualkontakt kannte und unbekannt Partnern. Wie in den vergangenen Erhebungen war der Anteil derer, die zu diesen Fragen keine Angaben machen wollten, mit 1,9 Prozent der Befragten klein. Von den verbleibenden 8.013 Befragten haben 25 Prozent die Frage, ob sie in den 12 Monaten vor der Befragung ungeschützte anal-genitale Kontakte zu Männern hatten, deren HIV-Testergebnis sie nicht kannten, mit „ja“ beantwortet. Bezogen auf UAV mit diskordanten Sexualpartnern waren dies knapp drei Prozent der Befragten (**Abbildung 4.23a**). Zusätzlich sind die entsprechenden Anteile aufgeschlüsselt nach dem Bekanntheitsgrad der Sexualpartner dargestellt. Anders als in vorangegangenen Auswertungen sind die Prozentwerte dabei nicht auf die Grundgesamtheit bezogen, sondern auf die jeweilige Anzahl der Befragten, die im Vergleichszeitraum einen festen Partner bzw. sexuelle Kontakte zu anderen Partnern gehabt haben.<sup>57</sup>

**Abbildung 4.23a:** Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr  
Basis: alle Befragten (n=8.013) Befragte mit einem primären Partner (n=5.180) bzw. mit anderen Sexualpartnern (n=5.647), jeweils bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung



In **Abschnitt IV.4.2** konnte gezeigt werden, dass innerhalb fester Partnerschaften Kondome beim Analverkehr sehr viel seltener zur Anwendung kommen als bei sexuellen Kontakten zu anderen Männern. Auch konnte empirisch belegt werden, dass ein HIV-Testergebnis mit dem festen Partner fast immer besprochen wird (siehe **Abschnitte V.5 und VI.3**). Während vorliegende Testergebnisse demnach zwischen den Partnern thematisiert werden, bleibt hervorzuheben, dass ein hoher Anteil von MSM in festen Partnerschaften nicht auf HIV getestet ist. Mit den erhobenen Daten ist nicht zu klären, ob dies auf einen Mangel an Kommunikation innerhalb der Partnerschaft oder auf die optimistische Annahme eines gleichen (negativen) HIV-Serostatus zurückzuführen ist. In der vorliegenden Stichprobe ist bei 38 Prozent der Befragten in fester Partnerschaft mindestens einer der beiden Partner nicht auf HIV getestet (vgl. **Abbildung 6.2**).

Die in **Abbildung 4.23a** gezeigten 16 Prozent der Befragten in fester Beziehung, die angeben, ungeschützten Analverkehr mit ihrem festen Partner gehabt zu haben, dessen HIV-Testergebnis sie nicht kannten, sind daher als „Risikokontakte“ zu werten. Sie liegen in ähnlicher Größenordnung wie „Risikokontakte“ außerhalb fester Beziehungen: 19 Prozent der Befragten (die sexuelle Kontakte zu Männern haben, die nicht ihr fester Partner sind) geben an, „Risikokontakte“ mit Sexualpartnern gehabt zu haben, die sie bereits kannten. 18 Prozent geben „Risiko-

<sup>57</sup> Im Vergleich mit den Daten von 2003 (vgl. Bochow, Wright et al. 2004: 40) liegen die Anteile für häufigen UAV bei unbekanntem HIV-Testergebnis der Sexualpartner bezogen auf die Grundgesamtheit bei 7% (primärer Partner) und jeweils bei 3% (bekannte bzw. unbekannt Sexualpartner) und somit etwa in gleicher Größenordnung wie die Ergebnisse von 2003. Siehe auch **Abschnitt X**.

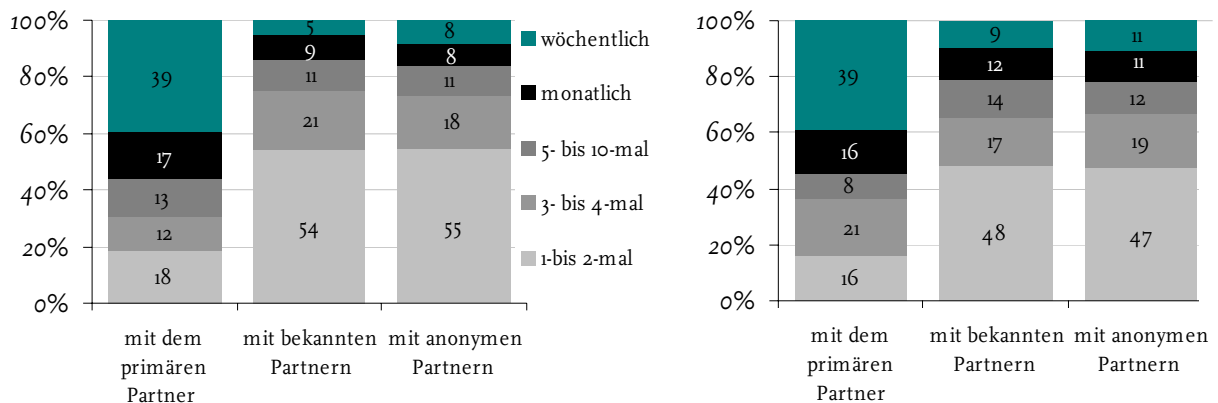
kontakte“ mit Sexualpartnern an, die sie vor der sexuellen Begegnung *nicht* kannten. Im Unterschied zu früheren Befragungen schwächt sich

Während sich die Häufigkeiten ungeschützter anal-genitaler Kontakte mit bekannten und unbekanntem Sexualpartnern in der vorliegenden Stichprobe sehr ähneln (vgl. **Abbildung 4.23b**), wird wie in den vorangegangenen Erhebungen deutlich, dass in festen Partnerschaften nicht nur sexuelle Kontakte im Allgemeinen häufiger sind (vgl. **Abbildung 4.3**), sondern auch ungeschützte anal-genitale Kontakte im Besonderen. Werden 1- bis 2-maliger und 3- bis 4-maliger UAV zu „sporadischem“, und 5- bis 10-maliger, monatlicher und wöchentlicher UAV zu „häufigem“ ungeschütztem Analverkehr zusammengefasst, können 30 Prozent der ungeschützten anal-genitalen Kontakte (bei unbekanntem HIV-Testergebnis) innerhalb fester Beziehungen als sporadisch gelten, und 70 Prozent als häufig. Außerhalb fester Beziehungen ist eine Umkehrung der Proportionen festzustellen: Die Anteile sporadischer Risikokontakte mit bekannten Sexualpartnern liegen bei 75 Prozent, die häufigen bei 25 Prozent. Analoge Werte ergeben sich bei unbekanntem Sexualpartnern (sporadischer UAV: 73%; häufiger UAV: 27%). Außerhalb fester Beziehungen besteht die Mehrheit der Risikokontakte (54% bzw. 55%, vgl. **Abbildung 4.23 links**) aus seltenen Ereignissen (1- bis 2-mal). Die entsprechenden Anteile der Häufigkeiten ungeschützten Analverkehrs mit serodiskordanten Sexualpartnern unterscheiden sich – relativ gesehen – nur unwesentlich (vgl. **Abbildung 4.23b rechts**).

**Abbildung 4.23b:** Verteilung der Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs (UAV) bei Befragten mit UAV

Basis links: Befragte mit UAV bei **unbekanntem** HIV-Serostatus des Sexualpartners

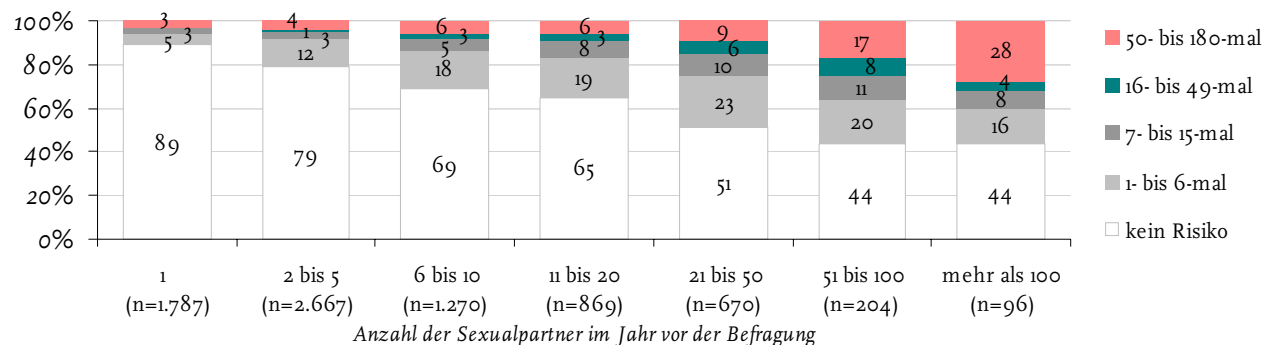
Basis rechts: Befragte mit UAV bei **diskordantem** HIV-Serostatus des Sexualpartners



Die absolute Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte hängt in hohem Maße mit der Anzahl der Sexualpartner zusammen. Für die folgende Darstellung (**Abbildung 4.24**) wurden die Angaben für UAV bei unbekanntem HIV-Testergebnis mit dem festen Freund, bekannten und unbekanntem Sexualpartnern zusammengefasst. Während der Anteil der Befragten ohne Risiko von 89 Prozent (ein Sexualpartner) auf 44 Prozent (mehr als 50 Sexualpartner im Jahr vor der Befragung) sinkt, nimmt der Anteil der Befragten mit 50 bis 180 derartiger Risikokontakte von drei Prozent (ein Sexualpartner) auf 28 Prozent (mehr als 100 Sexualpartner im selben Zeitraum) kontinuierlich zu.

**Abbildung 4.24:** Ungeschützter Analverkehr ohne Kenntnis des HIV-Serostatus nach Anzahl der Sexualpartner

Basis: Befragte mit mindestens einem Sexualpartner in den 12 Monaten vor der Befragung

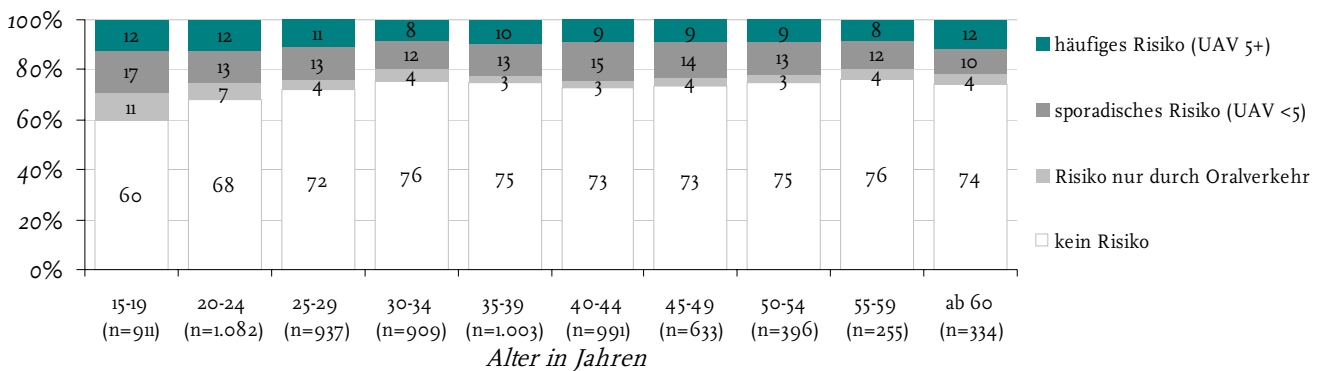




Werden alle abgefragten Sexualkontakte, die potentiell das Risiko einer HIV-Übertragung bergen (vor allem ungeschützter Analverkehr bei unbekanntem bzw. diskordantem HIV-Testergebnis, aber auch der häufige orale Kontakt zu Ejakulat nicht-primärer Sexualpartner) zusammengefasst, stellt sich für zuletzt HIV-negative und ungetestete Befragte die Häufigkeit riskanter sexueller Kontakte wie folgt dar: Bei 10 Prozent kann von einem häufigen Risiko (5-mal oder häufiger UAV) und bei 14 Prozent von einem sporadischen Risiko (1- bis 4-mal UAV) ausgegangen werden. Weitere 5 Prozent hatten *kein* Risiko im Rahmen ungeschützten Analverkehrs, sondern haben sich dem sehr viel geringeren Risiko einer HIV-Übertragung durch Kontakt mit Sperma beim Oralverkehr ausgesetzt. Bei 71 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten bzw. ungetesteten Befragten kann angenommen werden, dass sie keine sexuellen HIV-Übertragungsrisiken eingegangen sind<sup>58</sup>.

In **Abbildung 4.25** sind diese Anteile nach Altersgruppen dargestellt; ab einem Alter von etwa 25 Jahren sind sie weitgehend konstant.

**Abbildung 4.25:** Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Altersgruppen  
Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.451)



Die Anzahl HIV-positiver Befragter ist für eine solche differenzierte Darstellung nach Altersgruppen zu klein. Insgesamt – dies ist kongruent mit den Ergebnissen für die Kondomverwendung – gehen HIV-positive Befragte mehr Risiken bei sexuellen Kontakten ein: Bei 25 Prozent ist von häufigen, bei 24 Prozent von sporadischen Risiken auszugehen, zumindest unter der Annahme, dass es sich bei den Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Testergebnis, mit denen UAV praktiziert wurde, um „infizierbare“, das heißt tatsächlich HIV-negative MSM handelt.<sup>59</sup> Risiken nur durch Oral-, nicht aber durch Analverkehr werden von einem Prozent der HIV-positiven Befragten angegeben, 50 Prozent haben sich im Jahr vor der Befragung an den Normen des *Safer Sex* orientiert.

Werden HIV-positive Befragte einerseits und zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete Befragte andererseits getrennt betrachtet, ergeben sich für beide Gruppen hinsichtlich der Wohnortgröße keine Unterschiede im Risikoverhalten.

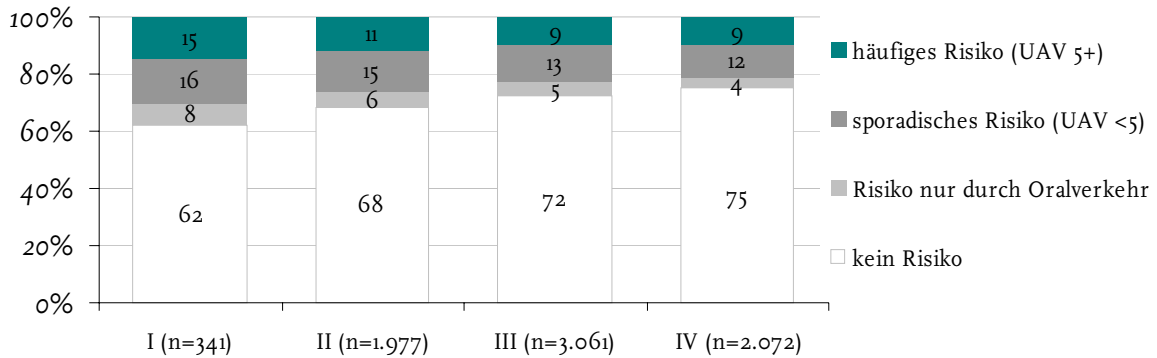
Unterschiede sind jedoch festzustellen für den höchsten Bildungsabschluss, für die soziale Schicht, die Position im Beruf sowie für das Einkommen. Da der Sozioökonomische Status der

<sup>58</sup> Dabei sei angemerkt, dass das Risiko einer sexuellen HIV-Übertragung nur dann wirklich gleich null ist, wenn keine sexuellen Kontakte eingegangen werden. Selbst bei durchgängiger Kondomverwendung bleibt die Gefahr des Kondomversagens bestehen. Auch beim Konzept der ausgehandelten Sicherheit bleibt bei ungeschützten anal-genitalen Kontakten ein Restrisiko. Und schließlich werden in der vorliegenden Aggregation der Daten ungeschützte anal-genitale Kontakte mit Sexualpartnern mit mutmaßlich konkordant negativem HIV-Serostatus nicht berücksichtigt.

<sup>59</sup> Ebenfalls nicht berücksichtigt ist hierbei, ob Befragte mit HIV-Infektion antiretroviral behandelt werden oder nicht. Ggf. könnte für die Berechnung berücksichtigt werden, ob HIV-positive Befragte angeben, aktuell eine antiretrovirale Therapie (ART) zu erhalten. Da jedoch die nachhaltige Wirksamkeit der ART im Sinne nicht mehr nachweisbarer viraler Erbsubstanz in den für das sexuelle Übertragungsgeschehen relevanten Körperflüssigkeiten nicht überprüft werden kann, wurde auf eine solche Adjustierung verzichtet.

Befragten all diese Größen zusammenfasst, wird in **Abbildung 4.26** der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Risikokontakten und dem Sozioökonomischen Status dargestellt, wobei „I“ der niedrigsten und „IV“ der höchsten Stufe entspricht. Dabei steigt der Anteil ohne Risiko von 62 Prozent (I) auf 75 Prozent (IV) an. Wird der Anteil der Befragten mit dem vergleichsweise geringen HIV-Übertragungsrisiko beim Oralverkehr – entsprechend der Analysen in den vorangegangenen Erhebungen – hinzuaddiert, verliert der Zusammenhang ein wenig an Stärke: Kein Risiko durch ungeschützten Analverkehr haben dann 70 Prozent (I), 74 Prozent (II), 77 Prozent (III) und 79 Prozent (IV).

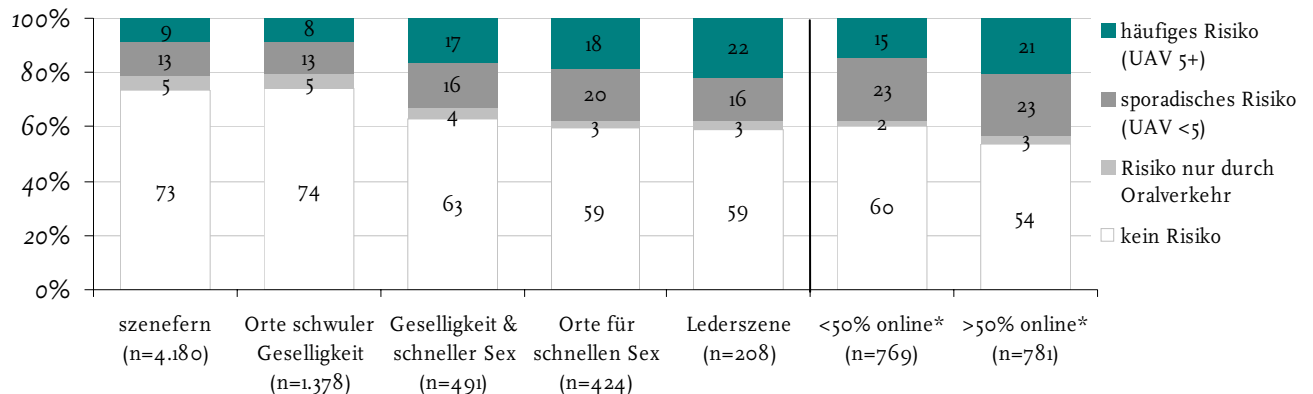
**Abbildung 4.26:** Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Sozioökonomischem Status  
Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.451)



Auch die „Szenezugehörigkeit“ – welche Orte schwuler Subkultur von Befragte besonders stark frequentiert werden – hängt mit der Häufigkeit eingegangener Risiken zusammen. „Szeneferne“ MSM und solche, die oft Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, aber Orte für schnellen Sex eher meiden, setzen sich seltener HIV-Übertragungsrisiken aus als häufige Besucher von Klappen, Saunen, *Darkrooms* oder Sexpartys oder als Befragte, die der „Lederszene“ zugerechnet wurden. Dieser Unterschied hängt zum einen mit der Anzahl der Sexualpartner zusammen, aber mit dem höheren Grad an Anonymität an den meisten Orten für schnellen Sex.

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Orten schwuler Subkultur wurde ein weiterer „Ort“ berücksichtigt: das Internet als „Ort“ der Anbahnung von Sexualkontakten. Unterschieden werden Teilnehmer, die mehr bzw. weniger als die Hälfte ihrer Sexualpartner über das Internet kennengelernt haben. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden hierfür nur Befragte mit mehr als 10 Sexualpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung berücksichtigt. Bei Befragten mit mehr als 10 Sexualpartnern, die diese Partner mehrheitlich über das Internet kennen, findet sich der vergleichsweise niedrigste Anteil „ohne Risiko“. Ob die Risikokontakte auch *mit* den über das Internet gefundenen Sexualpartnern eingegangen wurden, ist mit den vorliegenden Daten nicht zu klären.

**Abbildung 4.27:** Verteilung der Häufigkeit von sexuellen Risikokontakten nach „Szenezugehörigkeit“ sowie nach der Rolle des Internets bei der Anbahnung von Sexualkontakten  
Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.451);



\* Befragte mit mehr als 10 Sexualpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung, die weniger (<50%) oder mehr (>50%) als die Hälfte dieser Partner über das Internet kennengelernt haben.

## 7. Drogenkonsum und Risikoverhalten

Drogenkonsum bei MSM wurde im Rahmen der SMA-Befragungen erstmalig 1996 abgefragt. Alkohol wurde bewusst nicht in die Liste der Substanzen aufgenommen, da hier die Konsumhäufigkeit anders hätte erhoben werden müssen, vor allem hinsichtlich der konsumierten Mengen und Alkoholsorten (was zumindest eine Unterscheidung zwischen Bier, Wein und hochprozentigen Alkoholika erfordert hätte).

Eher aus „fragepsychologischen“ Gründen denn aus zwingender Notwendigkeit wurde die Liste der Drogen mit „Poppers“ (inhalative Nitrate, vor allem Amylnitrit) eröffnet, das bei MSM weit verbreitet ist. Weiterhin wurde nach dem Konsum von Cannabis gefragt, von „Ecstasy“ (MDMA u.a.), „Speed“/„Crystal“ (Amphetamin bzw. Metamphetamin), Ketamin, LSD und Kokain<sup>60</sup>, außerdem seit 2003 nach dem Konsum von Anabolika und nicht zuletzt von Phosphodiesterase-5-Hemmstoffen, besser bekannt unter ihren Handelsnamen „Viagra“, „Cialis“ oder „Levitra“.

Vereinfachend wird im Folgenden der Name „Viagra“ stellvertretend für alle auf dem (Schwarz-)Markt verfügbaren Phosphodiesterase-5-Hemmstoffe verwendet. MDMA, Amphetamine, Ketamin, LSD und Kokain wurden wie bereits in den früheren Erhebungen zu „Partydrogen“ zusammengefasst, zum einen da insbesondere „Ecstasy“, „Speed“/„Crystal“ und Kokain Substanzen sind, die vielfach – und freilich nicht nur von MSM – im Rahmen von Clubpartys, Sexpartys usw. verwendet werden<sup>61</sup>, zum anderen, da in einer Faktorenanalyse des vorliegenden Datensatzes gezeigt werden konnte, dass Befragte, die eine dieser Substanzen konsumieren, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu anderen „Partydrogen“ greifen. Dies trifft interessanterweise – in nicht ganz so hohem Ausmaß – auch auf Anabolika zu; da Anabolika jedoch typischerweise *nicht* auf Partys genommen werden, werden sie auch unabhängig von den „Partydrogen“ betrachtet.

Die Antwortbereitschaft war wie auch in früheren Befragungen sehr hoch, weniger als ein Prozent der Befragten verweigerten jegliche Antwort auf Fragen zum Drogenkonsum. Für keine der abgefragten Substanzen – auch nicht nach Stratifizierung für Alter – konnte eine Bildungs- oder Schichtabhängigkeit festgestellt werden<sup>62</sup>; nur Anabolika werden etwas häufiger von Befragten aus den unteren sozialen Schichten eingenommen. Einkommensabhängig war als einzige Substanz nicht etwa Kokain, sondern „Poppers“, obwohl dies mit einem Preis von etwa zehn Euro pro 9ml-Fläschchen vergleichsweise günstig zu erhalten ist. Zusammenhänge sind jedoch hinsichtlich des Lebensalters, der Wohnortgröße, der Einbettung in schwule Lebenswelten bzw. der Frequentierung bestimmter Szene-Orte sowie mit der Anzahl der Sexualpartner festzustellen (siehe unten). Ebenfalls ist festzustellen, dass außer für LSD und Anabolika für keine der abgefragten Substanzen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Grad der Ablehnung der eigenen Homosexualität im sozialen oder im familialen Umfeld und der Häufigkeit des Substanzkonsums besteht.

Die mit einigem Abstand von den meisten Befragten konsumierte Substanz war wie auch in den vergangenen Erhebungen „Poppers“ (29%)<sup>63</sup>. Der Konsum von inhalativen Nitraten ist in besonderem Ausmaß mit der Anzahl der Sexualpartner korreliert<sup>64</sup>, mehr als jede der anderen abgefragten Substanzen<sup>65</sup>. Im Gegensatz zu anderen Substanzen ist der Gebrauch von „Poppers“ (wie auch von „Viagra“) eng mit dem sexuellen Akt und insbesondere mit Analverkehr verknüpft. „Poppers“ führt bei Inhalation nicht nur zu einem schnellen Rauschgefühl, das als Intensi-

<sup>60</sup> „Crack“ wurde für die 2007er Erhebung aus dem Fragebogen entfernt, da nur jeweils 0,3% der Befragten angaben, jemals „Crack“ konsumiert zu haben. Da es sich bei „Crack“ um die rauchbare Variante von Kokain(hydrochlorid) handelt, ist es gut möglich, dass „Crack“-Konsumenten stattdessen „Kokain“ angekreuzt haben. Aus dem selben Grund wie „Crack“ wurde auch „Heroin“ in der 2007er Erhebung nicht mehr abgefragt. Bei beiden handelt es sich um Substanzen, die eher in den unteren sozialen Schichten konsumiert werden (vgl. auch Wilson & DeHovitz 1997, die in den SMA-Erhebungen deutlich unterrepräsentiert sind).

<sup>61</sup> vgl. Colfax & Guzman 2006

<sup>62</sup> Unterschiede hinsichtlich des Substanzkonsums bestanden auch nicht zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen.

<sup>63</sup> Dieser Wert ist vergleichbar mit einer kürzlich veröffentlichten MSM-Studie aus Kanada: vgl. Lampinen, Mattheis et al. 2007.

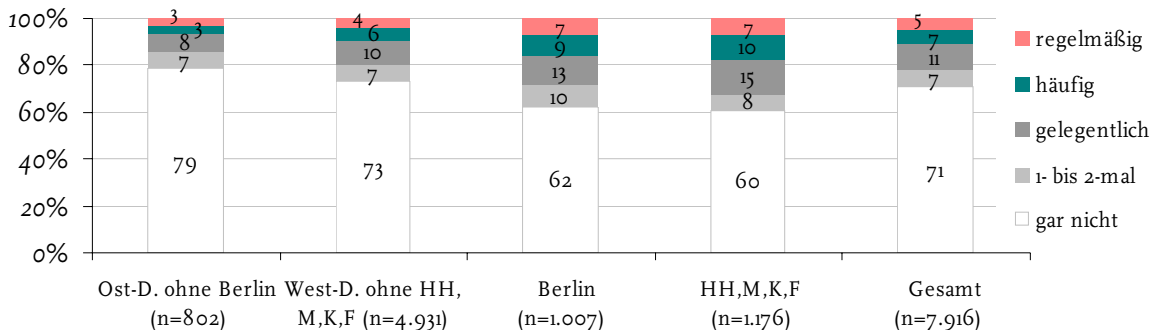
<sup>64</sup> Korrelationskoeffizient  $\rho_{\text{Spearman}}=0,36$

<sup>65</sup> Hier liegt der Korrelationskoeffizient zwischen 0,04 für LSD und 0,22 für „Viagra“.

vierung des Orgasmus beschrieben wird, sondern über eine Entspannung glatter Muskulatur zu Blutdruckabfall und – beim Analverkehr mit noch wenig vertrauten Partnern besonders wichtig – zu einer Entspannung und Weitung des inneren Schließmuskels<sup>66</sup>. In der Datenanalyse zeigt sich, dass Befragte, die häufig Analverkehr – insbesondere rezeptiven – mit anderen als dem primären Sexualpartner praktizieren, zu einem höheren Anteil „Poppers“ konsumieren als Befragte, die überwiegend keine anal-genitalen Kontakte eingehen (38% vs. 19%).<sup>67</sup>

Die Substanz unterliegt dem Arzneimittelgesetz und wird daher unter anderem Etikett („Aromaduftstoff“) typischerweise in kleinen Flaschen in Sex-Shops, Pornokinos oder über das Internet vertrieben. Aus diesem Grund wird „Poppers“ auch häufiger in Großstädten mit entsprechender schwuler Infrastruktur konsumiert (**Abbildung 4.28**), vorwiegend von MSM zwischen 35 und 49 Jahren; in dieser Altersgruppe greift etwa jeder sechste „häufig“ oder „regelmäßig“ beim Sex zum „Fläschchen“. Ähnlich wie bei Kokain ist der Konsum von „Poppers“ in westdeutschen Großstädten stärker verbreitet als in Berlin. Außer Anabolika werden alle nicht frei erhältlichen (bzw. nicht legalen) Substanzen von MSM in Großstädten häufiger konsumiert.

**Abbildung 4.28:** Konsum von „Poppers“ in den 12 Monaten vor der Befragung in ausgewählten Regionen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.916)



Problematisch erscheint, dass 39 Prozent (26 von 66) der regelmäßigen „Viagra“-Nutzer auch regelmäßig „Poppers“ konsumieren. Die gleichzeitige Einnahme kann einen lebensbedrohlichen Blutdruckabfall zur Folge haben. Ebenfalls problematisch aufgrund pharmakologischer Interaktionen ist der Konsum von „Partydrogen“ (hier insbesondere „Ecstasy“, „Speed/Crystal“ und Ketamin), sowie die Einnahme von „Viagra“ bei HIV-Infizierten mit Kombinationstherapie, vor allem wenn letztere auch Protease-Hemmstoffe (Wirkstoffgruppe) enthält<sup>68</sup>. In der vorliegenden Stichprobe erhalten 58 Prozent (25 von 43) der HIV-positiven Konsumenten von „Partydrogen“ (Konsum *häufig* bis *regelmäßig*) eine antiretrovirale Therapie; bei entsprechenden Konsumenten von „Viagra“ liegt dieser Anteil bei 71 Prozent (34 von 48).<sup>69</sup>

Bezogen auf alle Befragte, die im Jahr 2007 (zwischen Januar und Juni) einen HIV-Test gemacht haben (n=1.412), haben „Poppers“-Konsumenten ein 6-fach höheres Risiko<sup>70</sup>, dass dieser Test positiv ausfiel (gelegentlicher, häufiger oder regelmäßiger Konsum vs. kein Konsum oder nur 1- bis 2-maliger Konsum). Für keine der anderen Substanzen ließ sich hier eine signifikante Assoziation feststellen, was zum Teil auch mit der geringen Anzahl an Konsumenten zusammenhängt. Die Analyse der Befragten mit HIV-Test im Jahr vor der Befragung ist die im Rahmen einer Querschnittuntersuchung weitest mögliche Annäherung an einen möglicherweise bestehenden kausalen Zusammenhang, da der Substanzkonsum zumindest dem HIV-Test – aber nicht zwingend auch dem Infektionszeitpunkt – vorangegangen ist.

<sup>66</sup> vgl. auch Peugh & Belenko 2001

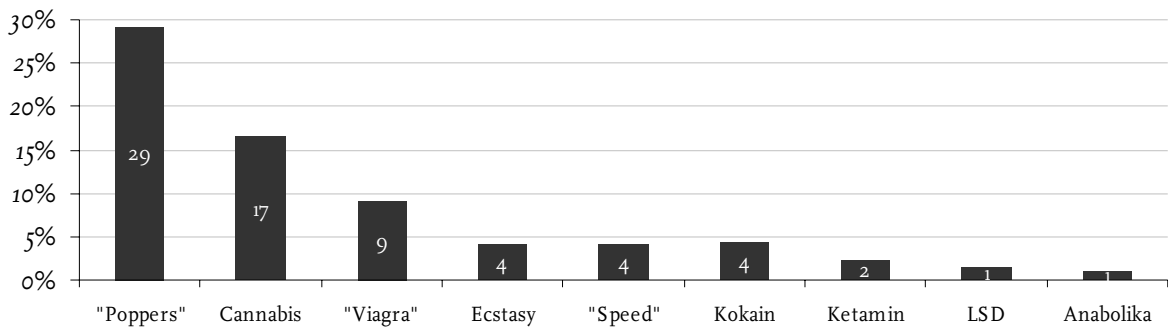
<sup>67</sup> Diese Zusammenhang zeigt sich auch für „Ecstasy“ (6% vs. 2%), „Speed/Crystal“ (6% vs. 2%), Ketamin (5% vs. 1%) und Kokain (5% vs. 2%).

<sup>68</sup> vgl. Antoniou & Tseng 2002, Urbina & Jones 2004

<sup>69</sup> Zum „Viagra“-Gebrauch bei us-amerikanischen MSM siehe auch Romanelli & Smith 2004

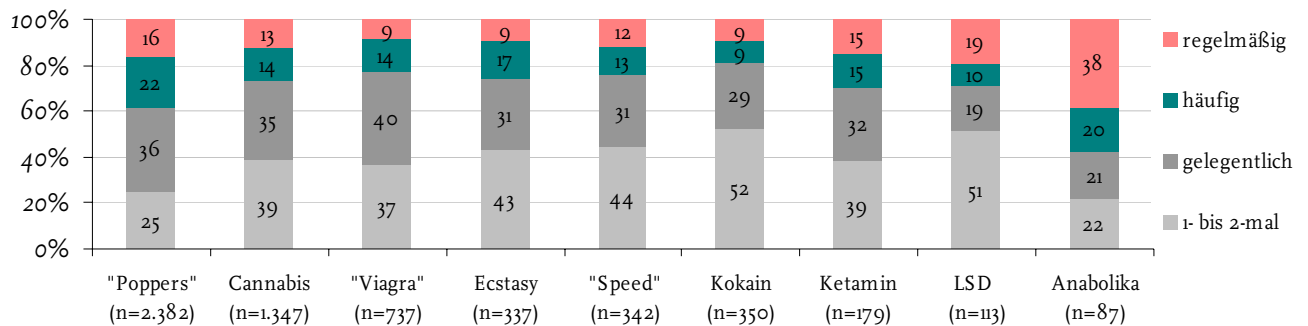
<sup>70</sup> OR=6,3 (95%-Konfidenzintervall: 2,8-14,1); n=1.412. „Viagra“: OR=2,7 (95%-Konfidenzintervall: 0,9-8,1; n.s.). Zur Assoziation von „Poppers“ und HIV-Serokonversion siehe auch Lampinen, Mattheis et al. 2007 sowie Plankey, Ostrow et al. 2007

**Abbildung 4.29a:** Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten die folgenden Substanzen konsumiert haben...  
 Basis: Gesamtstichprobe (n=8.147)



Die nach „Poppers“ von MSM am häufigsten konsumierte Substanz ist Cannabis: 17 Prozent aller Befragten haben im Jahr vor der Befragung wenigstens einmal Cannabisprodukte geraucht. Der entsprechende Anteil beträgt für „Viagra“ neun Prozent, für Partydrogen durchschnittlich vier Prozent und für Anabolika ein Prozent (vgl. **Abbildung 4.29a**). In **Abbildung 4.29b** ist nur für Konsumenten dieser Substanzen die Häufigkeit ihres Gebrauchs dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der „ein- bis zweimalige“ bzw. „gelegentliche“ Konsum bei allen Substanzen überwiegt, außer bei Anabolika: Die wenigen MSM in der vorliegenden Stichprobe, die Anabolika spritzen, tun dies dann auch zumeist „regelmäßig“. Auch bei „Poppers“ ist der Anteil derer, die die Substanz im Jahr vor der Befragung nur ausprobiert haben (im Sinne eines 1-bis 2-maligen Konsums), mit 25 Prozent vergleichsweise niedrig. Umgekehrt findet sich der höchste Anteil an „Gelegenheitsnutzern“ bei Kokain.

**Abbildung 4.29b:** Häufigkeit im Substanzgebrauch im Jahr vor der Befragung bei Konsumenten  
 Basis: Befragte mit Drogenkonsum

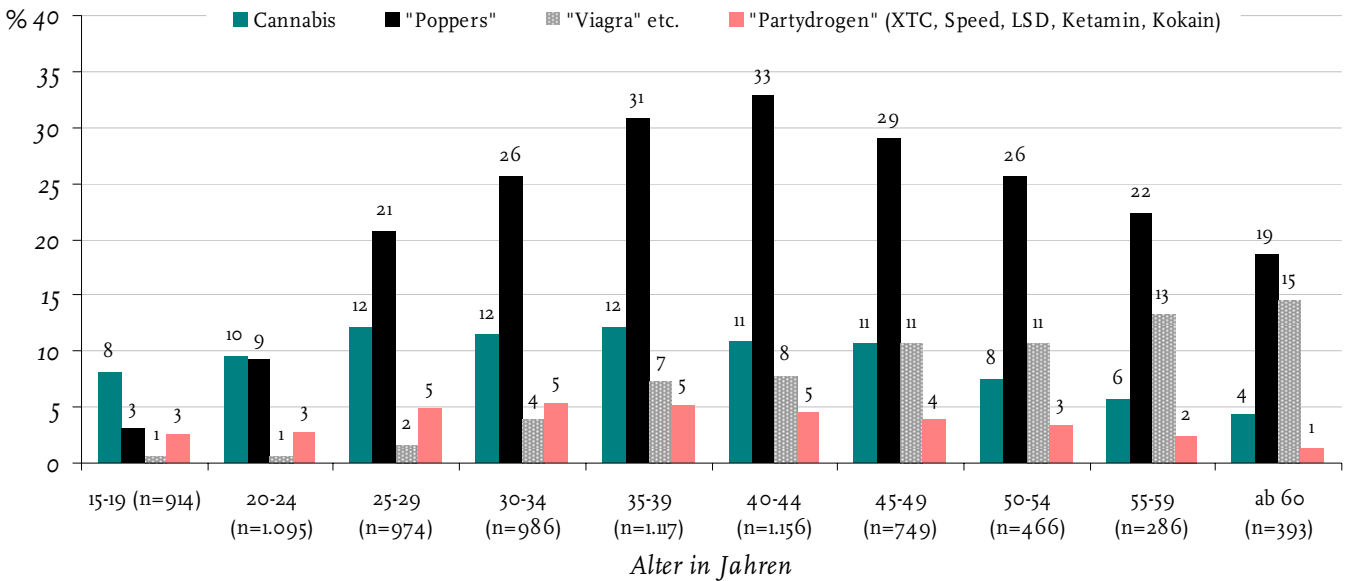


Bei MSM bis 24 Jahren ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Droge, „Poppers“ in allen anderen Altersgruppen. Am deutlichsten ausgeprägt ist das „Kiffen“ bei Befragten zwischen 25 und 39 Jahren – in dieser Altersgruppe geben etwa drei Prozent der Befragten *regelmäßigen* (nicht dargestellt) und zwölf Prozent zumindest *gelegentlichen* Konsum an (vgl. **Abbildung 4.30**).

Insgesamt aber ist die Altersabhängigkeit für Cannabis bis zu einem Alter von 54 Jahren nur schwach ausgeprägt, während sie für „Poppers“ (und auch „Viagra“) ausgesprochen deutlich ausfällt. Der Anteil von „Poppers“-Konsumenten steigt bis zum einem Alter von 40 bis 44 kontinuierlich auf 33 Prozent an, um dann ebenso kontinuierlich wieder abzufallen, bis er bei den über 60-jährigen MSM mit 19 Prozent fast gleich aufliegt (19%) mit dem Anteil der „Viagra“-Konsumenten, welcher plausiblerweise mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich ansteigt.

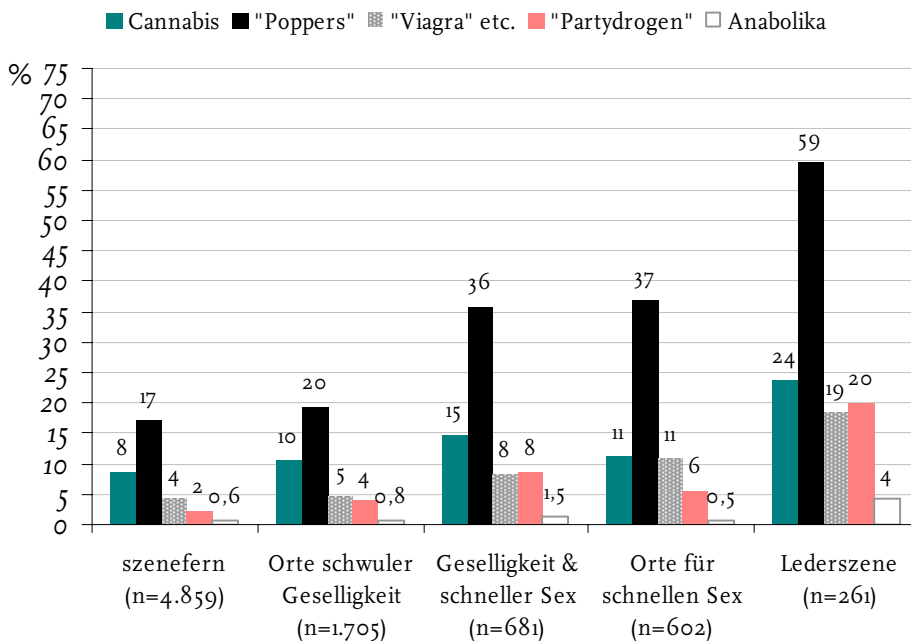
Etwa drei Prozent der MSM unter 20 Jahren nehmen mindestens „gelegentlich“ Partydrogen (2 Prozent tun dies „häufig“ oder „regelmäßig“); die Altersunterschiede sind hier wie für Cannabis nur gering ausgeprägt; der häufigste Konsum von „Partydrogen“ findet sich bei den 25- bis 44-jährigen MSM mit etwa 5 Prozent.

**Abbildung 4.30:** „Gelegentlicher, häufiger oder regelmäßiger“ Konsum (pro Jahr) nach Altersgruppen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.136)



Es ist auffällig, dass sämtliche abgefragten Substanzen von Befragten, die der „Lederzene“ zugeordnet wurden (weil sie Lederlokale/-clubs mindestens mehrfach monatlich aufsuchen), besonders häufig konsumiert werden. Dies gilt insbesondere für „Poppers“ (59%), „Viagra“ (19%) und Anabolika (4%). Auch Befragte, die häufig Orte für schnellen Sex aufsuchen, nehmen zu einem hohen Anteil „Poppers“ (vgl. **Abbildung 4.31**). „Partydrugen“ werden plausiblerweise vor allem in der „Partyszene“ konsumiert (21% der Befragten, die mindestens mehrfach monatlich Club- oder Sexpartys aufsuchen), gefolgt von MSM aus der „Lederzene“ (20%) und Befragten die entsprechend häufig Bars oder Diskotheken mit *Darkrooms* aufsuchen (15%).

**Abbildung 4.31:** „Gelegentlicher, häufiger oder regelmäßiger“ Konsum (pro Jahr) nach subkultureller Zugehörigkeit  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.108)



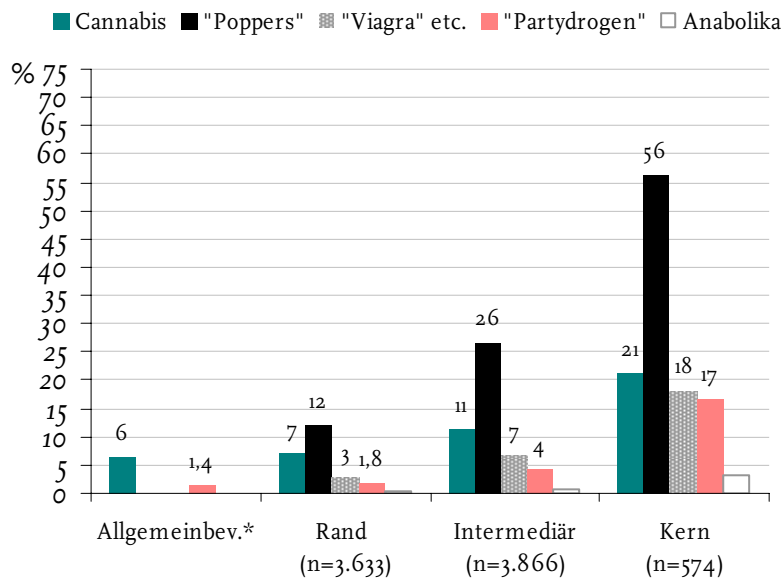
Anabolika, so könnte vermutet werden, sind vor allem bei regelmäßigen Besuchern von Sportstudios beliebt<sup>71</sup>. In der vorliegenden Stichprobe geben jedoch nur drei Prozent aller Befragten, die *mehrfach pro Woche* Sportstudios besuchen, an, im Jahr vor der Befragung Anabolika konsumiert zu haben<sup>72</sup>, während der höchste Anteil der Anabolika-Konsumenten mit 4,6 Prozent in der „Partyszene“ (Definition siehe oben) zu finden ist.

Wenn insbesondere die Häufigkeit des Konsums von „Poppers“ einerseits stark mit der Anzahl der Sexualpartner zusammenhängt (siehe oben), und andererseits der Konsum von „Poppers“ und anderer Substanzen in bestimmten Subkulturen verstärkt auftritt, liegt es nahe, Substanzkonsum in Abhängigkeit einer Variablen zu untersuchen, die beides – Partnerzahl und Frequentierung unterschiedlicher Szene-Orte – aggregiert. Die zuvor konstruierten Bereiche sexueller Interaktion erfüllt diese Vorgabe.

Für Cannabis und „Partydrogen“ liegen zudem vergleichbare Daten aus der Allgemeinbevölkerung (Männer im Alter von 18 bis 62 Jahren) vor<sup>73</sup>. Da „Poppers“ vermutlich fast ausschließlich von schwulen Männern konsumiert wird, ist hier kein Vergleichswert zu erwarten. Auch für Anabolika konnte keine vergleichbare Angabe gefunden werden (s.o.).

Dabei zeigt sich, dass MSM, die dem Randbereich sexueller Interaktion zugeordnet wurden (monogam lebende MSM, MSM mit vergleichsweise wenigen Sexualpartnern und durchgängigem Kondomgebrauch beim Analverkehr, die Orte für flüchtigen Sex eher meiden), hinsichtlich ihres Konsums von „Partydrogen“ und Cannabis mit der männlichen Allgemeinbevölkerung sehr gut vergleichbar sind. Diese Feststellung ist wichtig, da nicht nur in dieser Befragung, sondern in vielen Studien zu MSM, die ebenfalls *convenience samples* benutzen, ein *Bias* in Richtung hohen Substanzkonsums festzustellen ist<sup>74</sup>.

**Abbildung 4.32:** „Gelegentlicher, häufiger oder regelmäßiger“ Konsum (pro Jahr) nach Bereichen sexueller Interaktion  
 Basis: Gesamtstichprobe (n=8.073)  
 \* zum Vergleich: Allgemeinbevölkerung (Deutschland, Männer, 18 bis 64 Jahre, 12-Monatskonsum)



<sup>71</sup> Die Literatur hierzu ist nicht sehr ergiebig, vgl. z.B. Boos, Wulff et al. 1998 zum „Medikamentenmissbrauch beim Freizeitsportler im Fitnessbereich“ oder Terney & McLain 1990 zum Anabolika-Gebrauch bei us-amerikanischen *high school students*.

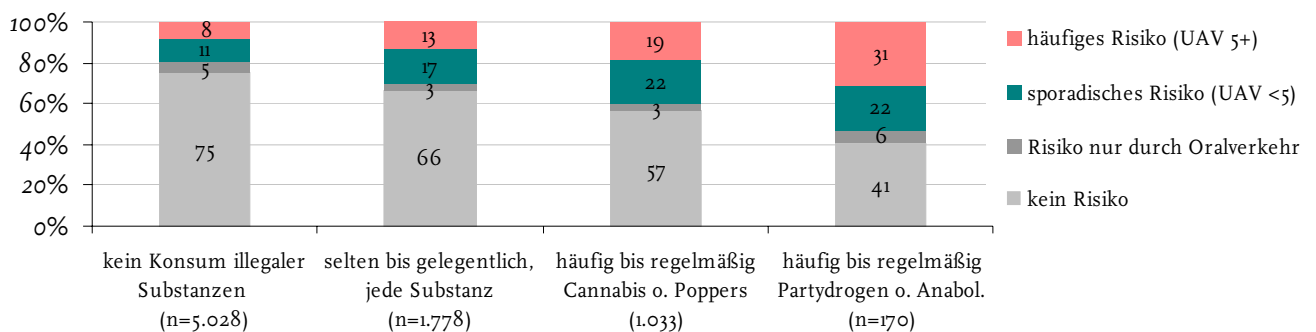
<sup>72</sup> Dieser Anteil ist niedriger als in der 2003er Erhebung (4% der aller Sportstudiobesucher).

<sup>73</sup> vgl. Pfeiffer-Gerschel, Kipke et al. 2007

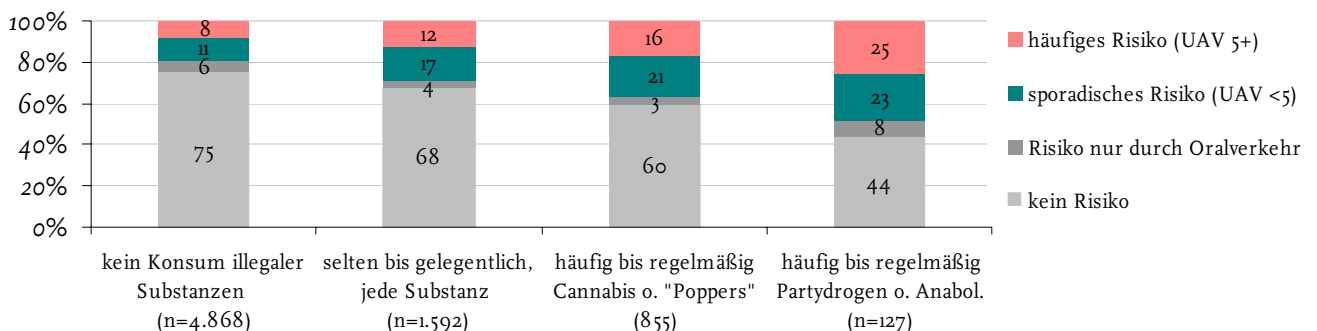
<sup>74</sup> vgl. Orenstein 2001

Wie **Abbildung 4.33a** zeigt, besteht ein Zusammenhang zwischen häufigem oder regelmäßigem Substanzkonsum und ungeschütztem Analverkehr. Dieser Zusammenhang ist für „Partydrogen“ (zuzüglich Anabolika) ausgeprägter als für „Poppers“ oder Cannabis. Aus vorangegangenen Erhebungen ist bekannt, dass HIV-positive MSM jede der abgefragten Substanzen häufiger konsumieren als andere Befragte (s. u.). Zudem wurde bereits gezeigt, dass sowohl in früheren Erhebungen als auch in der vorliegenden Stichprobe HIV-positive MSM häufiger HIV-Übertragungsrisiken beim Analverkehr eingehen. Um Verzerrungen durch HIV-positive MSM zu minimieren, ist in **Abbildung 4.33b** der Zusammenhang für zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete Befragte dargestellt. Dabei zeigt sich derselbe Zusammenhang mit nur kleinen Abweichungen. „Partydrogen“ führen je nach Substanz in unterschiedlichem Ausmaß zur Überwindung von Kontaktängsten durch ein erhöhtes Selbstsicherheitsgefühl, zu gesteigerter Libido, längerer Dauer der sexuellen Begegnungen, zum Abbau von Hemmungen, sexuelle Kontakte (gerade mit unbekanntem Sexualpartnern) einzugehen oder zu einer höheren Schmerzschwelle (z. B. beim rezeptiven Analverkehr). Der Konsum dieser Substanzen kann als Bestandteil der Risikobereitschaft angesehen werden. Dies wird u.a. dadurch unterstrichen, dass in der bereits erwähnten Faktorenanalyse der Konsum von „Partydrogen“ mit dem Konsum von Anabolika zusammenfällt, obwohl die sozialen bzw. subkulturellen Kontexte jeweils sehr unterschiedlich sind. In diesem Sinne wird das Ausleben der eigenen „Risikobereitschaft“ – ungeschützten Analverkehr zu praktizieren – durch vor Ort eingenommen „Partydrogen“ bestärkt.

**Abbildung 4.33a:** Eingehen sexueller Risiken nach Substanzkonsum  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.009)



**Abbildung 4.33b** Eingehen sexueller Risiken nach Substanzkonsum  
Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.224)



Aus vielen Untersuchungen – einschließlich der vorangegangenen SMA-Erhebungen – ist hinreichend bekannt, dass HIV-positive MSM häufiger psychoaktive Substanzen konsumieren als HIV-negative oder ungetestete MSM. Ein solcher Zusammenhang stellt sich auch in der vorliegenden Befragung dar. Werden MSM mit zuletzt negativem und positivem HIV-Test hinsichtlich ihres Substanzkonsums verglichen, haben HIV-positive Befragte eine 13,6-fach erhöhte Wahrchein-



lichkeit<sup>75</sup>, häufiger als 1- bis 2-mal im Jahr vor der Befragung Ketamin konsumiert zu haben. Die entsprechenden Risikoschätzer für die anderen Substanzen lauten: 6,6 für LSD, 5,8 für „Speed/Crystal“, 5,3 für „Ecstasy“, 4,4 für „Viagra“, 3,8 für „Poppers“, 3,3 für Cannabis und jeweils 3,2 für Kokain und Anabolika.

Dabei ist mit den vorliegenden Daten nicht zu klären, ob die Auswirkungen des Drogenkonsums eine Ursache ungeschützten Analverkehrs sind (was sehr plausibel wäre und sich in Interviews mit „frisch“ HIV-Infizierten wiederholt bestätigen ließ), oder ob es sich einfach nur um MSM handelt, die insgesamt – sowohl beim Drogengebrauch als auch beim Sex – eine höhere „Risikobereitschaft“ haben (was ebenfalls wahrscheinlich ist).

Die risikoreicher gelebte Sexualität der psychoaktive Substanzen konsumierenden Befragten kann dazu führen, dass diese sich häufiger mit HIV infizieren. Vor dem Konstruieren von Kausalketten sei jedoch auch hier gewarnt. Die psychischen Belastungen der Diagnose „HIV-Infektion“ können ebenso wie die körperlichen Belastungen der HIV-Infektion und ihrer Behandlung (Nebenwirkungen) oder das Vollbild AIDS ihrerseits zum Konsum psychoaktiver Substanzen führen<sup>76</sup>. Neben der stimmungsaufhellenden Wirkung vieler „Partydrogen“ sei hier insbesondere der schmerzlindernde Effekt von Cannabis beispielsweise bei peripherer Polyneuropathie oder zur Anregung des Appetits erwähnt. Stigmatisierung und das Gefühl sozialer Isolation sind bekannte Risikofaktoren für den Konsum psychoaktiver Substanzen<sup>77</sup> und vermutlich auch bei HIV-positiven MSM in der vorliegenden Stichprobe vorhanden. Abgefragt wurde aber nur die Akzeptanz der eigenen Homosexualität im familialen und sozialen Umfeld; es wurden jedoch keine Fragen gestellt, die Aufschluss über die gefühlte Diskriminierung aufgrund der HIV-Infektion am Arbeitsplatz oder in den Subkulturen geben. Daher kann ein solcher Zusammenhang mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden.

In großen nationalen quantitativen Querschnittuntersuchungen werden im Wesentlichen individuelle Faktoren erfasst und nicht der soziale Kontext. Da riskantes Verhalten – sei es der Konsum psychoaktiver Substanzen oder das Eingehen ungeschützter anal-genitaler Kontakte – wesentlich durch den sozialen Kontext bestimmt werden, in dem sich MSM bewegen, soll an dieser Stelle<sup>78</sup> hervorgehoben werden, dass präventive Strategien, die auf Drogenkonsum bei MSM abzielen, nach wie vor nicht nur auf individuelle Faktoren, sondern auch auf die MSM-Subkultur(en) selbst abzielen sollten.

---

<sup>75</sup> Bei den verwendeten Risikoschätzern handelt es sich um *Odds Ratios*.

<sup>76</sup> Auch Anabolika wurden teilweise zur Behandlung des *Wasting*-Syndroms im Rahmen von AIDS eingesetzt.

<sup>77</sup> vgl. auch Klitzman 2006

<sup>78</sup> Siehe auch insbesondere die lesenswerte Arbeit von Green & Halkitis 2006

## 8. Sexuell übertragbare Infektionen

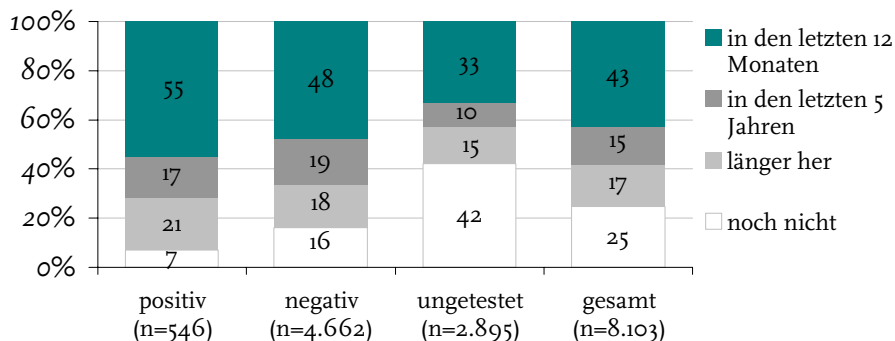
Mehrfach konnte in sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Studien ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten HIV-Risiko und einem erhöhten Risiko für andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) belegt werden<sup>79</sup>. Zum einen hängt das Risiko, sich mit anderen STI als HIV zu infizieren von den sexuellen Praktiken, der Anzahl der Sexualpartner, vom Kondomgebrauch beim Analverkehr und nicht zuletzt vom HIV-Serostatus ab (wobei all diese Einflüsse sich auf verschiedene STI unterschiedlich auswirken). Zum anderen erhöht die Anwesenheit vieler STI (insbesondere Genitalherpes, Syphilis, genitale bzw. anorektale Gonorrhö) das Infektionsrisiko für HIV, sowohl auf der Überträger- als auch auf der Empfängerseite.

Aus diesem Grund werden in den SMA-Erhebungen seit 1991 unterschiedliche STI abgefragt. Befragte können nur dann angeben, an einer bestimmten STI erkrankt zu sein (beispielsweise in den 12 Monaten vor der Befragung), wenn eine solche bei Ihnen diagnostiziert wurde. Da viele STI häufig symptomlos oder symptomarm verlaufen oder aber Symptome nach einer gewissen Zeit wieder verschwinden, ist nicht immer gesichert, dass STI erkannt und behandelt werden.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass MSM mit HIV in der Regel aufgrund der HIV-Infektion mindestens einmal im Quartal Kontakt mit dem Gesundheitssystem und somit häufig auch zu Ärztinnen oder Ärzten haben, die mit sexuell übertragbaren Infektionen vertraut sind. Dadurch ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, dass STI bei ihnen diagnostiziert werden, höher als bei anderen MSM.

Allein aus diesem Grund werden MSM mit HIV sich auch in den letzten 12 Monaten zu einem höheren Anteil (55%) Gedanken über STI gemacht haben als andere MSM (vgl. **Abbildung 4.34**). Auch die Schwelle, wegen einer STI eine ärztliche Praxis aufzusuchen oder das Thema STI gegenüber einem Arzt oder einer Ärztin anzusprechen, dürfte bei MSM mit bekannter HIV-Infektion niedriger sein als bei Männern, die gegenüber ihrem Arzt oder ihrer Ärztin noch nie erwähnt haben, dass sie Sex mit Männern haben. Eine ärztliche Praxis wegen des Verdachts auf eine STI haben 82 Prozent der HIV-positiven, aber nur 58 Prozent der HIV-negativen Befragten aufgesucht (**Abbildung 4.35**).

**Abbildung 4.34** „Wann haben Sie sich zuletzt Gedanken darüber gemacht, ob Sie sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit angesteckt haben könnten (nicht HIV)?“  
Basis: Gesamtstichprobe (n=8.103)



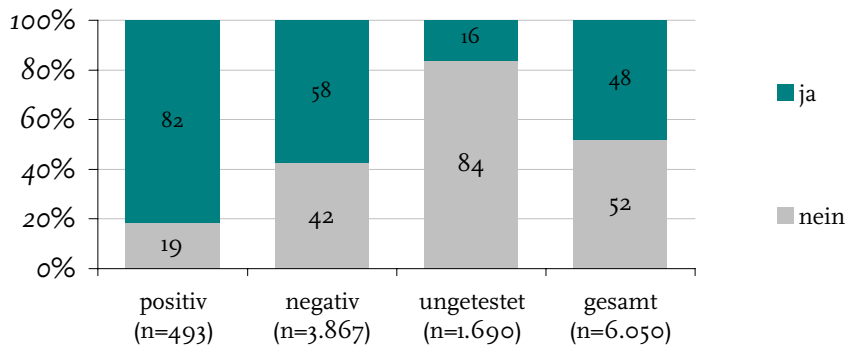
Für MSM, die noch nie einen HIV-Test gemacht haben, gilt entsprechend, dass schon deshalb weniger STI diagnostiziert werden können, weil häufig im Rahmen eines HIV-Tests auch auf das Vorhandensein anderer STI hin untersucht bzw. getestet wird und umgekehrt. Aus diesem Grund ist bei Ungetesteten auch der Anteil derer, die – obwohl sie überlegt haben, ob sie von einer STI betroffen sind – nicht zum Arzt gegangen sind, mit 16 Prozent besonders niedrig (vgl. **Abbildung 4.35**). Nicht zuletzt macht sich hier auch das jüngere Durchschnittsalter der Ungetesteten bemerkbar. Ungetestete sind zum Teil auch deshalb ungetestet, weil sie weniger

<sup>79</sup> vgl. insbesondere Marcus et al. 2006

Risiken beim Sex eingegangen sind, und machen sich auch deshalb weniger Gedanken (42 Prozent haben sich noch nie Gedanken über STI gemacht).

**Abbildung 4.34** „Sind Sie deswegen zum Arzt gegangen?“

Basis: Befragte, die sich schon einmal Gedanken über eine STI bei sich selbst Gedanken gemacht haben (n=6.050)



Im Fragebogen wurde erhoben, ob und wann welche der folgenden sexuell übertragbaren Infektionen – genitale Gonorrhö („Tripper“), anorektale Gonorrhö, Syphilis, Chlamydieninfektion<sup>80</sup>, Genitalherpes, Feigwarzen, Hepatitis B oder Hepatitis C –diagnostiziert wurden. Dabei wurde unterschieden zwischen den 12 Monaten vor der Befragung oder dem Zeitraum davor.

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

Bei Herpes-Simplex-2-Viren (Erreger von Genitalherpes) und Humanen-Papilloma-Viren (Erreger von Feigwarzen) handelt es sich um virale Erreger, die – wenn einmal eine Infektion erfolgte – immer wieder zu symptomatischen Manifestationen der Erkrankung führen können. Medikamentöse (Genitalherpes und Feigwarzen) oder chirurgische Behandlungen (Feigwarzen) sind zwar möglich, führen aber meist nicht zu einer kompletten Ausheilung im Sinne einer Eliminierung des Erregers. Bei in den 12 Monaten vor der Befragung neu festgestellten Feigwarzen oder Herpesbläschen kann es sich sowohl um Neuinfektionen handeln als auch um (wiederholte) akute Ausbrüche einer länger zurückliegenden Infektion. Daher eignen sich diese beiden STI eher zur Abschätzung der *Prävalenzen* in verschiedenen Gruppen der befragten MSM.

Die beiden durch Viren verursachten Hepatitiden B und C wurden ebenfalls in diese Gruppe eingeordnet, obwohl eine Hepatitis B in der überwiegenden Zahl der Fälle ohne Therapie ausheilt und eine lebenslange Immunität hinterlässt. Befragte, bei denen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens eine Hepatitis B diagnostiziert wurde, dürfen daher *nicht* als Träger einer chronischen Hepatitis B angesehen werden. Ähnlich gilt für die Hepatitis C, obwohl diese sehr viel häufiger chronifiziert, keine Immunität hinterlässt und somit auch wiederholt erworben werden kann. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass STI von Befragten verwechselt werden, was gerade bei selten sexuell übertragenen Erregern wie dem Hepatitis-C-Virus zu Überschätzungen führen kann. Außerdem dürfte gerade bei nicht gegen Hepatitis B geimpften Befragten die Dunkelziffer unbemerkt infizierter Personen recht hoch sein.<sup>81</sup> Die Anteile der Befragten mit Hepatitis B oder C in der Vorgeschichte eignen sich daher deutlich weniger als Schätzer für die

<sup>80</sup> Gemeint ist eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis*, Serotyp D-K. Es ist nicht auszuschließen, dass Befragte, die an dem sehr viel selteneren *Lymphogranuloma venereum* (LGV) erkrankt sind, das ebenfalls durch *Chlamydia trachomatis* ausgelöst wird, allerdings durch die Serotypen L1-L3, ebenfalls „Chlamydien“ angekreuzt haben, wir halten dies für die vorliegende Auswertung jedoch für quantitativ vernachlässigbar.

<sup>81</sup> siehe auch Schmidt, Marcus et al. 2007: 107ff

*Lebenszeitprävalenz* dieser Infektionen. Eine Ausnahme stellt möglicherweise die Hepatitis C bei (bekannt) *HIV-positiven Befragten* dar, da diese nach den aktuell gültigen Behandlungsempfehlungen routinemäßig auf Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus getestet werden.

## 8.1 Prävalenzen viraler STI

Bei zuletzt HIV-negativen oder ungetesteten Befragten sind die Anteile derer, die angeben, sich jemals in ihrem Leben mit einem viralen sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben, für alle abgefragten STI erwartungsgemäß deutlich kleiner als bei HIV-positiven Befragten (vgl. **Abbildung 4.36**).

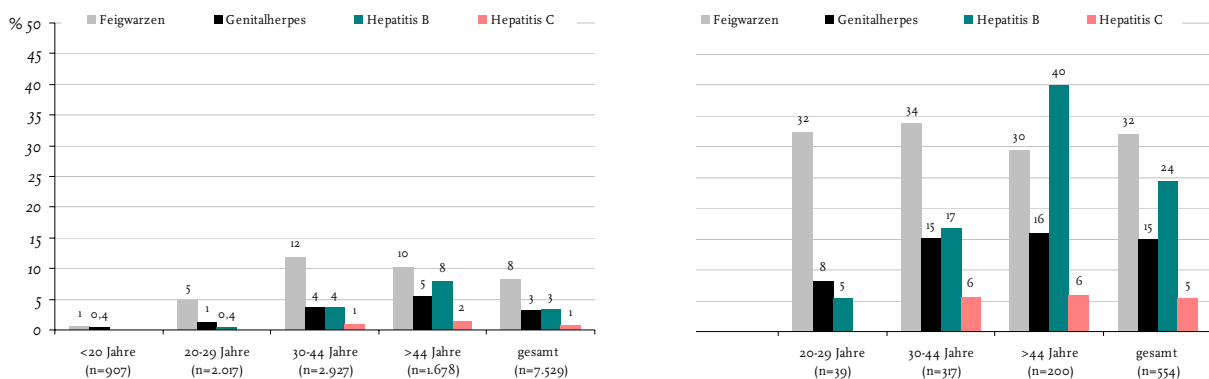
Über einen Befall mit Feigwarzen berichten acht Prozent der zuletzt HIV-negativen oder ungetesteten, aber 32 Prozent der HIV-positiven Befragten. Bei Genitalherpes sind es drei Prozent vs. 15 Prozent. Für beide STI ist eine gewisse Altersabhängigkeit zu erwarten, da mit zunehmendem Lebensalter die kumulative Gesamtzahl unterschiedlicher Sexualpartner nur zunehmen kann. Das bedeutet, dass somit auch die Wahrscheinlichkeit, irgendwann eine STI erworben zu haben, fortwährend steigt.

Dieser Zusammenhang ist bei HIV-negativen und ungetesteten Befragten auch sichtbar, während bei HIV-positiven Befragten eine Plateaubildung zu beobachten ist: Etwa ein Drittel in jeder Altersgruppe gibt an, schon einmal an Feigwarzen erkrankt zu sein; ab einem Alter von 30 Jahren haben etwa 15 Prozent der HIV-positiven Befragten schon einmal Genitalherpes gehabt.

Bei der Hepatitis B stellt sich dieser Sachverhalt etwas anders dar, da zwischenzeitlich – zu Beginn der 1980er Jahre – eine Schutzimpfung gegen Hepatitis B verfügbar wurde. Aufgrund einer allgemeinen Impfpflicht für Jugendliche im Jahr 1998 sind nach 1980 geborene und in Deutschland aufgewachsene Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit geimpft<sup>82</sup>. Dies spiegelt sich darin wieder, dass bei HIV-negativen und ungetesteten Befragten in der Gruppe der unter-30-Jährigen mit 0,4 Prozent kaum noch MSM zu finden sind, die angeben, an einer Hepatitis B erkrankt zu sein. Auch bei HIV-positiven Befragten ist dieser Anteil bei unter-30-Jährigen mit fünf Prozent angesichts eines Gesamtanteils von 24 Prozent vergleichsweise klein.

Fünf Prozent der HIV-positiven Befragten geben an, sich im Laufe ihres Lebens mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert zu haben. Dieser Anteil steht im Einklang mit einer kürzlich in der Schweiz durchgeführten Studie an HIV-positiven MSM.<sup>83</sup>

**Abbildung 4.36:** Berichtete virale STI in der Vorgeschichte nach Altersgruppen  
*Basis links:* zuletzt **HIV-negativ** getestete oder ungetestete Befragte; *rechts:* **HIV-positiv** Befragte



<sup>82</sup> 1995 wurde von Seiten der Ständigen Impfkommission (STIKO) bezüglich der Hepatitis B eine Impfpflicht für unter-16-jährige Jugendliche ausgesprochen, die 1997/98 auf alle Jugendlichen vor der Volljährigkeit ausgeweitet wurde. Ab 1980 geborene Personen (das sind im Jahr 2008 die meisten der unter-30-Jährigen) sind daher mit höherer Wahrscheinlichkeit gegen Hepatitis B geimpft als frühere Jahrgänge, für die die Übernahme der Kosten der Impfung durch die Krankenkasse weniger einheitlich war. Vgl. auch Schmidt, Marcus et al. 2007: 105

<sup>83</sup> vgl. Rauch et al. 2005

## 8.2 Inzidenzen bakterieller STI

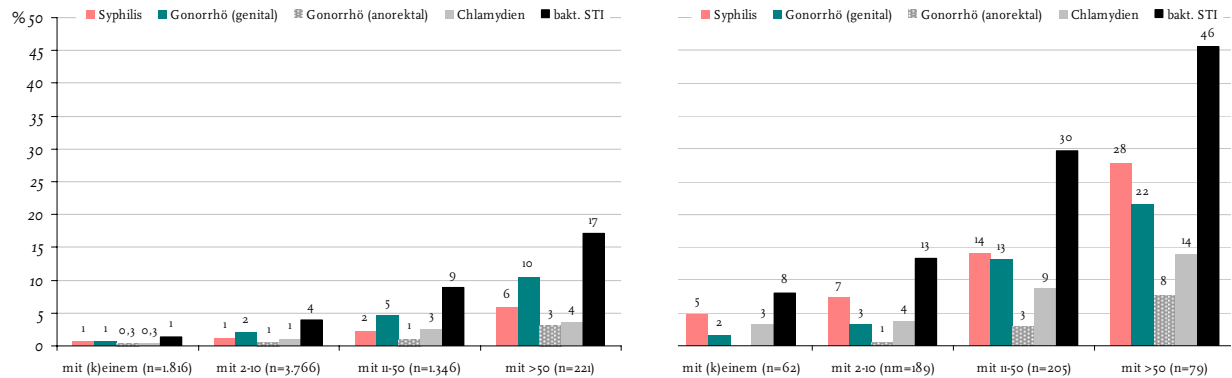
Inzidenzen sexuell übertragbarer Infektionen hängen weniger mit der kumulativen Anzahl der Sexualpartner im Laufe des Lebens zusammen als mit der Anzahl der Sexualpartner im dem Zeitraum, auf den sich die Inzidenz bezieht (hier: in den 12 Monaten vor der Befragung).

**Abbildung 4.37** belegt diesen Zusammenhang eindrucksvoll anhand der vorliegenden Stichprobe, sowohl für zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete als auch für HIV-positive Befragte. Dass HIV-positive Befragte in jeder Partnerzahl-Kategorie höhere Anteile inzidenter STI aufweisen, unterstreicht, dass neben der Anzahl der Sexualpartner auch andere Faktoren für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen von Bedeutung sind.

**Abbildung 4.37:** Berichtete bakterielle STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Partnerzahl im selben Zeitraum „bakt. STI“: mindestens eine der vier vorgenannten STI

links: zuletzt **HIV-negativ** getestete oder ungetestete Befragte

rechts: **HIV-positive** Befragte

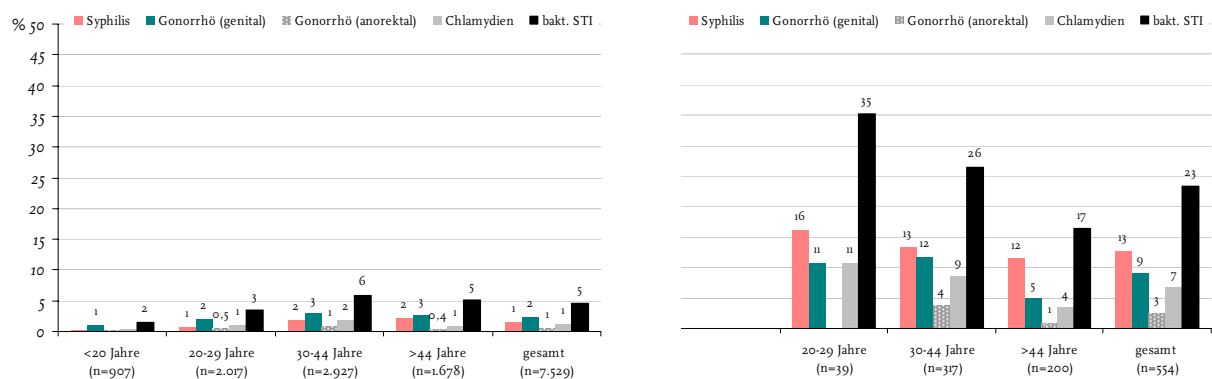


In der Gruppe der zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten geben fünf Prozent an, sich im Jahr vor der Befragung mit einem bakteriellen sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben (vgl. **Abbildung 4.38**). In der Altersgruppe mit den höchsten Partnerzahlen (das heißt für Ungetestete und zuletzt HIV-negativ Getestete bei den 30- bis 44-Jährigen, vgl. **Abbildung 4.1a**) ist mit sechs Prozent der höchste Anteil mit einer der vier abgefragten bakteriellen STI zu finden. Am häufigsten ist dabei mit zwei Prozent die genitale Gonorrhö. Alle übrigen bakteriellen STI werden von etwa einem Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten genannt. Gerade bei der anorektalen Gonorrhö, die meist symptomarm verläuft, aber auch bei Syphilis und Infektionen mit Chlamydien, ist eine Untererfassung – besonders bei Befragten mit eher sporadischem Kontakt mit dem Gesundheitswesen – nicht auszuschließen.

**Abbildung 4.38:** Berichtete bakterielle STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis links: zuletzt **HIV-negativ** getestete oder ungetestete Befragte;

rechts: **HIV-positiv** Befragte



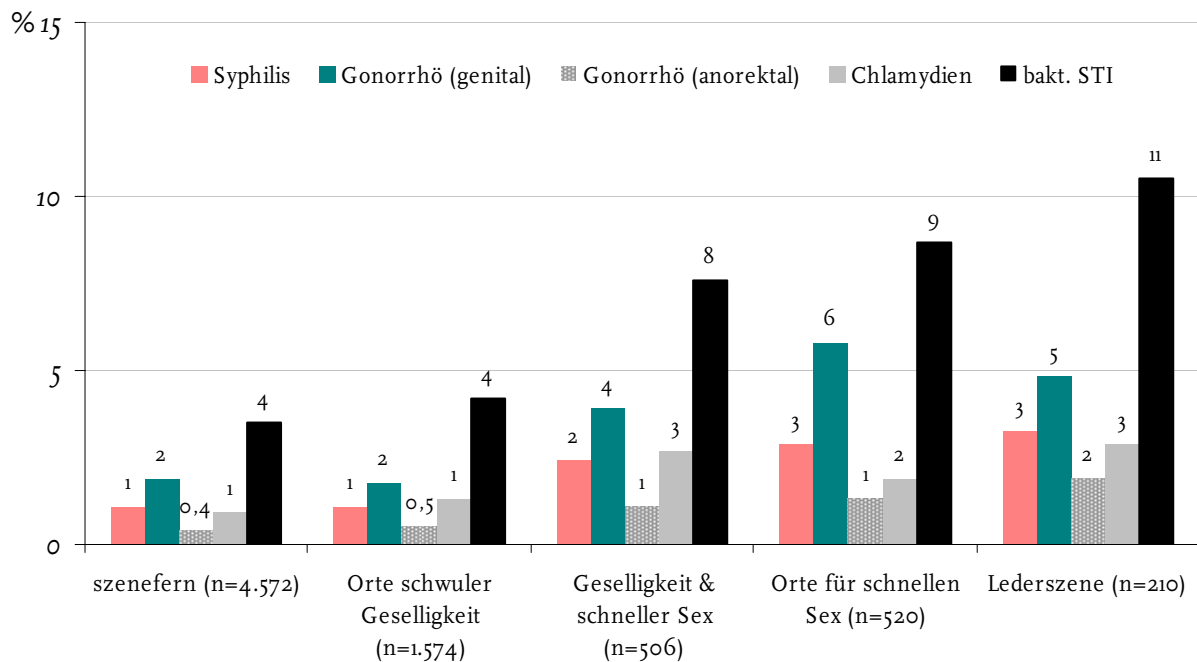
23 Prozent der HIV-positiven Befragten geben an, im Jahr vor der Befragung an einer der abgefragten bakteriellen STI erkrankt zu sein; am häufigsten wird in dieser Gruppe mit 13 Prozent die Syphilis genannt, gefolgt von der genitalen Gonorrhö (9%) und einer Infektion mit Chlamydien (7%). Die rektale Gonorrhö steht mit drei Prozent erneut an letzter Stelle, auch hier ist eine Untererfassung aufgrund nicht regelmäßig durchgeführter *Screening*-Untersuchungen nicht auszuschließen. Die höchsten Neudiagnoseraten für bakterielle STI entfallen bei HIV-positiven

Befragten auf die (kleine) Gruppe der 20- bis 29-Jährigen. Bemerkenswerter Weise fällt der Anteil neu erworbener bakterieller STI bei HIV-positiven Befragten mit zunehmendem Alter ab (20-29 Jahre: 35%, 30-44 Jahre: 26%, über 44 Jahre: 17%). Die Parallelität sowohl zu häufigen (vgl. **Abschnitt IV.6**) sexuellen Risikokontakten (33%, 26%, 22%) als auch zur zum Anteil derer mit mehr als 20 Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung (51%, 37%, 29%) ist dabei hervorzuheben. Die Zahl der Sexualpartner hat – das wird bei dieser Gegenüberstellung deutlich – den stärkeren Einfluss die Inzidenz bakterieller STI.

Da die „Szenezugehörigkeit“ – wie bereits gezeigt – sowohl mit der Zahl der Sexualpartner als auch mit der Häufigkeit eingegangener Risiken zusammenhängt, ist zu erwarten, dass auch die Anteile von Befragten mit oder ohne STI in verschiedenen „Schwulenszenen“ unterschiedlich ausfallen. Die Frequentierungsmuster unterschiedlicher Orte, nach denen die „Szenezugehörigkeit“ definiert wurde, und die in **Abbildung 4.39a** dargestellten Neudiagnosen bakterieller STI (vgl.) beziehen sich auf den gleichen Zeitraum: 12 Monate vor der Befragung. Betrachtet werden nur zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete MSM:

„Szeneferne“ Befragte und solche, die oft Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, aber Orte für schnellen Sex eher meiden, waren im Jahr vor der Befragung mit jeweils vier Prozent am wenigsten von bakteriellen STI betroffen. Bei Befragten, die häufig oder regelmäßig Orte für schnellen Sex bzw. Orte der „Lederszene“ aufgesucht haben, liegt dieser Anteil bei neun bzw. elf Prozent. Im Rahmen des verwendeten Studiendesigns ist allerdings nicht zu klären, ob sich die befragten MSM, die beispielsweise der „Lederszene“ zugeordnet wurden, tatsächlich bei Sexualpartnern infiziert haben, die sie aus der Lederszene kennen.

**Abbildung 4.39a:** Berichtete bakterielle STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach „Szenezugehörigkeit“ sowie nach der Rolle des Internets bei der Sexualpartnersuche; Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.495)



Werden nur Befragte mit mehr als zehn Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung betrachtet, und wird gleichzeitig danach unterschieden, ob Sexualpartner mehrheitlich über das Internet oder an anderen Orten kennengelernt wurden, wird die Komplexität deutlich, die mit der Fragestellung einhergeht, ob das Internet als Ort der Anbahnung von Sexualkontakten als Risikofaktor für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen anzusehen ist.

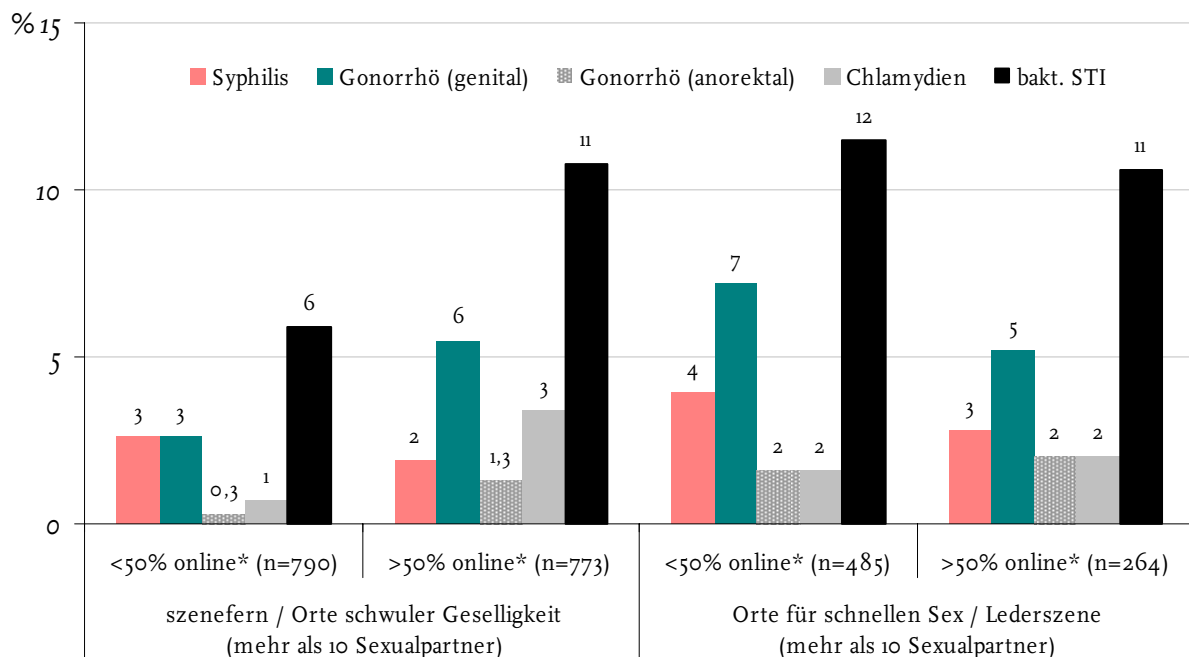
In **Abbildung 4.39b** ist zu sehen, dass Befragte, die entweder als „szenefern“ gelten oder hauptsächlich „Orte schwuler Geselligkeit“<sup>84</sup> aufsuchen, vor allem dann von bakteriellen STI betroffen sind, wenn sie ihre Sexualpartner über das Internet kennenlernen. Außer für die Syphilis liegen alle Anteile bakterieller STI in den letzten 12 Monaten in der gleichen Größenordnung wie bei Befragten, die selber Orte aufsuchen, an denen (flüchtiger) Sex stattfinden.

Befragte, die häufig Darkrooms, „Klappen“, Saunen, Pornokinos, Sexpartys oder Lederclubs aufsuchen, scheint es von untergeordneter Bedeutung zu sein, ob sie ihre Sexualpartner mehrheitlich über das Internet kennenlernen oder nicht. Sie haben im Jahr vor der Befragung sogar bakterielle STI erworben (insbesondere von Syphilis), wenn sie ihre Sexualpartner mehrheitlich an anderen Orten gefunden haben.

Im Rahmen des verwendeten Studiendesigns ist zwar nicht zu klären, ob die von STI betroffenen MSM, die ihre Sexualpartner mehrheitlich über das Internet kennengelernt haben, sich auch bei diesen Männern mit sexuell übertragbaren Erregern infiziert haben.

Dennoch liegen Hinweise vor, dass „szeneferne“ MSM mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr über Sexualpartner, die sie im Internet kennenlernen, Anschluss an Kernbereiche sexueller Interaktion finden. Hinsichtlich des Erwerbs bakterieller STI ist das Internet als hauptsächlicher „Ort“ der Anbahnung von Sexualkontakten für „szeneferne“ MSM mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr als ein Risikofaktor zu werten. Das Meiden von Klappen, *Darkrooms* etc. oder der Lederszene ist somit keine alleinige Strategie, das Risiko für den Erwerb bakterieller STI zu senken.

**Abbildung 4.39b:** Berichtete bakterielle STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach „Szenezugehörigkeit“ und der Rolle des Internets bei der Sexualpartnersuche  
 Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung (n=7.495)



<sup>84</sup> Mit „Szeneorten der Geselligkeit“ sind Lokalitäten für schwule Männer gemeint, an denen typischerweise kein Sex stattfindet. Mit Orten für schnellen Sex sind *Darkrooms*, Pornokinos, „Klappen“, Saunen und Sexparties gemeint (vgl. **Abschnitt III**).

### 8.3 Unterschiede nach Bereichen sexueller Interaktion

Die in **Abschnitt IV.5** beschriebenen Bereiche sexueller Interaktion wurden mit dem Ziel konstruiert, unterschiedliche Risiken für den STI-Erwerb abzubilden. Mithilfe unterschiedlicher Einflussgrößen – Zahl der Sexualpartner, Orte der Anbahnung von Sexualkontakten – wurde ein theoretisches Konstrukt geschaffen, das drei Bereiche mit unterschiedlicher „Dichte“ sexueller Kontakte voneinander trennt. Dem Randbereich wurde ein niedriges und dem Kernbereich das höchste Risiko für den Erwerb einer STI zugeschrieben. Anhand der vorliegenden Stichprobe kann nun die Belastbarkeit dieses Konstrukts empirisch überprüft werden.

Die Einflussgrößen, mit deren Hilfe die verschiedenen Bereiche definiert wurden, beziehen sich zeitlich auf die 12 Monate vor der Befragung. Es ist daher zu erwarten, dass die Bereiche sexueller Interaktion besonders trennscharf sind für STI, die in den letzten 12 Monaten erworben wurden.

Befragte, die dem Randbereich zugeordnet wurden, geben zu zwei Prozent an, im Jahr vor der Befragung an einer bakteriellen STI erkrankt zu sein; im Kernbereich liegt dieser Anteil bei 21 Prozent. Für jede einzelne der abgefragten bakteriellen STI liegt der Anteil im Kernbereich etwa 10-mal höher als im Randbereich.

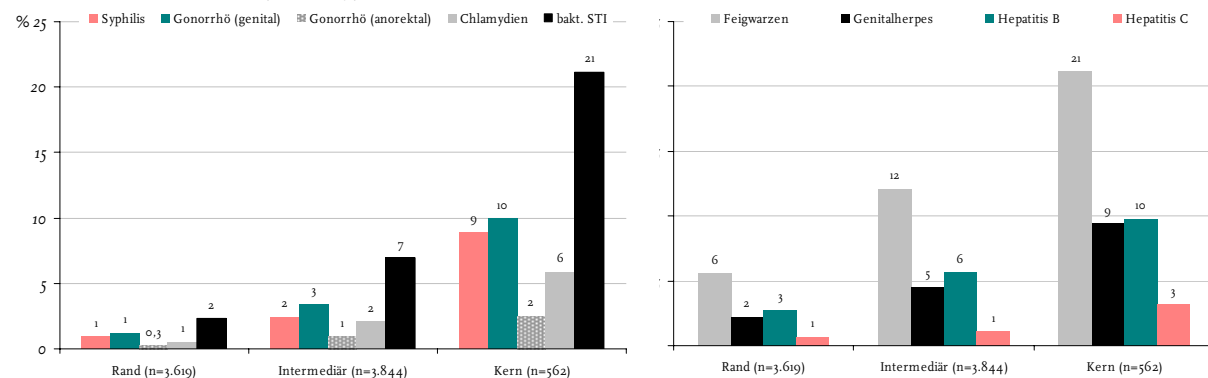
Auch für die Lebenszeitprävalenz viraler STI besteht ein entsprechender Zusammenhang. Aufgrund der abweichenden Zeiträume – Verhalten in den 12 Monaten vor der Befragung einerseits, STI im Verlauf des Lebens andererseits – sind die Bereiche sexueller Interaktion hier jedoch weniger trennscharf<sup>85</sup>. Der Anteil von Befragten mit Feigwarzen beträgt in Kernbereichen sexueller Interaktion 21 Prozent, im Randbereich hingegen sechs Prozent.

Die abgebildeten Häufigkeiten unterschiedlicher STI – getrennt nach HIV-Testergebnis – sind aufgrund der Stichprobengewinnung nicht verallgemeinerbar für als schwul identifizierte Männer und insbesondere nicht für MSM, weil es sich nicht um eine Zufallsstichprobe handelt und sexuell aktive Männer in einer Befragungsreihe mit dem Namen „Schwule Männer und AIDS“ vermutlich überrepräsentiert sind.

Verallgemeinerbar sind die Zusammenhänge, etwa zwischen STI-Häufigkeit und Zahl der Sexualpartner, oder zwischen STI-Häufigkeit und der Frequentierung bestimmter Orte, an denen es zu sexuellen Kontakten zwischen Männern kommt. Die an die KABA-STI-Studie angelehnten und hier vorgestellten Bereiche sexueller Interaktion, die beide Zusammenhänge berücksichtigen, können daher hilfreich sein für die primärpräventive Beratung oder für die Abgrenzung von Aktionsfeldern für zielgruppenspezifische Kampagnen.

**Abbildung 4.41:** Berichtete bakterielle STI in den 12 Monaten vor der Befragung (*links*) und berichtete virale STI in der Vorgeschichte (*rechts*) in unterschiedlichen Bereichen sexueller Interaktion

Basis: Gesamtstichprobe (n=8.025)



<sup>85</sup> So wurden beispielsweise MSM, die möglicherweise vor einigen Jahren sexuell sehr aktiv und viel in der Szene unterwegs waren, die viele Sexualpartner hatten und somit viele STI in der Vorgeschichte aufweisen, zum Zeitpunkt der Befragung jedoch in einer monogamen Beziehung leben, dem Randbereich zugeordnet.

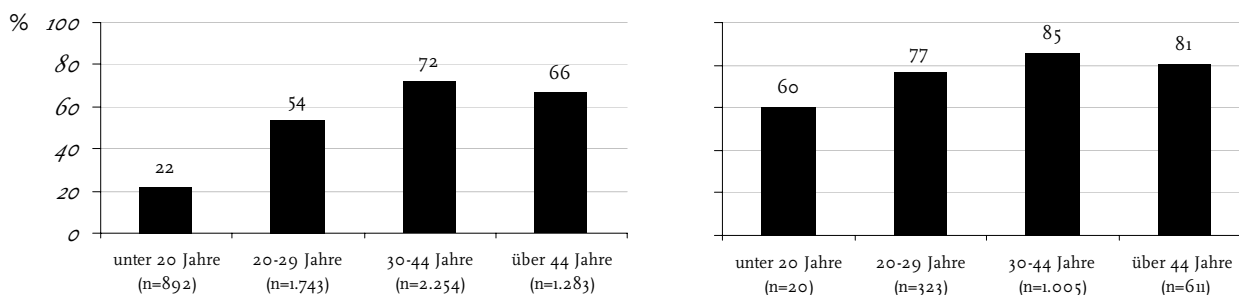


## V HIV-Antikörpertest

### 1. Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests

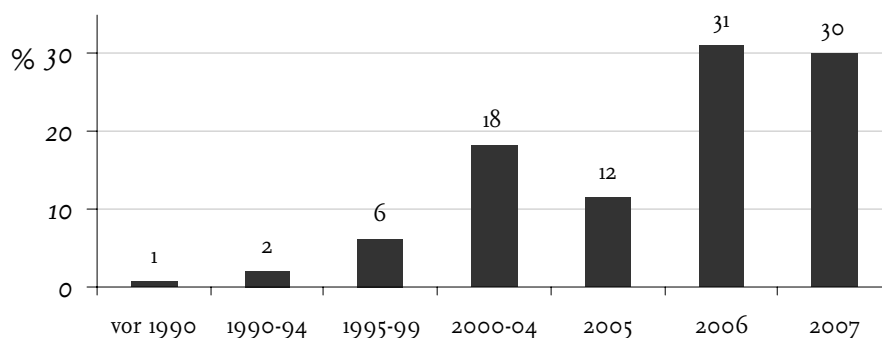
Etwas mehr als ein Drittel (36%) aller teilnehmenden MSM hat noch nie einen HIV-Test durchführen lassen. Über das Internet wurden deutlich mehr ungetestete MSM erreicht (online: 41%; offline: 18%); dies hängt mit der (in **Abschnitt II, Abbildung 2.2** dargestellten) Altersverteilung zusammen, andererseits ist dies aber auch ein Hinweis dafür, dass über das Internet mehr „szeneferne“ MSM erreicht wurden. Der Anteil von befragten MSM mit HIV-Test steigt mit zunehmendem Alter, lediglich bei den über-44-Jährigen (und insbesondere bei den über-54-Jährigen) fällt er wieder leicht ab. Dieser Zusammenhang zeigt sich im Online- wie im Offline-Sample (vgl. **Abbildung 5.1**). Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur der Anteil der auf HIV getesteten MSM, auch die Häufigkeit der durchgeführten Tests nimmt zu. Häufiger als zweimal getestet sind 24 Prozent der unter-20-jährigen, 44 Prozent der 20- bis 29-jährigen und 55 Prozent der 30- bis 44-jährigen MSM.

**Abbildung 5.1:** Anteil der Männer mit HIV-Test nach Erhebungsmedium und Altersgruppen  
*Basis links:* online Befragte (n= 6.195) *Basis rechts:* offline Befrage (n= 1.975)



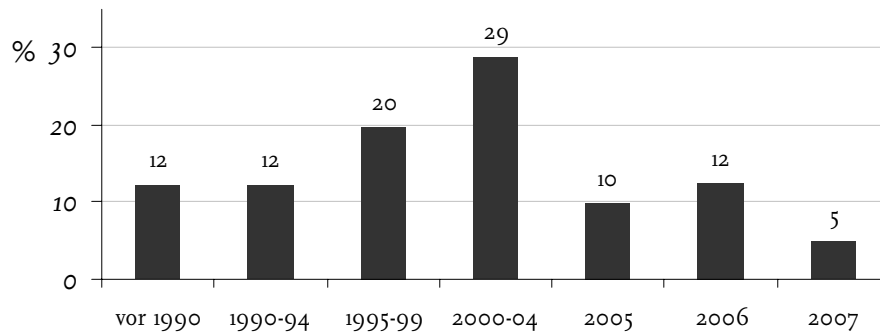
Die Mehrheit der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten (61%) hat sich zuletzt im Jahr der Befragung selbst oder im Jahr zuvor testen lassen (vgl. **Abbildung 5.2**). Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich ein bedeutsamer Anteil von MSM regelmäßig, d.h. etwa in ein- bis zweijährlichem Abstand testen lässt.

**Abbildung 5.2:** Jahr des letzten negativen HIV-Tests (2007: Januar bis Mai)  
*Basis:* zuletzt HIV-negativ Getestete (n= 4.679)



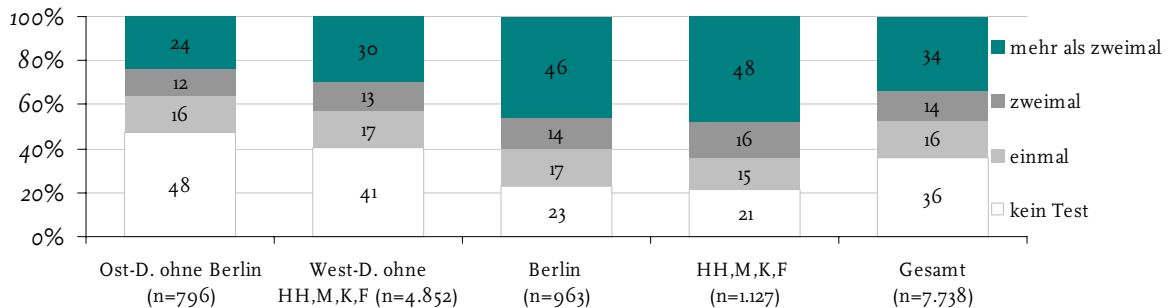
Bei HIV-positiven Befragten sind die Jahre bzw. Zeiträume des letzten HIV-Tests anders verteilt als bei zuletzt HIV-negativ Getesteten. Es wird davon ausgegangen, dass das Jahr des letzten HIV-Tests bei Positiven dem Jahr der erstmaligen HIV-Diagnose entspricht (vgl. **Abbildung 5.3**). Aus einer derart „rückblickenden“ Darstellung können keine Trends abgelesen werden, da Personen mit länger zurückliegender HIV-Diagnose allein aus methodischen Gründen in der Stichprobe unterrepräsentiert sind (z.B. durch Versterben). Die Darstellung kann daher nur die Stichprobe charakterisieren: 27 Prozent aller HIV-positiven Befragten haben ihre Diagnose seit 2005 erhalten, 56 Prozent seit dem Jahr 2000.

**Abbildung 5.3:** Jahr der HIV-Neudiagnose (2007: Januar bis Mai)  
Basis: HIV-positiv Getestete (n= 561)

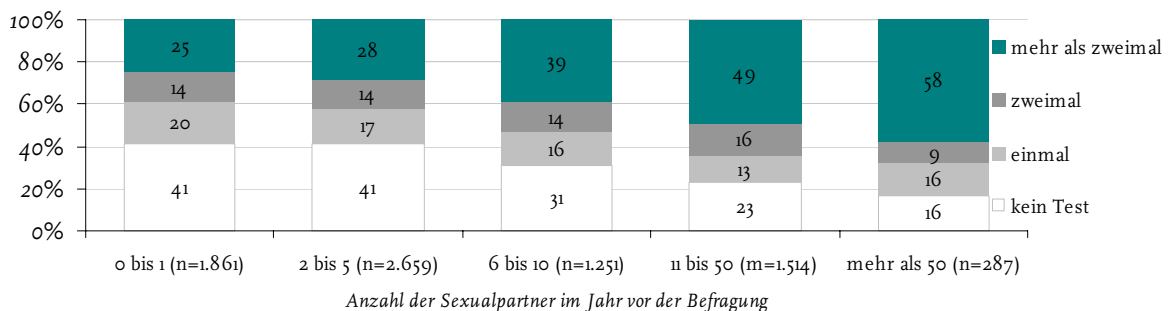


In „Schwulenmetropolen“ lebende Befragungsteilnehmer lassen sich häufiger auf HIV testen (vgl. **Abbildung 5.4**). Im Ost-West-Vergleich scheinen sich befragte MSM aus den neuen Bundesländern etwas weniger testen lassen als jene aus den alten Bundesländern. Unter Berücksichtigung des geringeren Verstärterungsgrades und der wesentlich geringeren HIV-Prävalenz in Ostdeutschland sind die Unterschiede jedoch eher als geringfügig zu bewerten und hängen vermutlich am ehesten mit der höheren Partnerzahl von MSM in Metropolen zusammen. Die Anzahl der Sexualpartner im Jahr vor der Befragung hat einen vergleichbar starken Einfluss auf das Testverhalten wie das Alter der Befragten. Vor allem MSM mit mehr als fünf Partnern weisen eine deutliche höhere Testfrequenz auf (vgl. **Abbildung 5.5**).

**Abbildung 5.4:** HIV-Testverhalten nach ausgewählten Regionen  
Basis: Gesamtstichprobe (n=7.738)



**Abbildung 5.5:** Testverhalten und Zahl der Sexualpartner im Jahr vor der Befragung  
Basis: zuletzt HIV-negative und ungetestete Befragte (n=7.078)

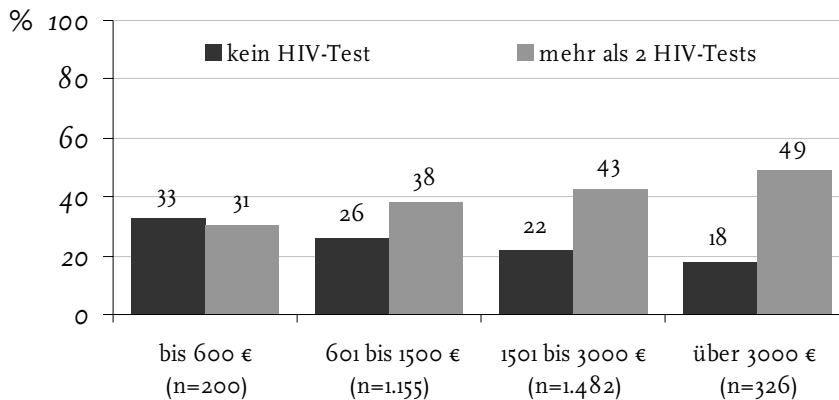


Anders als in früheren Erhebungswellen ist ein Zusammenhang zwischen Testverhalten und sozialer Schicht erkennbar (im Verlauf der Erhebungswellen besitzt SMA-2007 aufgrund der höheren Beteiligung eine höhere statistische Aussagekraft (*Power*), wodurch schwächere Zusammenhänge besser sichtbar werden können. Außerdem ist die Streuung der sozialen Schichten seit Hinzunahme des Internets für die Stichprobenbildung stärker ausgeprägt). Erstmals wurde auch das Netto-Einkommen abgefragt, wodurch die Berechnung eines sozioökonomischen Status (der sich aus Bildung, beruflicher Position und Einkommen zusammensetzt) überhaupt erst möglich wurde.

In jeder untersuchten Altersgruppe sinkt der Anteil der Ungetesteten mit steigendem Bildungsgrad und steigendem Sozioökonomischen Status (SES). Entsprechend nimmt der Anteil der mehrfach Getesteten mit steigendem SES zu. Bemerkenswerterweise ist in beiden Fällen der Zusammenhang mit dem Netto-Einkommen stärker ausgeprägt als mit dem höchsten erreichten (Aus)Bildungsabschluss. In multiplen Regressionsanalysen erweist sich das Netto-Einkommen als ein von Lebensalter und Partnerzahl unabhängiger Einflussfaktor für die Häufigkeit durchgeführter HIV-Tests. Hierdurch wird erneut die Notwendigkeit niedrigschwelliger Testangebote deutlich – niedrigschwellig auch und vor allem in finanzieller Hinsicht.

Der Zusammenhang zwischen Netto-Einkommen und Testverhalten ist exemplarisch für die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen dargestellt.

**Abbildung 5.6:** Testverhalten und Netto-Einkommen  
Basis: Befragte zwischen 30 und 44 Jahren



## 2. Testergebnisse und regionale Verteilung /Wohnortgröße

Der Anteil positiv getesteter Befragungsteilnehmer liegt bei 6,9 Prozent aller Befragten (vgl. **Tabelle 5.1**) und ähnelt damit den Ergebnissen vergleichbarer Studien (z.B. SMA 2003: 8,2%; KABA-STI 2006: 6,6%<sup>86</sup>) oder der größten MSM-Befragung in Deutschland durch den Portalbetreiber GayRomeo (SexCheck2006: 6%). Vereinfachend sprechen wir im Folgenden von HIV-Prävalenz, da der Anteil nach eigenen Angaben positiv getesteter MSM der beste Prävalenzschätzer ist, der in Befragungsstudien möglich ist. Insbesondere die „Schwulenmetropolen“ Berlin, sowie Hamburg, München, Köln und Frankfurt am Main weisen bei MSM hohe HIV-Prävalenzen auf.

**Tabelle 5.1:** HIV-Serostatus nach ausgewählten Regionen  
(Ost: neue Bundesländer ohne Berlin; West: alte Bundesländer ohne HH, M, K, F)

	Ost	West	Berlin	HH,M,K,F	gesamt
<b>positiv</b>	4,0	4,6	15,9	10,7	6,9
<b>negativ</b>	48,6	55,5	62,3	68,9	57,6
<b>ungestestet</b>	47,4	39,9	21,8	20,4	35,4
<b>gesamt</b>	100,0 (800)	100,0 (4.931)	100,0 (1.007)	100,0 (1.176)	100,0 (7.914)

Wie schon in früheren Erhebungen zeigt sich auch 2007, dass Besucher der Lederszene (18%) und Besucher von Orten für anonymen/flüchtigen Sex (12%) eine vergleichsweise hohe HIV-Prävalenz aufweisen. Demgegenüber unterscheiden sich „szeneferne“ MSM (5%) kaum von regelmäßigen Besuchern von Cafés, Bars, Diskotheken (6%)<sup>87</sup>.

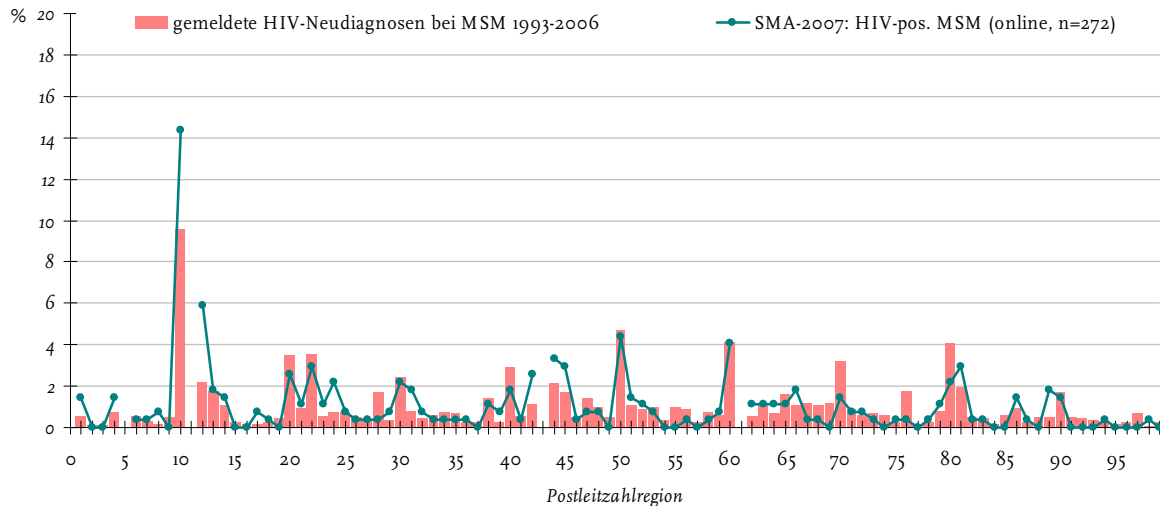
<sup>86</sup> KABA-STI-Internet-Sample ohne Barebacking-Portale: 6,6%; mit Barebacking-Portalen: 12%. KABA-STI-Vor-Ort-Arm (Community Sample Berlin) mit serologischer Testung: 6,3%. All diese Studien sind nicht repräsentativ für MSM und überschätzen insbesondere den Anteil HIV-positiv getesteter MSM.

<sup>87</sup> „Orte schwuler Geselligkeit“, in denen in aller Regel kein flüchtiger Sex stattfindet; vgl. **Abschnitt III.4**

Die unterschiedlichen HIV-Prävalenzen in den verschiedenen subkulturellen Orten entsprechen den berichteten Häufigkeiten (inzidenter) bakterieller STI (vgl. **Abbildung 4.39a**).

**Abbildung 5.7** zeigt einerseits die regionale Verteilung (Postleitzahlregionen) der kumulierten an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeten HIV-Neudiagnosen bei MSM<sup>88</sup> in den Jahren 1993 bis 2006, andererseits des Wohnorte HIV-positiver über das Internet befragter MSM<sup>89</sup>. Die Neudiagnosen des RKI konzentrieren sich auf die Postleitzahlregionen, in denen eine besonders hohe Anzahl HIV-positiver online Befragter leben; dies sind vor allem Berlin (Postleitzahlregion 10, 12, 13 und 14)<sup>90</sup> die Großstädte Köln (50), Frankfurt am Main (60), München (80, 81), Hamburg (20, 21, 22), Stuttgart (70), Düsseldorf (40) sowie das Ruhrgebiet (44,45).

**Abbildung 5.7:** Regionale Verteilung ans RKI gemeldeter HIV-Neudiagnosen und HIV-positiver online Befragter



### 3. HIV-Infektion und Sozioökonomischer Status

Der Zusammenhang zwischen HIV-Infektion und dem sozioökonomischen Status (SES)<sup>91</sup> der Befragten ist in **Abbildung 5.8** dargestellt. Da der sozioökonomische Status aufgrund höherer Einkommen mit dem Lebensalter häufig ansteigt, wurde eine nach Altersgruppen stratifizierte Darstellung gewählt. In allen gewählten Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der HIV-Positiven an den Getesteten negativ mit dem sozioökonomischen Status korreliert ist, d.h. die unteren sozialen Schichten sehr viel stärker von HIV betroffen sind. In jeder Altersgruppe ist der Anteil Positiver in der untersten sozialen Schicht (SES I) mindestens doppelt so hoch wie in der höchsten sozialen Schicht (SES IV). Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

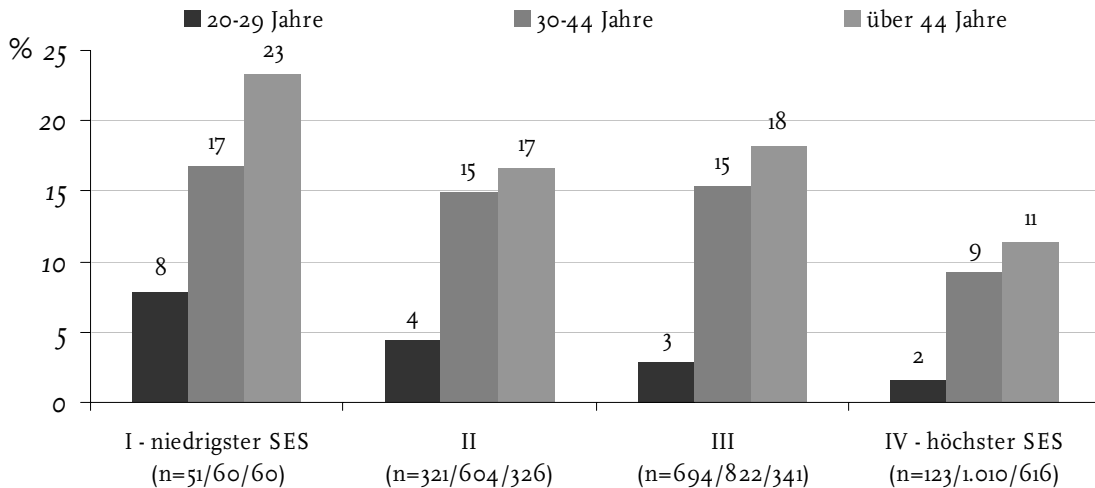
<sup>88</sup> RKI, 2007, interne Mitteilung: kumulative HIV-Neudiagnosen 1993-2006 (MSM)

<sup>89</sup> Für diesen Vergleich wurden nur *online* Befragte berücksichtigt, da die regionale Verteilung *offline* Befragter von den ausgewählten Printmedien abhängt.

<sup>90</sup> Die in Klammern angegebenen Zahlen stellen die ersten zwei Stellen der Postleitzahl des Wohnorts der Befragten dar.

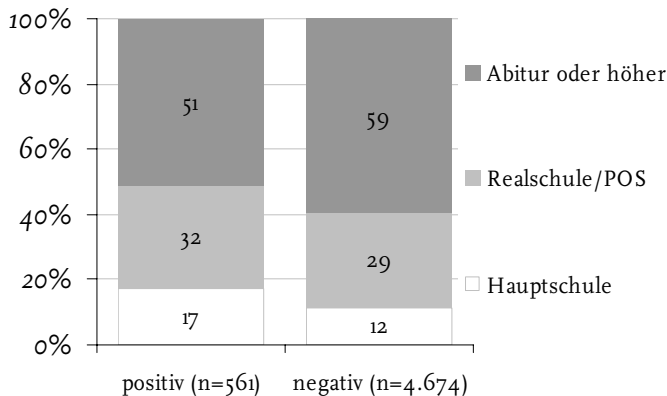
<sup>91</sup> Zur Erläuterung des sozioökonomischen Status siehe Abschnitt II.1.

**Abbildung 5.8:** Anteil HIV-Positiver an den Getesteten nach Sozioökonomischem Status (Kategorie I bis IV) in unterschiedlichen Altersgruppen (n=5.028)



Die Schichtzugehörigkeit wurde maßgeblich durch den Rekurs auf den höchsten erreichten (Aus)Bildungsabschluss bestimmt. Wird die eben eingenommene Perspektive für der Darstellung des Zusammenhangs zwischen Bildung und HIV-Serostatus umgekehrt, zeigt sich, dass HIV-Positive mehr niedrige (Aus)Bildungsabschlüsse aufweisen als zuletzt HIV-negativ Getestete (vgl. **Abbildung 5.9**). Dies kann ebenfalls in allen Altersgruppen festgestellt werden.

**Abbildung 5.9:** Zusammenhang zwischen höchstem erreichtem (Aus)Bildungsabschluss und HIV-Serostatus; Basis: Befragte mit HIV-Test (n=5.235)



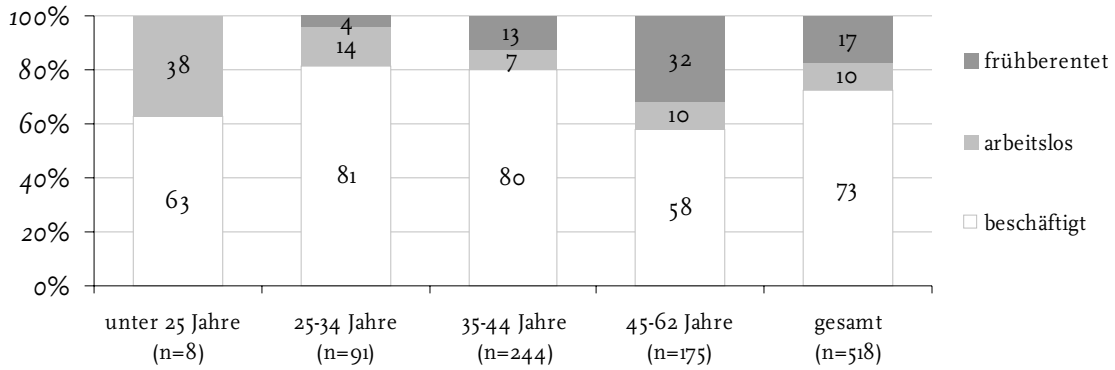
Wird der Zusammenhang zwischen HIV-Serostatus und Berufstätigkeit betrachtet, kann festgestellt werden, dass HIV-positive MSM in allen Altersgruppen zu einem höheren Anteil arbeitslos oder frühberentet<sup>92</sup> sind (vgl. **Abbildung 5.10**). In den jüngeren Altersgruppen sind leicht höhere Arbeitslosenraten zu verzeichnen, die höheren Altersgruppen weisen deutlich höhere Anteile an Frühberentungen auf.

Dies bedeutet, dass trotz der verbesserten Therapiemöglichkeiten ein hoher Anteil von HIV-positiven bzw. an AIDS erkrankten Männern nicht mehr arbeitsfähig ist oder keine Arbeit findet. Dies hängt mit Sicherheit nach wie vor mit den gesundheitlichen Einschränkungen HIV-infizierter Menschen zusammen; ob nun durch die Infektion selbst hervorgerufen, ob in Form von zum Teil nicht unerheblichen Nebenwirkungen der Medikamente, aufgrund psychischer Belastung oder – im Falle der Arbeitslosigkeit – aufgrund von Stigmatisierung und Benachteiligung HIV-positiver (und schwuler) Männer am Arbeitsplatz. Die Abbildung zeigt auch, dass in der Altersgruppe der über 44-jährigen positiv Gestesteter ein hoher Anteil frühberenteter MSM zu finden ist. Dahinter verbirgt sich einerseits eine potentiell längere Krankheitsdauer, andererseits mögli-

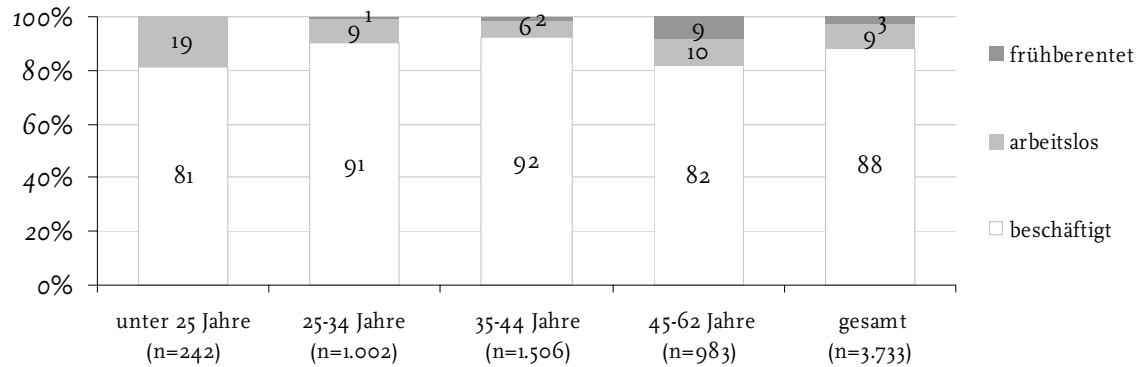
<sup>92</sup> Mit dem Begriff *Frühberentung* werden – juristisch ungenau – alle Formen des vorgezogenen Übergangs in die Erwerbslosigkeit bezeichnet, die zu einer Rentenzahlung führen. Im Jahr 2004 lag das durchschnittliche Rentenalter bei Männern bei 63 Jahren (vgl. Roloff 2004).

cherweise ein Wechsel in der Frühberentungspolitik: Dass sich das Verhältnis von arbeitslosen und frühberenteten MSM in den älteren Altersgruppen umkehrt, kann als Indiz gewertet werden, dass die alte „Praxis“ der „automatischen“ Frühberentung aufgrund der HIV-Infektion längst nicht mehr üblich ist. Es bleibt jedoch hervorzuheben, dass auch in der Altersgruppe der 35- bis 44-jährigen Positiven bereits 13 Prozent nicht mehr erwerbsfähig sind.

**Abbildung 5.10:** Beschäftigungsstatus nach Alter  
Basis: HIV-positiv Getestete vor dem durchschnittlichen Rentenalter, (n=518)

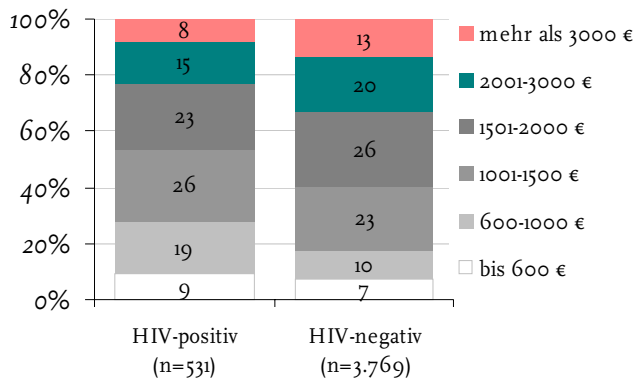


Basis: zuletzt HIV-negativ Getestete vor dem durchschnittlichen Rentenalter (n=3.733)



Der Beschäftigungsstatus hat Auswirkungen auf das Einkommen der Befragten. Dabei fällt ein gewisser Unterschied beim Netto-Einkommen von positiv und negativ getesteten Befragten auf. Selbst wenn Schüler, Auszubildende und Studenten – die über ein eher geringes Einkommen verfügen – aus der Analyse ausgeschlossen werden, zeigt sich, dass 54 Prozent der HIV-Positiven über ein eher geringes Einkommen verfügen (bis 1.500 €), während dieser Anteil bei den zuletzt HIV-negativ Getesteten nur 40 Prozent beträgt (vgl. **Abbildung 5.11**).

**Abbildung 5.11:** HIV-Serostatus und Nettoeinkommen; Basis: Befragte mit HIV-Test, die Angaben zu ihrem Netto-Einkommen gemacht haben<sup>93</sup> (ohne Schüler, Auszubildende und Studenten, n=4.300)



<sup>93</sup> 3% der Befragten haben keine Angabe zu ihrem Einkommen gemacht. Dieser Anteil erscheint uns sehr gering vor dem Hintergrund der verbreiteten Annahme, dass Fragen nach dem Einkommen als indiskret empfunden und deshalb häufig nicht beantwortet würden.

#### 4. Gründe für eine Teilnahme am HIV-Antikörpertest

Die große Mehrheit der Getesteten (78%) hat den letzten HIV-Antikörpertest aus eigener Initiative durchführen lassen, bei elf Prozent gab der behandelnde Arzt den Anstoß. Sechs Prozent ließen den Test auf Wunsch des festen Partners durchführen; bei vier Prozent verlangte der Arbeitgeber oder eine Versicherungsgesellschaft einen HIV-Antikörpertest, zwei Prozent wurden ohne ihr Wissen getestet.

Werden die einzelnen Motive für den Test betrachtet, zeigt sich, dass wie in den vorangegangenen Befragungen mit 73 Prozent der Wunsch, Kenntnis über den eigenen Serostatus zu erlangen, am häufigsten genannt wird (1996: 78%, 1999: 74%, 2003: 75%).

Das Motiv, als Voraussetzung für den Kondomverzicht innerhalb der festen Partnerschaft einen konkordant negativen HIV-Serostatus festzustellen (*Negotiated Safety*), wird von 25 Prozent der Getesteten mitgeteilt (1996: 27%, 1999: 28%, 2003: 32%).

Im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Motiven verringert sich die relative Bedeutung der als risikoreich wahrgenommenen Sexualkontakte als Motiv für den letzten Test: 2007 nennen 22 Prozent einen oder mehrere „Risikokontakt(e)“, während dies 2003 noch 34 Prozent waren (1996 und 1999: 30%). Die Abnahme der Anteile dieses Testgrundes über die Vergleichszeiträume hinweg (vgl. auch **Abschnitt X.3**) könnten ein Hinweis darauf sein, dass mittlerweile weniger die Wahrnehmung eines rezenten Risikos für die Durchführung eines HIV-Antikörpertests ausschlaggebend ist, sondern sich eher ein routinisiertes – von der akuten Risikowahrnehmung sich zunehmend entkoppelndes – Testverhalten durchsetzt.

Zwölf Prozent der Getesteten wollten die Möglichkeit haben, sich frühzeitig behandeln zu lassen und haben sich deshalb einem HIV-Antikörpertest unterzogen. Wegen Krankheitszeichen, die auf eine HIV-Infektion hinweisen könnten, haben sich acht Prozent der befragten MSM testen lassen. Der Wunsch, den frühzeitigen Ausbruch der Krankheit zu verhindern, geben fünf Prozent der Befragten als Testgrund an. Die Anteile dieser Gründe sind im Zeitverlauf konstant.

*Negotiated Safety* ist als Motiv für den HIV-Test vor allem bei jüngeren Befragten verbreitet: Während 34 Prozent der unter 20-Jährigen sich testen ließen, um mit dem festen Freund auf Kondome zu verzichten, geben dies 31 Prozent der 20- bis 29-Jährigen, dagegen 24 Prozent der 30- bis 44-Jährigen und 19 Prozent der über 44-Jährigen an.

#### 5. Thematisierung des Testergebnisses

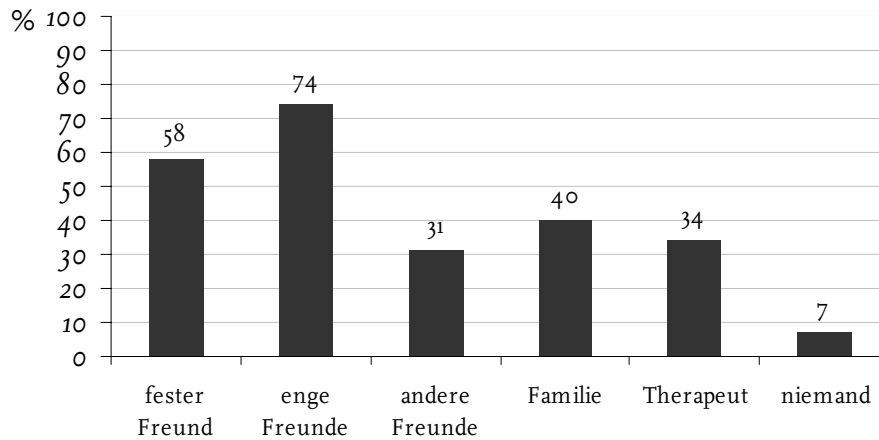
Getestete MSM wurden gefragt, mit wem sie über ihr HIV-Testergebnis gesprochen haben. Die Frage zielte darauf ab, welchen Personen eine Relevanz bei der Verarbeitung dieses psychisch belastenden Ereignisses zugesprochen wird (die Kommunikation über den Serostatus als Bestandteil des präventiven Verhaltens wird hingegen in **Abschnitt VI** thematisiert).

Die meisten der positiv getesteten Befragten haben mit den engsten Freunden (74%), bzw. dem festen Partner, so vorhanden, (58%) über das Testergebnis gesprochen. Familienmitglieder und andere Freunde wurden hingegen seltener einbezogen. 34 Prozent haben sich therapeutisch beraten lassen.

Sieben Prozent haben mitgeteilt, mit niemandem über das positive Testergebnis gesprochen zu haben. Diese De-Thematisierung im näheren sozialen Umfeld ist gravierend. Da die Gruppe nur 37 Personen umfasst, ist eine nähere Charakterisierung dieser Männer nicht möglich.

Die Thematisierung des Testergebnisses hängt auch davon ab, wie offen Homosexualität gelebt wird: 21 Prozent der eher verdeckt, aber nur vier Prozent der offen schwul lebenden<sup>94</sup> positiv getesteten MSM haben mit niemandem über ihr Testergebnis gesprochen.

**Abbildung 5.12:** Mit wem über Testergebnis gesprochen (Mehrfachnennungen möglich)  
Basis: positiv Gestestete (n=561)



## 6. Gründe gegen die Durchführung eines HIV-Antikörpertests

Etwas mehr als ein Drittel (36%) der Befragten ist ungetestet: die meisten deshalb, weil sie sich nicht für gefährdet halten (71%). Diese Einschätzung dürfte bei vielen Befragten zutreffen, da in der Gruppe der Ungetesteten Männer mit wenigen Partnern überrepräsentiert sind; 76 Prozent geben an, im Jahr vor der Befragung bis zu fünf Sexualpartner gehabt zu haben; in der Gesamtstichprobe beträgt dieser Anteil 59 Prozent. Auch Analverkehr wird in dieser Gruppe etwas seltener praktiziert (80% vs. 88% in der Gesamtstichprobe).

Der zweithäufigste Grund, sich nicht testen zu lassen, ist die Angst vor einem positiven Testergebnis. Diesen Grund haben 25 Prozent der Ungetesteten genannt. Der Anteil derer, die aus Angst vor einem positiven Ergebnis keinen HIV-Test durchführen, war zwischen 1996 und 2003 deutlich rückläufig (1996: 39%, 1999: 29%, 2003: 19%). Dies kann plausibel mit den seitdem deutlich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten erklärt werden. Der im Vergleich zu 2003 höhere Anteil hängt möglicherweise eher mit der veränderten Stichprobe zusammen; allerdings sind weder die höheren Anteile von jüngeren noch von „szenefernen“ MSM in der Stichprobe von 2007 hierfür verantwortlich.

Acht Prozent der Befragten haben sich nicht testen lassen, weil sie Zweifel an der Wahrung ihrer Anonymität hegten (1996 und 1999: 3%, 2003: 4%). Dieser Anstieg hängt zum Teil mit der Zunahme von Befragten aus den unteren Bildungsschichten zusammen, die zu einem höheren Anteil diese Befürchtung äußern. Sechs Prozent befürchteten, dass ein positives Testergebnis gegen sie verwendet werden, also soziale und berufliche Nachteile mit sich bringen könnte (1996 und 1999: 3%, 2003: 2%).

Der Anteil der Männer, die durch eine Test-Beratung davon abgehalten wurden, sich testen zu lassen, liegt bei vier Prozent; im Vergleichszeitraum davor (1996 bis 2003) lag dieser Prozentsatz auf einem annähernd gleichen Niveau.

Dass die Medizin bei einem positiven Testergebnis keine wirksame Behandlung bieten kann, war 1996 noch für zehn Prozent der Befragten ein Grund, sich nicht testen zu lassen; dieses Motiv wurde 1999 noch von vier Prozent und 2003 sowie 2007 von zwei Prozent genannt. Der Rückgang dieser Anteile ist mit Sicherheit auf die verbesserten Therapiemöglichkeiten zurückzuführen.

<sup>94</sup> Als „verdeckt schwul lebend“ werden MSM definiert, die selbst ihrem engeren heterosexuellen Freundeskreis gegenüber ihre Homosexualität verschweigen.



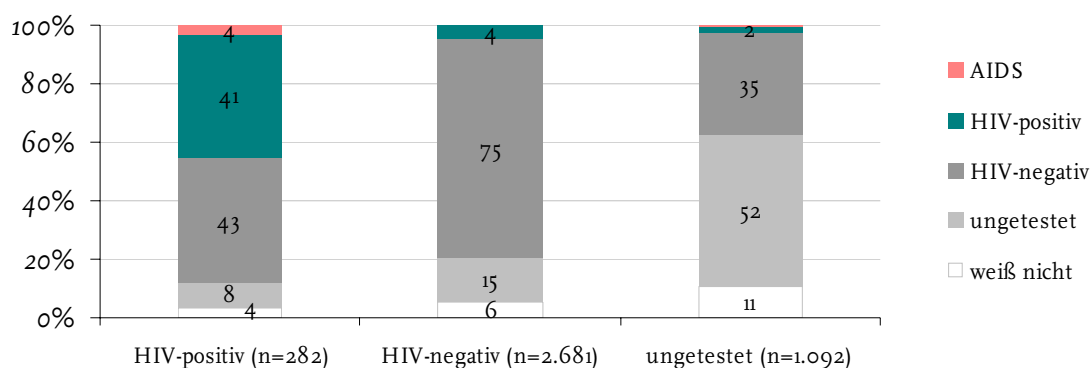
## VI HIV-Serostatus, Serosorting und Serocommunication

### 1. HIV-Serostatus in festen Partnerschaften

Wie bereits erwähnt, findet ein Großteil der dokumentierten Risikokontakte innerhalb fester Partnerschaften statt. Vor diesem Hintergrund wurde 1999 zum ersten Mal nach dem HIV-Serostatus des festen Freundes gefragt. Dies kann Aufschluss darüber geben, ob übereinstimmende (serokonkordante) oder nicht übereinstimmende (serodiskordante) Testergebnisse in der Partnerschaft zur Sprache kamen. Nur ein Prozent der Befragten in festen Partnerschaften haben keine Angaben zur Testinanspruchnahme bzw. zum Serostatus des festen Freundes gemacht. 25 Prozent der Befragten geben an, ihr fester Partner habe keinen HIV-Antikörpertest durchführen lassen (zum Vergleich: 36 Prozent aller Befragten sind ungetestet), sieben Prozent wissen nicht, ob ihr Partner bereits einen HIV-Test hat durchführen lassen bzw. mit welchem Ergebnis. Dies bedeutet einerseits, dass 93 Prozent der entsprechenden Befragungsteilnehmer sich innerhalb ihrer Partnerschaft über ihr letztes HIV-Testergebnis austauschen – Kommunikation über das Thema HIV somit in fast allen mann-männlichen Partnerschaften stattfindet. Andererseits bedeutet es auch, dass etwa ein Drittel (31%) der Befragten, die in einer festen Partnerschaft leben, nicht über den Serostatus ihres Partners informiert ist. Insgesamt gesehen fehlt also vielen der in fester Partnerschaft lebenden MSM eine wichtige Information, die ihnen bei der Vermeidung einer HIV-Infektion helfen könnte.

HIV-positive, HIV-negative und ungetestete Befragte unterscheiden sich erheblich hinsichtlich des Serostatus ihres festen Partners. Dabei scheint eine Art Kongruenzprinzip zu gelten: Positive haben vor allem positive, Negative vor allem negative, und Ungetestete vor allem ungetestete Partner. Dies ist jeweils *unabhängig* von der betrachteten Altersgruppe. Bei 43 Prozent der HIV-positiven MSM in gegenwärtig fester Partnerschaft ist der Partner ebenfalls HIV-positiv, 75 Prozent der Partner zuletzt HIV-negativ getesteter MSM sind ebenfalls zuletzt HIV-negativ getestet, und 52 Prozent der ungetesteten MSM in gegenwärtig fester Partnerschaft haben einen Partner, der ebenfalls ungetestet ist (vgl. **Abbildung 6.1**). Diese Ergebnisse ähneln auffallend denen vergleichbarer Befragungen<sup>95</sup> und scheinen somit weitgehend verallgemeinerbar zu sein.

**Abbildung 6.1:** HIV-Serostatus beim festen Freund in Abhängigkeit vom eigenem HIV-Serostatus  
Basis: Befragte in gegenwärtig fester Partnerschaft)



Dieses „Kongruenzprinzip“ mag bedeuten, dass bei der Wahl des festen Partners – geplant oder ungeplant – bereits nach dem Kriterium des HIV-Serostatus „sortiert“ wird. An dieser Stelle kann und soll nicht darauf eingegangen werden, inwiefern dies auf primär oder sekundär unterschiedliche Lebensstile, Lebenslagen oder auch auf positive oder negative Diskriminierung zurückzuführen ist oder nicht. Weil aber in festen Partnerschaften Kondome nur selten durch-

<sup>95</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 77

gängig verwendet werden (nach einem halben Jahr Dauer der Partnerschaft werden Kondome beim Analverkehr von etwa einem Viertel der Paare noch regelmäßig benutzt), halten wir es für nützlich, den aus dem Englischen übernommenen Begriff des *Serosorting*<sup>96</sup> – die Auswahl des Sexualpartners nach HIV-Serostatus zur Minimierung des Übertragungsrisikos, insbesondere bei gleichzeitigem Kondomverzicht – auch auf feste Partnerschaften anzuwenden. Diese begriffliche Ausweitung ist für uns für das Verständnis dieser risikominimierenden Strategie konstitutiv. Wenn im Folgenden von *Serosorting* die Rede ist, ist damit die Wahl von Sexualpartnern mit gleichen Serostatus gemeint, mit dem Ziel des Kondomverzichts, aber unabhängig davon, ob es sich dabei um eine feste, offene, flüchtige oder sonstige Form der „Partnerschaft“ handelt.

Der Anteil derer, die über das HIV-Testverhalten bzw. den Serostatus ihres festen Partners informiert sind, ist bei MSM, die bereits auf HIV getestet sind, sehr viel höher als bei ungetesteten Männern. 15 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten geben an, ihr Partner sei ungetestet, sechs Prozent wissen nicht, ob ihr Partner bereits einen HIV-Test durchgeführt hat (bzw. mit welchem Ergebnis). 2003 lagen diese Anteile noch bei 19 bzw. acht Prozent. Dies bedeutet auch, dass 94 Prozent aller HIV-negativen MSM mit ihrem Partner über dessen HIV-Serostatus gesprochen haben, dies wird mit dem (im Vergleich zu *Serosorting* weniger gebräuchlichen) Begriff der Serostatus-Kommunikation (*Serocommunication*) bezeichnet.

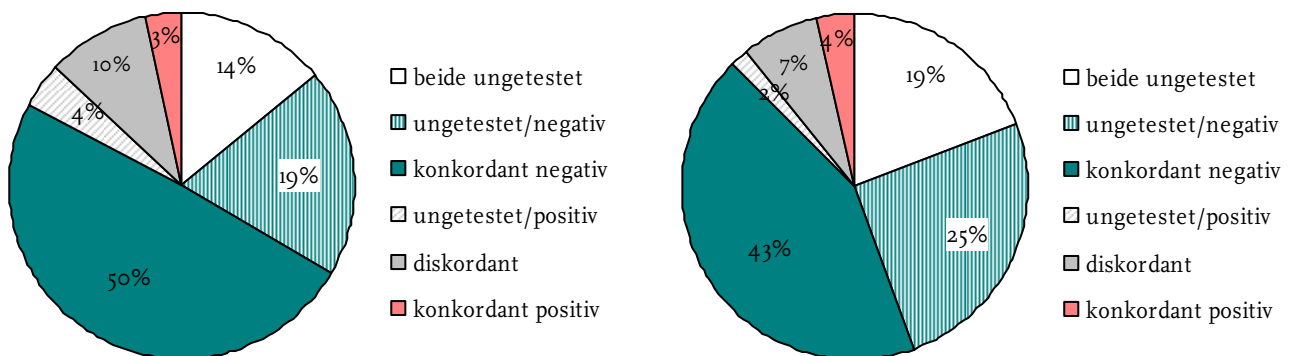
**Abbildung 6.2** stellt denselben Sachverhalt – gleicher und unterschiedlicher Serostatus innerhalb fester Partnerschaften – als Verteilung der Paarkonstellation dar: In der aktuellen Befragung sind bei 50 Prozent der Paare beide Partner HIV-negativ getestet (2003: 43%; 1999: 42%). Konkordant HIV-positiv sind drei Prozent der Paare (2003: 4%; 1999: 4%). Bei 14 Prozent aller Paare sind beide Partner ungetestet (2003: 19%; 1999: 17%).

Die schraffierten Flächen in den beiden Kreisdiagrammen markieren den Anteil derjenigen Partnerschaften, in denen ein Partner zwar seinen eigenen Serostatus, nicht aber den seines Partners kennt oder umgekehrt. Werden die Konstellationen „ungetestet/positiv“ und „ungetestet/negativ“ zusammengezählt, ergibt sich ein Anteil von 23 Prozent aller Befragten in fester Partnerschaft, in der einer von beiden (aber nicht beide) ungetestet ist (2003: 27%, 1999: 29%).

All diese Verschiebungen deuten auf eine zunehmende Durchtestungsrate bei MSM in fester Partnerschaft hin. Da 2007 mehr jüngere und metropolen- bzw. szeneferne MSM erreicht werden konnten als 2003 oder gar 1999, und da jeder dieser drei Aspekte – junges Alter, kleinstädtisches oder ländliches Lebensumfeld, geringer Kontakt zur Schwulenszene – als eher *hemmende* Bedingungen für die Durchführung eines HIV-Tests gelten können, gehen wir davon aus, dass diese Veränderung der Verteilungsmuster in den jeweiligen Stichproben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine real stattfindende Veränderung abbildet. Trotz zunehmender Durchtestungsrate bei MSM gibt ein Anteil von 37 Prozent der Partnerschaften, in denen *mindestens* einer der beiden Partner nicht auf HIV getestet ist, dazu Anlass, auch MSM in fester Partnerschaften stärker als bisher zur Durchführung eines HIV-Tests zu ermutigen.

<sup>96</sup> Wir haben uns entschieden, den englischen Begriff „*Serosorting*“ aufgrund seiner Eingängigkeit zu übernehmen. Deutsche Übersetzungen sind hierfür bislang ungebräuchlich bzw. muten teilweise sperrig an: „Sero-Sortieren“ oder „Serostatus-basierte Sexualpartnerwahl“ haben uns als deutsche Begriffe für diesen Diskurs nicht überzeugt.

**Abbildung 6.2:** HIV-Serostatus in festen Partnerschaften.  
Basis: Befragte in gegenwärtig fester Partnerschaft (n=4.066)  
links: 2007 rechts: 2003



Wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Mehrheit der ungetesteten Befragten um MSM mit HIV-negativem Serostatus handelt, können Partnerschaften, bei denen der zuletzt bekannte Serostatus des einen Partners negativ und der des anderen unbekannt ist, als überwiegend konkordant negativ gelten (senkrechte Schraffur)<sup>97</sup>.

Bei Paaren, bei denen der Serostatus des einen Partners positiv und der des anderen unbekannt ist (graue, vertikale Schraffur), ist diese Einschätzung schwieriger. Je nach Länge dieser Partnerschaft und der Durchgängigkeit der Kondomverwendung gibt es Gründe zu der Annahme, dass sich der ungetestete Partner längst infiziert haben könnte und Paare mit dieser Konstellation somit als konkordant positiv zu gelten hätten. Aber auch für die gegenteilige Annahme gibt es ein plausibles Argument: Ein HIV-positiver Mann mit einem ungetesteten Partner könnte eine hohe Motivation haben, seinen Partner vor einer möglichen Infektion zu schützen.

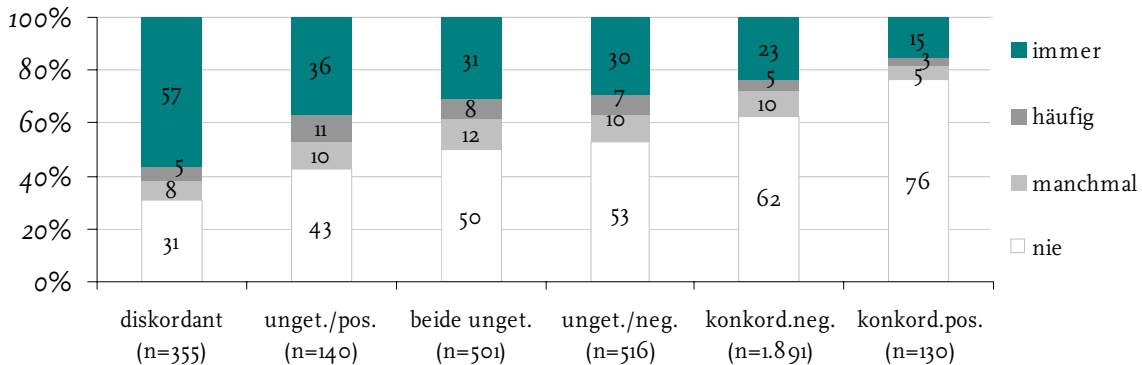
Bei den SMA-Befragungen ist es weder vorgesehen noch möglich, Befragungsteilnehmer bzw. ihre Sexualpartner auf HIV-Antikörper zu testen und somit die *tatsächliche* Serostatus-Verteilung zu bestimmen. Um dennoch eine näherungsweise Einschätzung zu erhalten, können Rückschlüsse aus den Angaben der Befragten zu ihrem Safer-Sex-Verhalten gezogen werden dahingehend, welchen HIV-Serostatus sie ihrem ungetesteten Partner unterstellen: **Abbildung 6.3** bildet die Durchgängigkeit der Kondomverwendung für unterschiedliche Verteilungen des Serostatus in festen Partnerschaften ab.

Dabei zeigt sich, dass das Muster der Kondomverwendung bei ungetestet/positiv-Paaren (43% benutzen beim Analverkehr nie Kondome) eher dem Muster bei serodiskordant getesteten Paaren (31 Prozent benutzen beim Analverkehr nie Kondome) ähnelt als demjenigen bei konkordant positiv getesteten Paaren (76 Prozent benutzen beim Analverkehr nie Kondome). Das legt nahe, dass die Mehrheit der ungetestet/positiv-Paare davon ausgeht, dass der ungetestete Partner noch *nicht* infiziert ist.

Auch die eingangs formulierte Annahme, dass die Mehrheit der ungetestet/negativ-Paare sich eher als konkordant negativ getestet betrachtet denn als potentiell diskordant, wird durch die Kondomverwendungsmuster in diesen Partnerschaften gestützt.

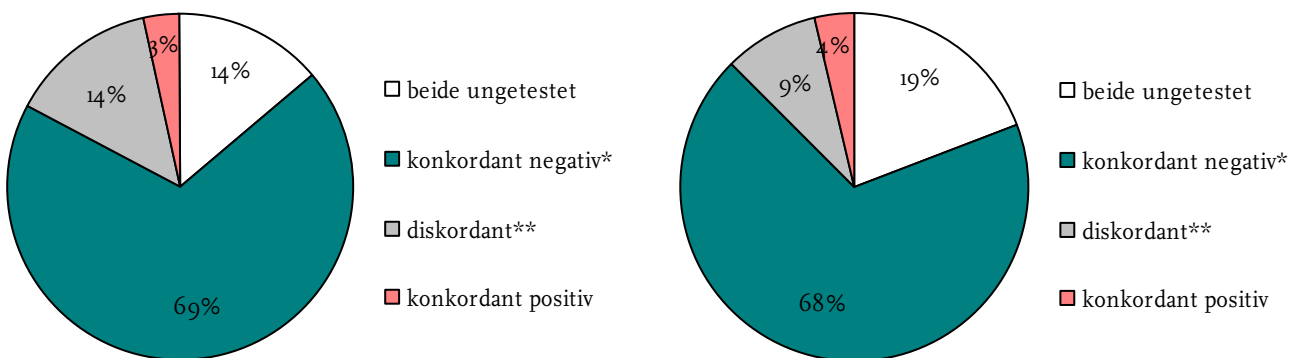
<sup>97</sup> In der vorliegenden Stichprobe sind 10% aller jemals auf HIV getesteten Befragten HIV-positiv. 43% aller ungetesteten, aber nur 2% aller HIV-positiven Befragten sind jünger als 25 Jahre. Wir legen daher die vorsichtige Annahme zugrunde, dass der Anteil der tatsächlich HIV-negativen Befragten unter den Ungetesteten (die nicht in fester Partnerschaft mit einem HIV-positiven Mann leben) in jedem Fall über 90%, eher sogar über 95% liegen dürfte.

**Abbildung 6.3:** Kondomverwendung mit dem festen Partner in Abhängigkeit von der Serostatus-Verteilung  
Basis: Befragte in gegenwärtig fester Partnerschaft



Aus den so hergeleiteten Annahmen ergeben sich die in **Abbildung 6.4** dargestellten Partnerschaftsmuster. Dabei zeigt sich, dass trotz einer insgesamt höheren Durchtestungsrate der Anteil der potentiell diskordanten Paare zugenommen hat: In der aktuellen Befragung können 14 Prozent der Paare als potentiell diskordant gelten; 2003 betrug dieser Anteil noch neun Prozent. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Zunahme damit zusammenhängen könnte, dass die Angst HIV-negativer oder ungetesteter Männer, grundsätzlich Partnerschaften mit einem HIV-positiven Mann einzugehen, in Anbetracht nachhaltig replikationshemmender antiretroviraler<sup>98</sup> Substanzen (Kombinationstherapien) gesunken ist.

**Abbildung 6.4:** HIV-Serostatus in festen Partnerschaften  
Basis: Befragte in gegenwärtig fester Partnerschaft (n=4.066)  
links: 2007 rechts: 2003



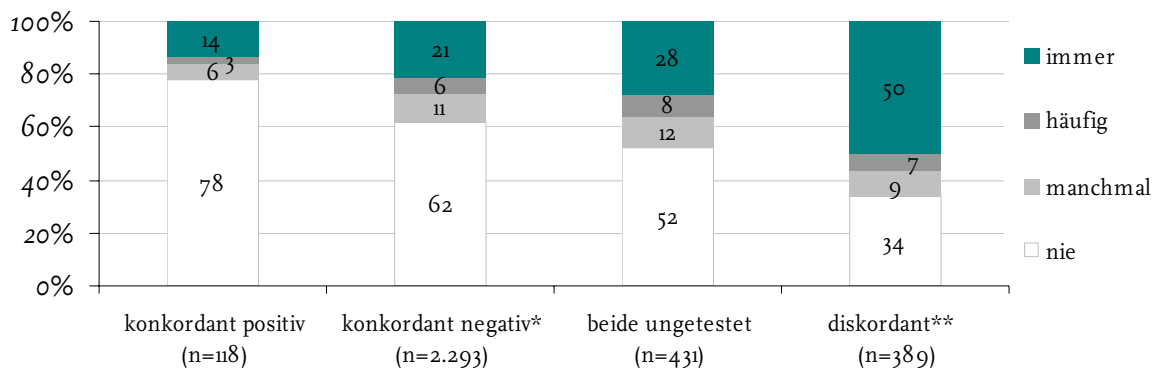
\* (mutmaßlich) konkordant negativ: Partner sind negativ/negativ getestet (n=2.002) oder negativ/ungetestet (n=784)  
\*\* (mutmaßlich) diskordant: Partner sind positiv/negativ getestet (n=397) oder positiv/ungetestet (n=167)

In den so definierten Partnerschaften mit mutmaßlich diskordantem HIV-Serostatus ist der durchgängige Kondomgebrauch mit einem Anteil von insgesamt 50 Prozent zwar am häufigsten. Trotzdem kommen Kondome bei 34 Prozent der Paare gar nicht und bei weiteren 16 Prozent nicht durchgängig zum Einsatz (vgl. **Abbildung 6.5** – betrachtet werden nur Befragungsteilnehmer mit Analverkehr). Die absolute Häufigkeit sexueller Kontakte ist in festen Partnerschaften besonders hoch: 28 Prozent der potentiell diskordanten Paare hat mindestens wöchentlich, 64 Prozent mindestens monatlich Sex (und somit auch häufig Analverkehr, da für diese Betrachtung Männer ohne Analverkehr herausgefiltert wurden).

<sup>98</sup> d.h. die Vermehrung der Viren in den Helferzellen nachhaltig hemmende Medikamente

Das bedeutet, dass ein hoher Anteil ungetesteter oder HIV-negativer Männer innerhalb serodiskordanter Partnerschaften regelmäßig Infektionsrisiken eingeht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Konzentration infektiöser Partikel in den genitalen und rektalen Sekreten des HIV-infizierten Partners nicht medikamentös unterdrückt ist<sup>99</sup>. Da die Mehrheit der HIV-positiven Befragten (66%) angibt, antiretrovirale Medikamente einzunehmen, liegt die Vermutung nahe, dass möglicherweise gerade diejenigen Paare auf Kondome verzichten, in denen der infizierte Partner eine antiretrovirale Therapie erhält. Diese Vermutung lässt sich jedoch empirisch *nicht* bestätigen: Ob HIV-positive Befragte antiretrovirale Medikamente einnahmen, hatte *keinen* Einfluss auf die Durchgängigkeit der Kondomverwendung mit diskordanten festen Partnern.

**Abbildung 6.5:** Kondomverwendung mit dem festen Partner in Abhängigkeit von der Serostatus-Verteilung  
Basis: Befragte in gegenwärtig fester Partnerschaft, die miteinander Analverkehr praktizieren



\* (mutmaßlich) konkordant negativ: Partner sind negativ/negativ getestet oder negativ/ungetestet

\*\* (mutmaßlich) diskordant: Partner sind positiv/negativ getestet oder positiv/ungetestet

Der mit 14 Prozent vergleichsweise seltene durchgängige Kondomgebrauch beim Analverkehr innerhalb konkordant HIV-positiver Partnerschaften stellt kein Risiko für eine HIV-Neuinfektion dar, da beide Partner bereits infiziert sind. Bestimmte andere anorektale oder genitale sexuell übertragbare Infektionen – beispielsweise eine rektale Gonorrhö, welche zudem vergleichsweise selten symptomatisch wird und in Anbetracht bislang fehlender STI-Screening-Routinen für MSM somit entsprechend selten diagnostiziert wird – können jedoch bei Verzicht auf die Kondomverwendung leichter übertragen werden.<sup>100</sup> Außerhalb der konkordant positiven Partnerschaft erworbene STI werden daher mit hoher Wahrscheinlichkeit auf *beide* Partner übertragen.

Es gibt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Test- bzw. Serostatuskonstellation innerhalb der festen Partnerschaft und der Sichtbarkeit von HIV/AIDS im sozialen Umfeld: Im Vergleich zu Paaren, bei denen beide Männer ungetestet sind, kennen Paare, in denen mindestens einer der beiden Männer schon einmal negativ getestet wurde, mehr Menschen mit HIV. Freilich spielt dabei auch das Lebensalter der Befragten eine große Rolle, da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit steigt, einen HIV-Test gemacht zu haben; der beschriebene Effekt

<sup>99</sup> Verschiedene Studien haben die plausible Annahme bestätigt, dass ein direkter Zusammenhang zwischen HIV-1-RNA Kopien im Plasma („Viruslast“) und Kontagiosität (der Fähigkeit, andere Menschen anzustecken) besteht. Es konnte gezeigt werden, dass bei serodiskordanten heterosexuellen Paaren mit einer „Viruslast“ im Blut von weniger als 1500 Kopien im Plasma des infizierten Partners keine HIV-Übertragungen aufgetreten sind. Dies gilt umso mehr bei im Plasma nicht mehr nachweisbarer „Viruslast“. Spätestens seit der im Januar 2008 unter dem Titel „HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös“ veröffentlichten Stellungnahme der (Schweizer) Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) wird diese Frage auch außerhalb der HIV-ärztlichen Beratung breiter diskutiert (vgl. Vernazza et al. 2008; dort finden sich auch die entsprechenden Literaturhinweise).

<sup>100</sup> Der Schutz von Kondomen vor der Übertragung bestimmter sexuell übertragbare Infektionen (STI) beim Analverkehr ist für unterschiedliche STI unterschiedlich ausgeprägt. So bietet die konsequente Kondomverwendung keinen oder nur sehr geringen Schutz vor der Übertragung von Humanen Papilloma Viren (Feigwarzen), Herpes-Simplex-2-Viren (Genitalherpes) oder Hepatitis-B-Viren, und vermutlich keinen relevanten Schutz vor Hepatitis-C-Viren. Genital-anale Übertragungen von Syphilis im Stadium I oder genital-anale Übertragungen mit Gonokokken oder Chlamydien können durch konsequenten Kondomgebrauch deutlich reduziert werden.

ist jedoch in jeder Altersgruppe zu beobachten. Ungetestetsein ist also nicht nur ein Marker für junges Alter, sondern auch für eine gewisse Szenerferne. Es bestehen somit wahrscheinlich starke Wechselwirkungen zwischen dem Testverhalten und Serostatus auf der einen und dem sozialen Umfeld auf der anderen Seite. Wer als Mann, der Sex mit Männern hat, wenig mit als schwul identifizierten MSM zu tun hat (szenerfern), wird möglicherweise von den bestehenden HIV-Test-Angeboten für schwule Männer wenig Gebrauch machen. Wer sich in einem Umfeld bewegt, das stark von schwulen Männern geprägt ist (szenenah), wird früher oder später einem gewissen sozialen Druck ausgesetzt sein, sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen. Wer einen HIV-positiven Partner hat, hat mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sonst viele Menschen mit HIV/AIDS im Freundes- und Bekanntenkreis.<sup>101</sup>

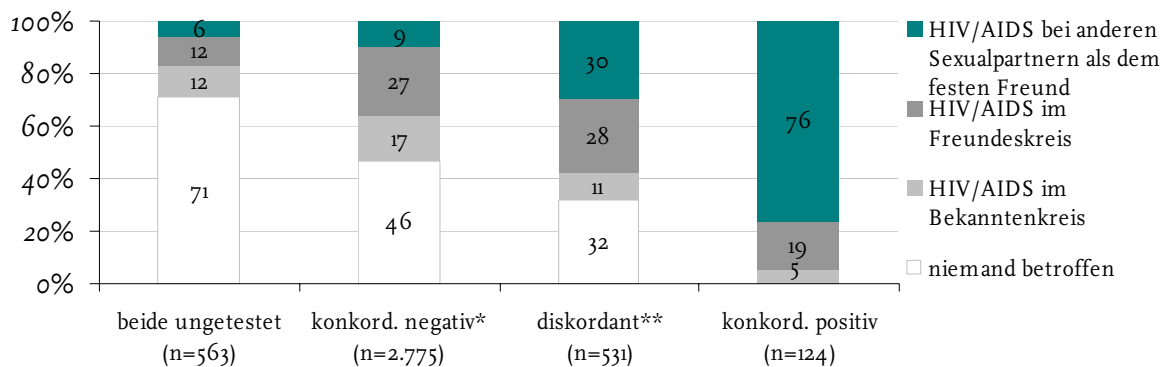
In der vorliegenden Stichprobe gibt es keinen Befragten in konkordant positiver Partnerschaft, der nicht auch andere Freunde, Bekannte oder Sexualpartner hat, die positiv sind (vgl. **Abbildung 6.6**). Mit diesem Beispiel soll zum Ausdruck gebracht werden, dass *Serosorting* mehr als ein ausschließlich aktiv-bewusster willentlicher Akt ist, sondern immer eingebettet ist in soziale Prozesse, die die Lebenswelt des einzelnen strukturieren und somit auch seine potentiellen Sexualpartner bereits vor-„sortieren“.

**Abbildung 6.6:** Sichtbarkeit von HIV im sozialen Umfeld nach Serostatus-Verteilung innerhalb der Partnerschaft<sup>102</sup>

Basis: Befragte mit gegenwärtig festem Partner

\* konkordant negativ: beide Partner sind zuletzt negativ getestet (n=2.002) oder einer negativ, einer ungetestet (n=784)

\*\* diskordant: beide Partner sind positiv getestet (n=397) oder einer positiv, einer ungetestet (n=167)



\* (mutmaßlich) konkordant negativ: Partner sind negativ/negativ getestet oder negativ/ungetestet

\*\* (mutmaßlich) diskordant: Partner sind positiv/negativ getestet oder positiv/ungetestet

<sup>101</sup> Werden zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete Befragte mit festem Partner betrachtet, haben 83 Prozent HIV-positive Freunde oder Bekannte, wenn der feste Freund positiv ist, aber nur 47 Prozent, wenn der feste Freund nicht positiv getestet ist (bei Befragten, die selbst HIV-positiv sind, zeigt sich kein solcher Unterschied).

<sup>102</sup> Die Kategorien sind hierbei hierarchisiert. Wer angibt, sowohl HIV-positive Bekannte als auch HIV-positive Freunde zu haben, wurde in die Kategorie „HIV/AIDS im Freundeskreis“ eingeordnet. Wer zusätzlich angab, dass Sexualpartner (außerhalb der festen Partnerschaft) von HIV oder AIDS betroffen sind, taucht nicht mehr in den Kategorien „HIV/AIDS im Bekannten- oder im Freundeskreis“ auf.

## 2. Serosorting

In welchem Ausmaß sind MSM bereit, bei gleichem Serostatus auf das Kondom zu verzichten? In der 2007er Erhebung wurden 13 unterschiedliche Reaktionsmuster im Sexualverhalten angeboten. Eine der Antwortmöglichkeiten lautete: „*Ich habe ungeschützten Analverkehr nur noch mit Männern mit dem gleichen Testergebnis*“. Für die folgende Darstellung wurden aus allen wählbaren Reaktionsmustern vier „Strategien“ gebildet.

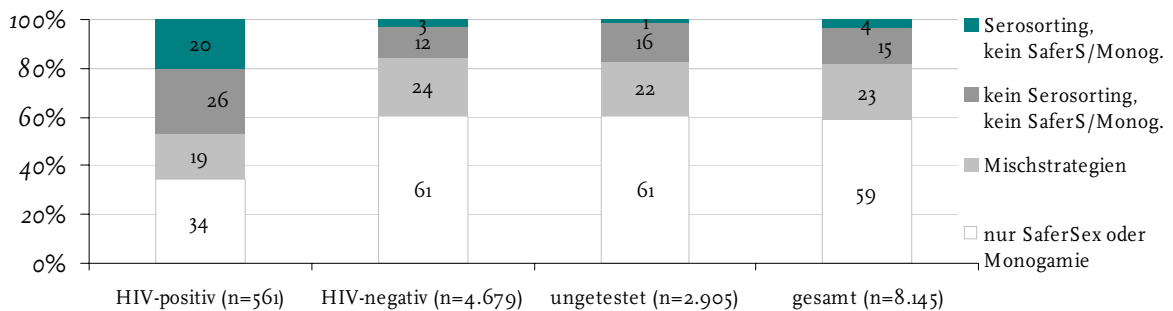
Am meisten verbreitet sind Strategien, die sich auf durchgängigen Kondomgebrauch (insbesondere außerhalb fester Partnerschaften) beziehen oder auf eine Reduktion der Partnerzahl bis hin zur Monogamie<sup>103</sup>. Über die Hälfte aller Befragten (59%) gibt mindestens eins dieser beiden Verhaltensmuster an, aber darüber hinaus kein weiteres (vgl. **Abbildung 6.7**: „*nur Safer Sex oder Monogamie*“).

Etwa ein Viertel aller Befragten setzt auf „Mischstrategien“; damit ist gemeint, dass *zusätzlich* zu „Safer Sex“ oder „Monogamie“ noch etwas anderes gewählt wurde, sei es Serosorting, „Dipping“<sup>104</sup>, „Strategische Positionierung“<sup>105</sup> oder anderes.

Von besonderem Interesse sind für diesen Abschnitt Befragte, für die *Safer Sex* oder Monogamie nicht möglich oder nicht erwünscht sind, also Männer, die nicht immer ein Kondom benutzen wollen oder können und gleichzeitig keinen festen Partner haben bzw. Sexualität mit mehr als einem Mann leben wollen. Diese Männer sind in der vorliegenden Stichprobe zu 19 Prozent vertreten. Sie lassen sich weiter unterteilen in MSM, die angeben, „*ungeschützten Analverkehr nur noch mit Männern mit dem gleichen Testergebnis*“ zu haben und solche, die diese Option nicht gewählt haben. Erstere stellen für diese Betrachtung die Gruppe der „Serosorter“, sie machen vier Prozent aller Befragten aus.

Eine solche Unterteilung ist immer artifiziell; die Dynamik sexueller Beziehungen (und damit auch präventiver Vorkehrungen) ist viel zu komplex, um auf einige wenige, einander ausschließende Strategien reduziert zu werden. Nichtsdestotrotz ist die Unterteilung hilfreich, um einerseits die Lebenswelten von MSM mit HIV besser zu verstehen, und um andererseits Hinweise dafür zu erhalten, welche Strategien mit welchen Risiken verbunden sind.

**Abbildung 6.7:** Ausgewählte Risikominderungsstrategien hinsichtlich der HIV-Übertragung in Abhängigkeit von Sero- bzw. Teststatus der Befragten



In **Abbildung 6.7** ist dargestellt, wie häufig die gerade beschriebenen vier Strategiemuster bei HIV-positiven, zuletzt HIV-negativ getesteten und ungetesteten MSM vorkommen. Dabei wird einmal mehr deutlich, dass sich HIV-negative und ungetestete MSM in ihren Risikomin-

<sup>103</sup> Antwortmöglichkeiten „*Ich benutze beim Sex mit anderen Partnern immer Kondome*“ und „*Mein fester Freund und ich haben keinen Sex mit anderen Männern*“

<sup>104</sup> „Dipping“: ungeschützter Analverkehr mit Verzicht auf Ejakulation

<sup>105</sup> „Strategische Positionierung“: Die im HIV-Präventionsdiskurs vorherrschende Fokussierung auf das Ejakulat (und ggf. noch auf das Vaginalsekret), nicht aber analog auf das Rektalsekret als infektiöse Flüssigkeit hat dazu geführt, dass es als Risiko mindernd gilt, als HIV-negativer Mann beim Analverkehr die eindringende und als HIV-positiver Mann die aufnehmende Position zu wählen. Die Richtigkeit dieser Aussage ist bislang nicht hinreichend belegt, insbesondere für Populationen, in denen Männer nicht überwiegend beschnitten sind.

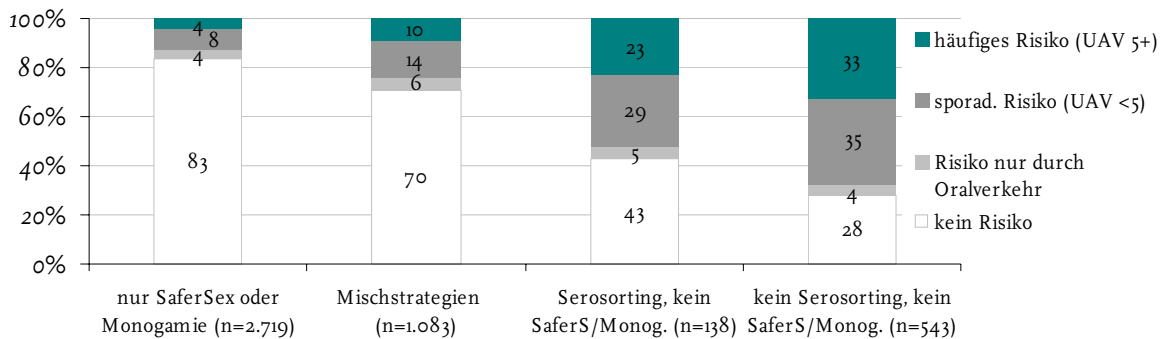
derungsstrategien nur wenig unterscheiden. *Serosorting* als alleiniger oder wesentlicher Versuch, HIV-Infektionsrisiken zu vermeiden bzw. auf das Kondom verzichten zu können, kommt bei ihnen fast nicht vor, jedoch bei 20 Prozent aller HIV-positiven Befragten.

In den **Abbildungen 6.8a** und **6.8b** ist getrennt für zuletzt HIV-negativ getestete bzw. HIV-positive Befragte dargestellt, dass *Serosorting* als vorherrschendes Verhaltensmuster im Vergleich zu Strategien, die ausschließlich auf Konzepten des *Safer Sex* oder der Monogamie beruhen oder eins von diesen beinhalten, wie erwartet mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, dass beim Analverkehr HIV-Übertragungsrisiken eingegangen werden. Auch wenn der dargestellte Zusammenhang nicht überrascht, ist er dennoch nicht tautologisch, da zwei unterschiedliche Ebenen – einerseits die deklarierte allgemeine Risiko(minimierungs)strategie („Wie reagieren Sie auf Infektionsrisiken...“), andererseits die in der nahen Vergangenheit erlebte sexuelle Praxis („Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom...“) – miteinander in Beziehung gesetzt werden.

**Abbildung 6.8a:** Risikokontakte in Abhängigkeit von bestimmten Risikominderungsstrategien

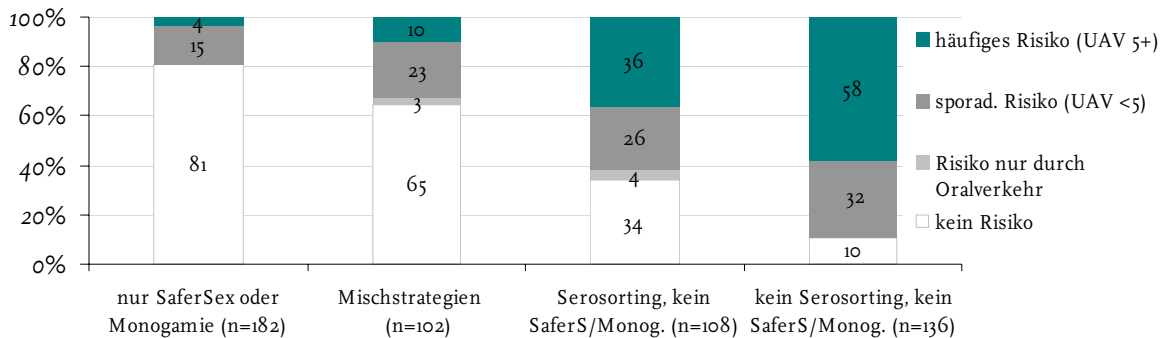
Basis: zuletzt HIV-negativ getestete Befragte;

\*UAV: ungeschützter Analverkehr ohne Kenntnis des Serostatus des Sexualpartners



**Abbildung 6.8b:** Risikokontakte in Abhängigkeit von bestimmten Risikominderungsstrategien

Basis: HIV-positive Befragte; \*UAV: ungeschützter Analverkehr ohne Kenntnis des Serostatus des Sexualpartners



Wie in **Abschnitt IV** ausführlich dargelegt, wurde das „anale Risiko“ (das als ein HIV-Infektionsrisiko zu verstehen ist und nur für die Legende in der Abbildung derart verkürzt wurde) definiert als ungeschützter Analverkehr mit einem Sexualpartner, dessen HIV-Serostatus unbekannt oder diskordant ist. Die überwiegende Mehrheit der so definierten Risikokontakte geht dabei auf Kontakte mit Männern zurück, deren Serostatus nicht diskordant, sondern unbekannt war.

Wenn *Serosorting* erfolgreich angewendet wird, dürften MSM, die von sich sagen, ungeschützten Analverkehr nur mit Männern zu praktizieren, die den gleichen HIV-Serostatus haben wie sie selbst, keine oder nur sporadische anal-genitale Kontakte mit Männern haben, deren HIV-Serostatus sie nicht kennen. Die **Abbildungen 6.8a** und **b** zeigen demnach vor allem, dass die deklarierte Risikominderungsstrategie der „Serosorter“ in erster Linie eine *intentionale* Aussage darstellt und sich zu einem hohen Anteil (mindestens 23% bei zuletzt HIV-negativ getesteten und mindestens 36% der HIV-positiv getesteten „Serosorter“) *nicht* in sexuelle Praxis übersetzt.



Darüber, ob und in welchem Ausmaß diese genannten 23 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten „Serosorter“ sich tatsächlich einem HIV-Übertragungsrisiko ausgesetzt haben, kann hingegen keine belastbare Aussage gemacht werden. Das Gleiche gilt für die 37 Prozent der HIV-positiven „Serosorter“ – mit dem einzigen, aber nicht unwesentlichen Unterschied, dass in der Praxis nur MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion *Serosorting* effektiv verfolgen können. Dies liegt freilich darin begründet, dass ein zuletzt HIV-negativ getesteter Mensch nur eingeschränkt von sich selbst und mit erheblichen Einschränkungen von seinem Sexualpartner wirklich wissen kann, ob das letzte Testergebnis noch gültig ist.

Als Indikator für das Risiko, sich selbst mit HIV zu infizieren, kann für zuletzt HIV-negativ getestete MSM die Häufigkeit anderer sexuell übertragbarer Infektionen gelten, insbesondere die Häufigkeit bakterieller STI wie Syphilis oder Gonorrhö.

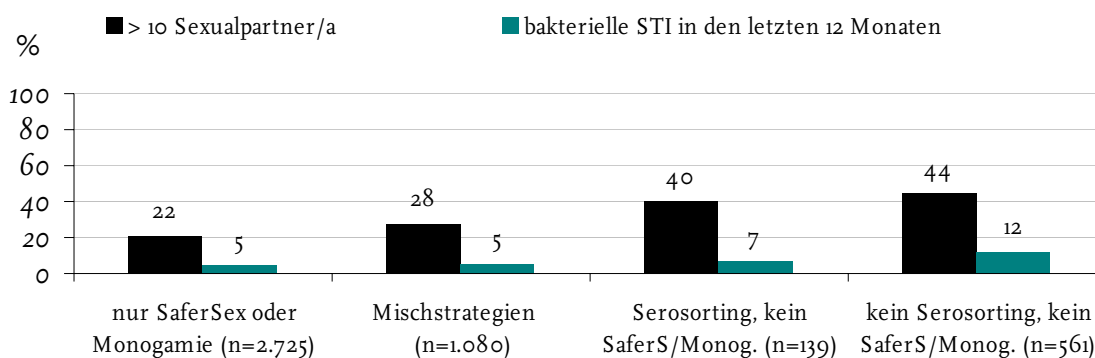
In **Abbildung 6.9a** ist dargestellt, wie viel Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten, die die oben definierten unterschiedlichen Risikominderungsstrategien verfolgen, sich jeweils in den letzten zwölf Monaten mit einem dieser sexuell übertragbaren bakteriellen Erreger infiziert haben. Gleichzeitig ist als Marker für die Anzahl der Sexualpartner dargestellt, wie hoch der jeweilige Anteil der Befragten ist, die im gleichen Zeitraum mehr als zehn unterschiedliche Sexualpartner hatten.

Dabei zeigt sich, dass sich bei „Serosortern“ ein nur wenig höherer Anteil an Personen mit einer bakteriellen STI findet als bei Personen mit „striktem“ *Safer Sex* (7% vs. 5%). In Anbetracht des deutlich höheren Anteils an Befragten mit mehr als zehn Sexualpartnern (40% vs. 22%) wäre es jedoch verkürzt, den Unterschied in der STI-„Inzidenz“ allein auf den Kondomverzicht zurückzuführen.

Werden nur MSM betrachtet, bei denen *Safer Sex nicht* Teil des Risikomanagements ist, scheint es eher so zu sein, dass *Serosorting* bei zuletzt HIV-negativ getesteten Männern eine gewisse Schutzfunktion im Hinblick auf bakterielle STI (Diagnose einer Syphilis, einer genitalen oder anorektalen Gonorrhö oder einer Infektion mit Chlamydien den 12 Monaten vor der Befragung) besitzt: Befragungsteilnehmer, die weder *Safer Sex* noch Monogamie als Reaktionsmuster angeben, aber auch kein *Serosorting* betreiben, haben sich bei vergleichbarer Partnerzahl in den letzten 12 Monaten zu einem höheren Anteil eine bakterielle STI zugezogen als „Serosorter“ (12% vs. 7%).

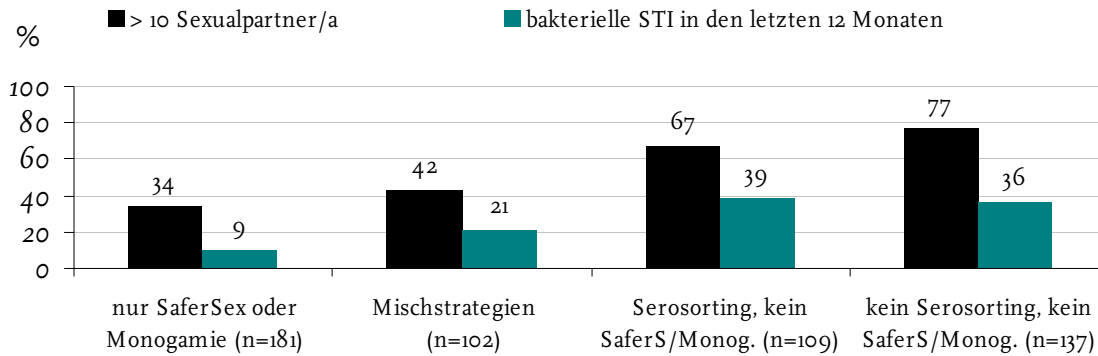
Auch wenn die sexuellen Übertragungswege für bakterielle STI einerseits und HIV andererseits nicht identisch sind, wäre es unplausibel anzunehmen, dass für HIV-negative MSM das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, deutlich höher liegt als das Risiko für den Erwerb einer bakteriellen STI.

**Abbildung 6.9a:** Risikokontakte in Abhängigkeit von bestimmten Risikominderungsstrategien  
Basis: zuletzt HIV-negativ getestete Befragte



Völlig anders stellt sich die Situation bei HIV-positiven MSM dar (**Abbildung 6.9b**): Hier haben „Serosorter“ mit 39 Prozent nicht nur den höchsten Anteil an bakteriellen STI (gegenüber 9 Prozent in der Safer-Sex/Monogamie-Gruppe). Zudem ist dieser Unterschied sehr viel stärker ausgeprägt als der Unterschied in der Zahl der Sexualpartner (67% vs. 34% mit mehr als zehn Sexualpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung). *Serosorting* unter HIV-positiven MSM ist somit anscheinend in einem doppelten Sinne „effektiv“: Es führt dazu, dass MSM mit HIV-Infektion und hoher Partnerzahl zueinander finden. Und es führt dazu, dass aufgrund eben dieser Interaktionsdynamik bakterielle STI weitergegeben werden, bevor sie diagnostiziert und wirksam behandelt werden.

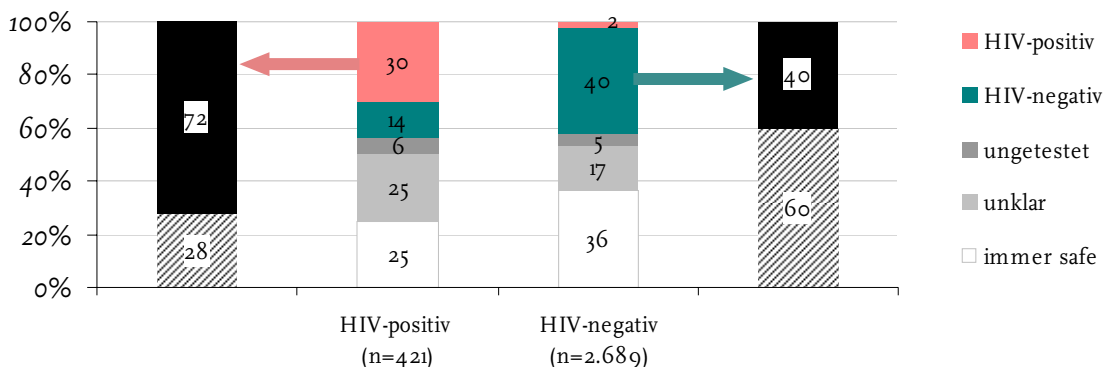
**Abbildung 6.9b:** Risikokontakte in Abhängigkeit von bestimmten Risikominderungsstrategien  
Basis: HIV-positive Befragte



Wie häufig verzichteten MSM beim Analverkehr auf ein Kondom, wenn sie wirklich zu wissen glauben, dass ihr Sexualpartner den gleichen Serostatus hat?

Diese Frage lässt sich auf der Grundlage allgemeiner intentionaler Aussagen oder daraus gebildeten artifiziellen Kategorien nicht beantworten. Um sich dennoch einer Antwort anzunähern, kann die Frage nach dem *letzten* Analverkehr herangezogen werden (vgl. den folgenden **Abschnitt VI.3**), in der sowohl nach der Kondomverwendung als auch nach dem vermuteten HIV-Serostatus des Sexualpartners gefragt wurde. In **Abbildung 6.10** werden nur anal-genitale Kontakte außerhalb fester Partnerschaften betrachtet.<sup>106</sup>

**Abbildung 6.10:** *Serosorting* beim letzten Analverkehr außerhalb fester Partnerschaften  
Balken außen: schwarz: ungeschützt; schraffiert: mit Kondom



*Lesbeispiel:* 30% aller 421 HIV-positiven Befragten, deren letzter Sexualpartner nicht der feste Freund war, hielten diesen letzten Sexualpartner für HIV-positiv. 72% dieser mutmaßlich konkordant-positiven anal-genitalen Kontakte waren ungeschützt.

<sup>106</sup> Entgegen der im vorherigen **Abschnitt VI.1** geäußerten Haltung, dass es nützlich sei, „Serosorting“ nicht für sexuelle Kontakte außerhalb fester Beziehungen zu reservieren, wurden Befragte, deren letzter Analverkehr mit dem festen Partner praktiziert wurde, für diese Betrachtung herausgefiltert, da innerhalb fester Beziehungen ungeschützte anal-genitale Kontakte ohnehin sehr häufig sind und hier nun von besonderem Interesse ist, welche Rolle „Serosorting“ bei eher flüchtigen sexuellen Begegnungen spielt.

Gefragt nach dem letzten Sexualpartner<sup>107</sup> außerhalb einer festen Partnerschaft kommen 30 Prozent der HIV-positiven und 40 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten zu der Einschätzung, dieser habe den gleichen Serostatus wie sie selbst. 14 Prozent der HIV-positiven und zwei Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten sind der Meinung, dieser habe einen diskordanten Serostatus. 25 Prozent bzw. 17 Prozent konnten sich keine Meinung bilden hinsichtlich des HIV-Serostatus des letzten Sexualpartners und 25 Prozent bzw. 36 Prozent sahen keine Veranlassung dazu, da sie „grundsätzlich *Safer Sex*“ betreiben.

30 Prozent der HIV-positiven und 40 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten MSM wähten sich somit beim letzten Analverkehr hinsichtlich des Risikos, andere bzw. sich selbst mit HIV zu infizieren, auf der sicheren Seite. Die äußeren Balken in **Abbildung 6.10** geben Auskunft darüber, wie viel Prozent dieser nach Selbsteinschätzung serokonkordanten anal-genitalen Kontakte geschützt bzw. ungeschützt waren. Ungeschützten Analverkehr hatten somit 72 Prozent der nach Selbsteinschätzung konkordant positiven, und 40 Prozent der nach Selbsteinschätzung konkordant negativen Paare.

14 Prozent der HIV-positiven MSM kamen zu der Einschätzung, ihr letzter Sexualpartner sei HIV-negativ. Bezogen auf diese (serodiskordanten) anal-genitalen Kontakte waren 27 Prozent ungeschützt (nicht dargestellt).

Das Ausmaß, in dem Befragte bei mutmaßlich gleichem Serostatus auf das Kondom verzichten, lässt sich somit wie folgt beschreiben: In der vorliegenden Stichprobe sind dies etwa 22 Prozent ( $0,3 * 0,72 \approx 0,22$ ) der HIV-positiven MSM bzw. 16 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten MSM ( $0,4 * 0,4 = 0,16$ ). Umgekehrt haben vier Prozent der HIV-positiven Befragten beim letzten Analverkehr mehr oder weniger bewusst das Risiko in Kauf genommen, ihren letzten Sexualpartner mit HIV zu infizieren ( $0,14 * 0,27 \approx 0,04$ ) – wobei keine Informationen über andere Schutzversuche (z.B. Verzicht auf Ejakulation oder Strategische Positionierung) oder die Haltung/den Wunsch des Sexualpartners vorliegen.

Das bedeutet, dass etwa jeder fünfte HIV-positive und etwa jeder sechste HIV-negative Befragungsteilnehmer *de facto Serosorting* betreibt, also bei nach eigener Einschätzung gleichem Serostatus beim Analverkehr außerhalb fester Partnerschaften auf das Kondom verzichtet.

<sup>107</sup> Gemeint ist der letzte Sexualpartner, mit dem auch Analverkehr (AV) praktiziert wurde.

### 3. Kommunikation über den HIV-Serostatus

In diesem Kapitel geht es darum, Hinweise dafür zu finden, in welchem Ausmaß MSM Einschätzungen über den HIV-Serostatus ihrer Sexualpartner treffen und auf welchem Wege sie zu einer solchen Einschätzung gelangen. Dafür wurden drei neue Fragen in den Fragebogen aufgenommen. Befragungsteilnehmer wurden zunächst gebeten, sich das *letzte* Mal ins Gedächtnis zu rufen, als sie Analverkehr mit einem Mann hatten. Der *letzte* Analverkehr wurde deshalb gewählt, weil davon ausgegangen werden kann, dass diese Situation detailliert erinnert werden kann. Der *letzte Analverkehr* wurde gewählt, weil bei anderen Varianten sexueller Begegnungen (gemeinsame Masturbation, Oralverkehr, S/M-Praktiken etc.) das Risiko einer HIV-Infektion kleiner und somit der HIV-Serostatus des Sexualpartners weniger entscheidend ist. Wenn in diesem Unterkapitel im Folgenden von „Sexualpartner“ die Rede ist, ist immer der letzte Sexualpartner gemeint, mit dem Analverkehr praktiziert wurde. Zu dieser Situation also, dem *letzten Analverkehr*, wurden drei Fragen gestellt:

- (1) War der letzte Analverkehr geschützt oder ungeschützt?
- (2) Wie wurde der HIV-Serostatus des Sexualpartners eingeschätzt?
- (3) Auf welcher Grundlage fand diese Einschätzung statt?

Bei der zweiten Frage gab es sechs Antwortmöglichkeiten. Entweder der Befragte hat eine eindeutige Einschätzung des HIV-Serostatus seines letzten Sexualpartners getroffen und kann somit sagen: „HIV-positiv“, „HIV-negativ“ oder „ungetestet“. Oder der Befragte hat *keine* Einschätzung getroffen aus einem der folgenden drei Gründe:

- ⊙ weil er grundsätzlich beim Analverkehr Kondome verwendet (in den Abbildungen mit „*immer K.*“ abgekürzt) der Serostatus seines Sexualpartners ihn somit nicht interessiert
- ⊙ weil er sich entschieden hat, in aller Regel keine Kondome zu verwenden und somit beim Sex bewusst Infektionsrisiken einzugehen (in den Abbildungen als „*nie K.*“ bezeichnet)<sup>108</sup>
- ⊙ weil er darüber nicht nachgedacht hat („*Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst*“).

Die dritte Frage – „Auf welcher Grundlage fand diese Einschätzung statt“ – ist vor allem interessant für sexuelle Begegnungen außerhalb fester Partnerschaften. Bei der Fragebogenkonstruktion haben wir uns von dem Gedanken leiten lassen, dass innerhalb einer festen Partnerschaft von MSM in Deutschland „HIV“ und „Kondomgebrauch“ frühzeitig thematisiert werden.<sup>109</sup> Fand der letzte Analverkehr im Rahmen einer festen Beziehung statt, konnten folgende drei Antwortmöglichkeiten gegeben werden: „*Mein letzter Sexpartner war mein fester Freund. Er ist HIV-positiv/HIV-negativ/ungetestet.*“

Fand der letzte Analverkehr mit einem Sexualpartner statt, der nicht der feste Freund war, gab es acht Antwortmöglichkeiten, von denen zwei als *direkte* Kommunikation, die übrigen sechs als *indirekte* Kommunikation gewertet wurden. Die folgende Tabelle macht deutlich, welche Antworten im Einzelnen als direkte bzw. indirekte Kommunikation gelten.

---

<sup>108</sup> Das auf dieser Haltung beruhende Verhalten wird von vielen Autoren als *Barebacking* bezeichnet. Aufgrund des uneinheitlichen Gebrauchs dieses Begriffs wurde für diesen Bericht auf seine Verwendung verzichtet.

<sup>109</sup> In der Tat berichtet die überwiegende Mehrheit der Befragten in fester Partnerschaft, die ihr letztes HIV-Testergebnis erhalten haben, als diese Partnerschaft bereits bestand, mit ihrem Partner über das Testergebnis gesprochen zu haben: bei positivem Testergebnis waren dies 93% (n=134), bei negativem Testergebnis 88% (n=616; aus methodischen Gründen konnten bei negativem Testergebnis nur offline Befragte ausgewertet werden).

**Tabelle 6.1:** Antworten auf die Frage „Worauf beruhte Ihre Einschätzung über den HIV-Status ihres Sexpartners?“

Antwort	direkt	indirekt
„Ich habe danach gefragt.“	x	
„Er hat es mir gesagt, ohne dass ich danach gefragt habe.“	x	
„Ich wusste es durch Freunde/Bekannte.“		x
„Ich wusste es aus seinem Chatprofil.“		x
„Ich habe es aus seinen Äußerungen geschlossen.“		x
„Ich habe es aufgrund von Äußerlichkeiten (z.B. Alter, körperliches Erscheinungsbild) vermutet		x
„Ich ging davon aus, dass er positiv ist, sonst wäre er nicht bereit gewesen, ohne Kondom zu ficken.“		x
„Ich ging davon aus, dass er negativ ist, sonst wäre er nicht bereit gewesen, ohne Kondom zu ficken.“		x

### 3.1 Geschützter vs. ungeschützter Analverkehr in Abhängigkeit von der Einschätzung des HIV-Serostatus des letzten Sexualpartners

Die Mehrheit aller teilnehmenden MSM mit Analverkehr gibt an, beim *letzten* Analverkehr mit einem Mann (fester Freund oder andere Sexualpartner) ein Kondom verwendet zu haben: HIV-negative oder ungetestete Befragte geben zu 59 Prozent an, dass der letzte Analverkehr geschützt war, HIV-positive zu 52 Prozent (vgl. **Abbildungen 6.11a** und **6.11b**). Ob ein Kondom verwendet wurde, hängt zum einen davon ab, welche grundsätzliche Einstellung jemand zu *Safer Sex* hat, zum anderen aber auch, wie der konkrete HIV-Serostatus des jeweiligen Sexualpartners eingeschätzt wurde.

Fast alle MSM, die sich grundsätzlich an den Normen des *Safer Sex* orientieren und – anstatt hinsichtlich ihres letzten Sexualpartners eine Einschätzung über dessen HIV-Serostatus zu treffen – die Aussage wählen „*Der HIV-Status meiner Sexualpartner ist für mich nicht interessant, weil ich grundsätzlich Safer Sex mache*“ haben auch beim *letzten* Analverkehr ein Kondom verwendet (HIV-Negative/Ungetestete: 96%, HIV-Positive: 97%). MSM, die den Kondomgebrauch beim Analverkehr so sehr habitualisiert haben, dass sie sich nicht für den HIV-Serostatus ihrer Sexualpartner interessieren, sind somit tatsächlich „immer“ – praktisch gesehen *fast* immer – mit dem Kondom auf der sichereren Seite. Ein Viertel aller Befragten ist dieser Gruppe des „strikten *Safer Sex*“ zuzuordnen (HIV-Negative/Ungetestete: 26%, HIV-Positive: 22%), dabei handelt es sich jeweils um die zweitgrößte Gruppe.

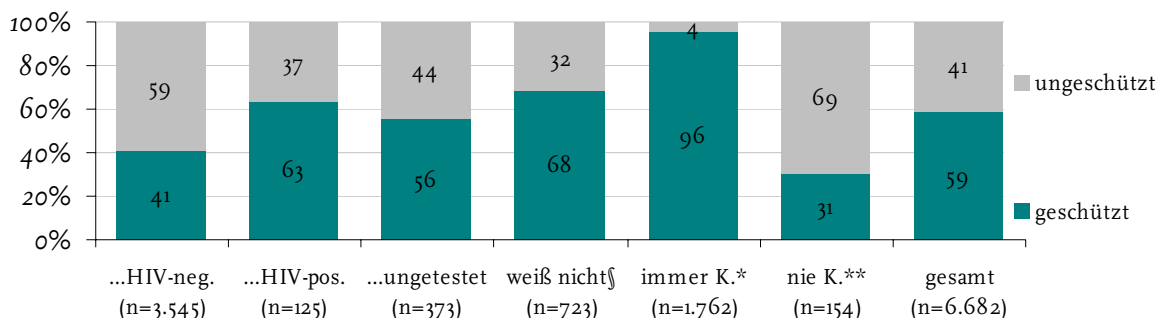
Die gegenteilige grundsätzliche Haltung – „*Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach HIV-Status meiner Sexpartner*“ – wird hingegen mit knapp drei Prozent nur von einer Minderheit vertreten (HIV-Negative/Ungetestete: 2%, HIV-Positive: 8%). Trotz dieser Kondome eher grundsätzlich ablehnenden Haltung geben immerhin noch 31 Prozent der HIV-negativen/ ungetesteten Befragten an, dass beim letzten Analverkehr dennoch ein Kondom zum Einsatz kam<sup>110</sup>, vermutlich auf Initiative des Sexualpartners.

**Abbildung 6.11a:** Kondomverwendung in Abhängigkeit vom vermuteten Serostatus des letzten Sexualpartners („Als Sie das letzte Mal Analverkehr mit einem Mann hatten, war dieser Ihrer Meinung nach...“)

Basis: **HIV-negative und ungetestete** Befragte mit Analverkehr; § „Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst“

\* „(Der HIV-Status meiner Sexpartner) ist für mich nicht interessant, da ich grundsätzlich *Safer Sex* mache.“

\*\* „Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner“



Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

<sup>110</sup> Für MSM mit HIV lässt sich aufgrund der kleinen Fallzahl kein entsprechender Wert sinnvoll berechnen.

Die größte Gruppe stellen jeweils Befragte, die den Serostatus ihres letzten Sexualpartners *konkordant* einschätzen. 59 Prozent aller zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten gehen davon aus, dass dieser Mann ebenfalls HIV-negativ bzw. ungetestet war. War der Befragte der Meinung, sein letzter Sexualpartner sei HIV-negativ, war der Analverkehr mit diesem Mann in 59 Prozent der Fälle ungeschützt. Wurde der Sexualpartner für ungetestet gehalten, kam es in 44 Prozent der Fälle zu ungeschütztem Analverkehr. War keine Meinungsbildung möglich, aber grundsätzlich erwünscht („*Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst*“), reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Analverkehr weiter auf 32 Prozent und somit auf ein ähnliches Maß wie bei der Einschätzung, dass der letzte Sexualpartner (diskordant) positiv war (vgl. **Abbildung 6.11a**).

Bei HIV-positiven Befragten (**Abbildung 6.11b**) ist ein komplementäres Phänomen zu beobachten. Auch hier stellen Befragte, die den Serostatus ihres letzten Sexualpartners für konkordant halten, die größte Gruppe: 33 Prozent der HIV-Positiven kamen beim letzten Analverkehr zu der Einschätzung, ihr Partner sei ebenfalls HIV-positiv. Auch hier führt die Einschätzung der Serokonkordanz dazu, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit (77 Prozent der Fälle) auf das Kondom verzichtet wird.

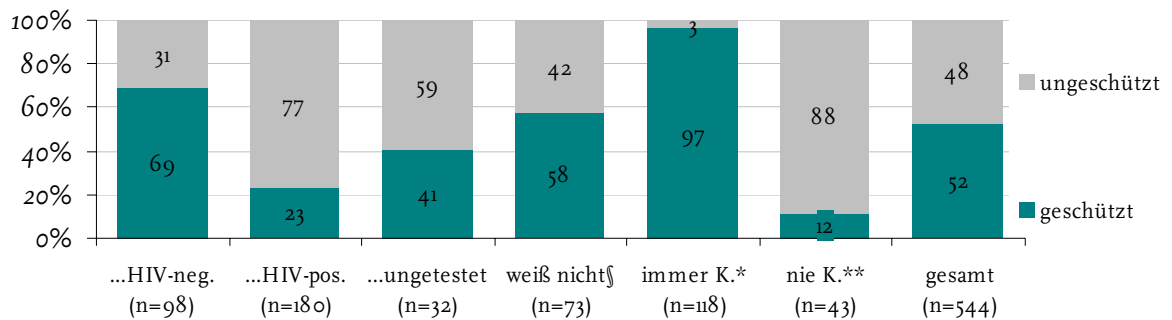
31 Prozent der positiven Männer, die ihren letzten Partner für HIV-negativ hielten, haben beim letzten Analverkehr mit diesem Mann ebenfalls kein Kondom benutzt. Nicht ausgeschlossen werden kann dabei, dass der (mutmaßlich) HIV-negative Partner ein informiertes Einverständnis gegeben hat, schließlich ähnelt dieser Wert stark dem korrespondierenden Wert bei HIV-Negativen/Ungetesteten, die ihren letzten Sexualpartner für HIV-positiv gehalten haben. Auch bei HIV-positiven Befragten ist es so, dass die Unmöglichkeit einer Meinungsbildung („*Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst*“) eher zu einem Schutzverhalten führt, das dem Schutzverhalten gegenüber mutmaßlich diskordanten Sexualpartnern ähnelt.

**Abbildung 6.11b:** Kondomverwendung in Abhängigkeit vom vermuteten Serostatus des letzten Sexualpartners („*Als Sie das letzte Mal Analverkehr mit einem Mann hatten, war dieser Ihrer Meinung nach...*“)

**Basis:** HIV-**positive** Befragte mit Analverkehr; § „*Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst*“

\* „*(Der HIV-Status meiner Sexpartner) ist für mich nicht interessant, da ich grundsätzlich Safer Sex mache.*“

\*\* „*Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner*“



Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

### 3.2 Direkte und indirekte Kommunikation über den HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften

Wenn MSM außerhalb fester Partnerschaften Analverkehr haben, findet dieser nicht selten im Kontext flüchtiger Begegnungen statt – in Saunen, Klappen, Parks, *Darkrooms*, auf Sexpartys oder nach einem kurzen Kennenlernen im Internet.

In Deutschland haben verschiedene Akteure, unter anderem die AIDS-Hilfen, dafür gesorgt, dass HIV-Prävention – gerade auch bei MSM – ohne Diskriminierung bereits infizierter Menschen gedacht und umgesetzt wird. Durch die starke Betonung des Kondoms als zentrales Element der Verringerung des sexuellen Infektionsrisikos und der Empfehlung, grundsätzlich und durchgängig beim Analverkehr Kondome zu verwenden, ist der Serostatus des einzelnen scheinbar – zumindest in der offiziellen Präventionsbotschaften – in den Hintergrund getreten.

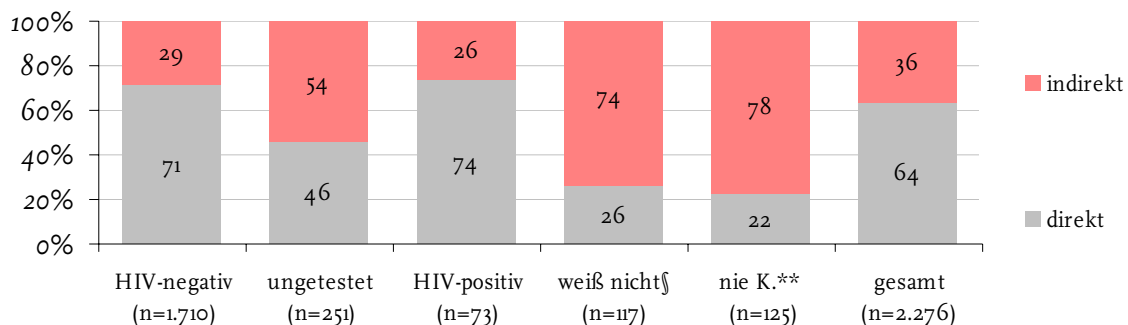
Ungeachtet dessen laufen im Rahmen sexueller Begegnungen – sowohl im Vorfeld, während des sexuellen Aktes selbst und postkoital – Prozesse ab, die dazu führen, dass sich MSM gewollt oder ungewollt eine Meinung über den HIV-Serostatus ihres Gegenübers bilden. Da die Annahme eines konkordanten Serostatus häufig dazu führt, dass keine Kondome verwendet werden, war es für diese Befragung von Interesse zu erfahren, auf welcher Grundlage die Einschätzung des HIV-Serostatus des anderen erfolgt.

Insgesamt haben 62 Prozent aller Befragten, deren letzter Analverkehr außerhalb einer festen Partnerschaft stattfand, auf direktem Wege über den HIV-Serostatus kommuniziert, das heißt entweder haben sie in irgendeiner Form nach dem Testergebnis gefragt<sup>111</sup> oder ihr Sexualpartner hat von sich aus seinen Status offengelegt. Dabei lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen HIV-negativen/ungetesteten MSM einerseits (vgl. **Abbildung 6.12a**) und HIV-positiven MSM andererseits ausmachen (**Abbildung 6.12b**): Während bei ersteren mit 64 Prozent direkte Kommunikationsmuster vorherrschen, kommunizieren letztere eher indirekt über den HIV-Serostatus.

**Abbildung 6.12a:** Direkte & indirekte Kommunikation über den HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften  
Basis: **HIV-negativ oder ungetestete** Befragte, die angeben, dass der letzte Analverkehr außerhalb der festen Partnerschaft praktiziert wurde und die nicht *grundsätzlich Safer Sex* praktizieren (n=2.276)

§ „Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst“

\*\* „Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner“



Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

*Lesebeispiel:* 71% aller HIV-negativen oder ungetesteten Befragten, die ihren letzten Sexualpartner (außerhalb einer festen Partnerschaft) für HIV-negativ (linker Balken) hielten, sind über direkte Kommunikation zu dieser Einschätzung gelangt.

Nur drei Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Männer gelangen zu der Einschätzung, ihr Sexualpartner sei HIV-positiv (n=73). Dieser Wert liegt deutlich unter der HIV-Prävalenz in der vorliegenden Stichprobe (7%). Vor allem jedoch geben 13 Prozent derselben Befragten (Basis wie in **Abbildung 6.12a**) an, HIV-positive Sexualpartner zu haben. Auch wenn dies ein kumulativer Anteil ist, kontrastiert er deutlich mit den drei Prozent, die ihren letzten Sexualpartner für HIV-positiv hielten.

Auch die Einschätzung, der letzte Sexualpartner sei ungetestet, erscheint viel zu niedrig: Elf Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Männer kommen zu dieser Einschätzung (n=251), gleichzeitig sind jedoch 39 Prozent in dieser Gruppe nach eigenen Angaben ungetestet. Der Anteil ungetesteter MSM in der Gesamtstichprobe beträgt 36 Prozent. Es wäre daher zu erwarten, dass nicht jeder zehnte, sondern etwa jede dritte Sexualpartner dieser Männer ungetestet ist.

Ungeachtet dieser zwei Schutzillusionen – nämlich davon auszugehen, dass Sexualpartner erstens auf HIV getestet sind und somit ihren Serostatus kennen, und zweitens nicht positiv sind – gibt die überwiegende Mehrheit der Befragten eine Einschätzung ab hinsichtlich des Teststatus (89%) bzw. des HIV-Serostatus (78%) des letzten außerpartnerschaftlichen Sexualpartners. Von letzteren haben 71 Prozent *direkt* über ihr letztes Testergebnis kommuniziert. Das bedeutet, dass

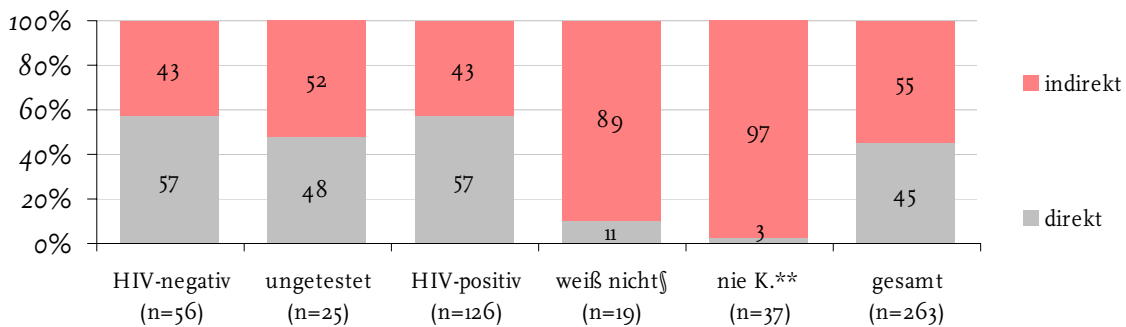
<sup>111</sup> In welcher Form der Serostatus erfragt wird, ist mit einem quantitativen Erhebungsinstrument nicht zu erfassen. Zwischen Fragen wie „Wann war Dein letzter HIV-Test und mit welchem Ergebnis?“, „Bist Du gesund?“ und „Können wir das Gummi weglassen oder muss ich mir Sorgen machen?“ bestehen jedoch erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Genauigkeit der Information.

über die Hälfte (55%) aller HIV-negativen oder ungetesteten Befragten, die außerhalb einer festen Partnerschaft Analverkehr praktizieren, beim letzten Mal entweder selbst nach dem Serostatus ihres Sexualpartners gefragt (und auch eine Antwort erhalten) haben oder auf Initiative ihres Sexualpartners dessen Serostatus erfahren haben. Fünf Prozent geben an, meistens keine Kondome zu benutzen, aber HIV auch nicht zu thematisieren.

Ein generalisiertes Absehen von präventiven Vorkehrungen<sup>12</sup> sieht anders aus. Insbesondere dann, wenn man bedenkt, dass bei dieser Auswertung ein erheblicher Anteil an MSM nicht berücksichtigt ist, die sich so sehr an den Normen des *Safer Sex* orientieren, dass sie nicht über den Serostatus ihrer Sexualpartner zu kommunizieren brauchen.

Bei MSM mit HIV liegen all diese Anteile etwas niedriger: Hier kommen 78 Prozent zu einer Einschätzung des Teststatus und 69 Prozent zu einer Einschätzung des HIV-Serostatus ihres letzten Sexualpartners. Von letzteren haben 57 Prozent *direkt* über ihr Testergebnis kommuniziert (vgl. **Abbildung 6.12b**). Somit haben 39 Prozent aller HIV-positiven Befragten, die außerhalb einer festen Partnerschaft Analverkehr praktizieren, beim letzten Mal entweder selbst nach dem Serostatus ihres Sexualpartners gefragt (und auch eine Antwort erhalten) oder von diesem über dessen Serostatus informiert worden. Hier geben 14 Prozent an, meistens keine Kondome zu benutzen, aber HIV auch nicht zu thematisieren.

**Abbildung 6.12b:** Direkte & indirekte Kommunikation über den HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften  
 Basis: **HIV-positive** Befragte, die angeben, dass der letzte Analverkehr außerhalb der festen Partnerschaft praktiziert wurde und die nicht *grundsätzlich Safer Sex* praktizieren (n=263); §, „Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst“  
 \*\* „Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner“



Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

Aus diesen Unterschieden sollte jedoch nicht vorschnell geschlossen werden, dass MSM mit HIV grundsätzlich weniger über Infektionsrisiken sprechen oder sprechen wollen. Für MSM mit HIV gibt es – gerade in größeren Städten mit hoher HIV-Prävalenz in der Gruppe der MSM – Bereiche oder „sexuelle Räume“, in denen Positive (weitgehend) unter sich sind bzw. in denen klar ist, dass Positiv-Sein dort die Regel darstellt. Hierzu gehört auch ein großer Teil der so genannten „Bareback“-Szene. In solchen sexuell konnotierten Räumen, wo die HIV-Infektion soziale Normalität ist, mag die Schwelle für die Offenlegung des eigenen HIV-Serostatus zwar niedriger sein, es besteht jedoch eine völlig andere Notwendigkeit direkter Kommunikation als in anderen „Räumen“, in denen sexuelle Kontakte mit HIV-Infektionsrisiken verbunden sind.<sup>13</sup>

Die These von solchen unterschiedlichen „Räumen“ mit unterschiedlichen „Normalitäten“ (insbesondere auch hinsichtlich der HIV-Prävalenz in diesen „Räumen“) lässt sich anhand der unterschiedlichen Kommunikationsmuster erhärten, aufgrund derer HIV-positive MSM einer-

<sup>12</sup> Das generalisierte Absehen von präventiven Vorkehrungen wird häufig wenig präzise als „Sorglosigkeit“ bezeichnet.

<sup>13</sup> Beispielsweise wäre eine Sex-Party, zu der ausschließlich Nicht-Infizierte Zugang hätten, weder sozial wünschenswert noch technisch durchführbar, da selbst die rigoroseste Testpolitik – HIV-Test an der Eingangstür und Abweisung all derer, bei denen der Suchtest positiv ist – aufgrund des diagnostischen Fensters nicht garantieren könnte, dass tatsächlich kein Übertragungsrisiko bestünde. Umgekehrt ist dies sehr wohl denkbar und wird von MSM mit HIV auch bereits vorsichtig formuliert (sowohl in der Positiven-Selbsthilfe als auch in Internetforen, zum Beispiel auf [www.barebackcity.de](http://www.barebackcity.de)): Es gibt durchaus Vorschläge, das HIV-Infektionsrisiko auf expliziten Bareback-Partys dadurch nicht nur minimieren, sondern auf Null zu reduzieren, indem der Zugang mithilfe eines vor Ort durchzuführenden HIV-Schnelltests nur denen gestattet wird, die bereits infiziert sind.



seits, und HIV-negative oder ungetestete MSM andererseits zu der Einschätzung gelangen, ihr Sexualpartner sei HIV-positiv,

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich *direkte* und *indirekte* Kommunikationsformen jeweils zusammensetzten. Die **Abbildungen 6.13a** und **6.13b** sind genauso aufgebaut wie die **Abbildungen 6.12a** und **6.12b**, nur dass der untere Balkenanteil, der zuvor direkte Kommunikationsmuster kennzeichnete, jetzt aufgeschlüsselt wurde nach eigener Nachfrage und Offenlegung durch den Sexualpartner, und der obere Balkenanteil, der zuvor indirekte Kommunikationsmuster zusammenfasste, ob die Einschätzung des HIV-Serostatus indirekt anhand von Äußerungen oder Äußerlichkeiten vorgenommen wurde, aus Aussagen Dritter (Freunde, Bekannte oder auch dem Chatprofil) geschlossen wurde, oder lediglich aus der Tatsache abgeleitet wurde, dass der Sexualpartner nicht von sich aus auf die Kondomverwendung bestand.

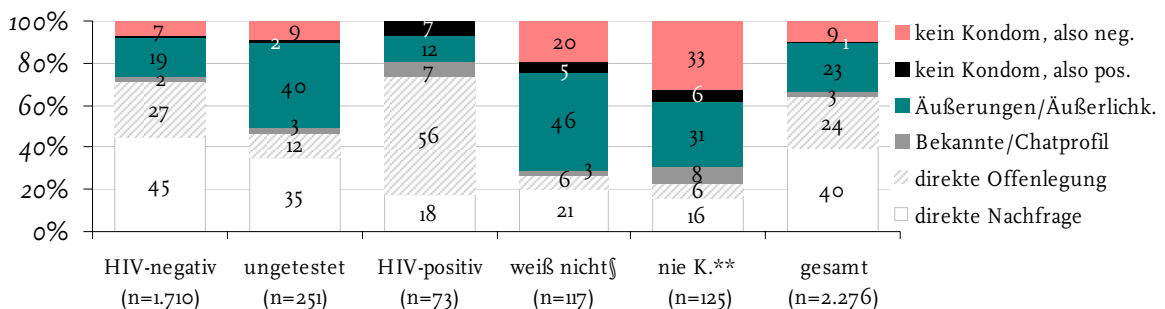
Die Mehrheit (56%) der wenigen zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Männer, die der Meinung sind, ihr letzter Sexualpartner sei HIV-positiv gewesen, wurde von ihrem HIV-infizierten Sexualpartner auf dessen HIV-Infektion ungefragt hingewiesen (**Abbildung 6.13a**). In Anbetracht der Schwierigkeiten, beim flüchtigen Sex, um den es sich außerhalb einer festen Partnerschaft vielfach handelt, verbindlich und verbal zu kommunizieren, spricht dieser Anteil für ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein auf Seiten der HIV-Infizierten. In der Gruppe der HIV-positiven Befragten (**Abbildung 6.13b**) ist der entsprechende Anteil mit 32 Prozent deutlich geringer, obwohl es für einen HIV-positiven Mann sehr viel einfacher ist, die eigene HIV-Infektion gegenüber einem ebenfalls Infizierten offenzulegen.

**Abbildung 6.13a:** Quellen für die Einschätzung des HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften<sup>114</sup>

Basis: **HIV-negativ oder ungetestete** Befragte, die angeben, dass der letzte Analverkehr außerhalb der festen Partnerschaft praktiziert wurde und die nicht *grundsätzlich Safer Sex* praktizieren (n=2.548)

§ „Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst“

\*\* „Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner“

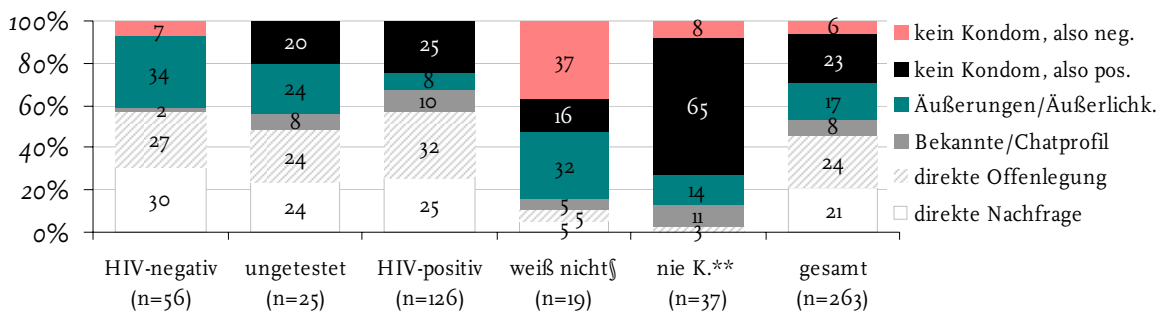


Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

**Abbildung 6.13b:** Quellen für die Einschätzung des HIV-Serostatus außerhalb fester Partnerschaften

Basis: **HIV-positiv** Befragte, die angeben, dass der letzte Analverkehr außerhalb der festen Partnerschaft praktiziert wurde und die nicht *grundsätzlich Safer Sex* praktizieren (n=263); § „Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst“

\*\* „Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner“



Vermuteter Serostatus des Partners beim letzten Analverkehr bzw. grundsätzliche Einstellung zum Kondom

<sup>114</sup> Eine Aufschlüsselung der Legende findet sich in **Tabelle 6.1**.

Auch wenn das direkte Gespräch über den HIV-Serostatus keine Garantie dafür darstellt, dass die erhaltene Information korrekt ist – denkbar sind sowohl bewusste Täuschung (z.B. aus Angst vor Diskriminierung und/oder Abbruch des sexuellen Kontakts) als auch mangelnde Aktualität des letzten Testergebnisses – so ist die Information aus einem direkten Gespräch in den allermeisten Fällen verlässlicher als Rückschlüsse, die aus Angaben im Chatprofil, aus Aussagen Dritter oder anhand des äußeren Erscheinungsbildes oder des Verhaltens gezogen werden.

Es ist bemerkenswert, dass 19 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Befragten, die ihren letzten Sexualpartner für negativ (und 40 Prozent, die diesen für ungetestet hielten), diese Einschätzung aufgrund von Äußerlichkeiten getroffen oder indirekt aus Äußerungen geschlossen haben. Ansonsten sind Alter, äußeres Erscheinungsbild etc. für MSM mit HIV sehr viel seltener Grundlage einer Serostatus-Abschätzung, vermutlich weil sie sehr viel besser mit den Symptomen der HIV-Infektion bzw. mit den Nebenwirkungen der antiretroviralen Medikamente vertraut sind.

Die Aussagen von Bekannten spielen in der vorliegenden Analyse eine zu vernachlässigende Rolle (ein Prozent aller Befragten) und wurden daher mit dem Chatprofil als Quellen der Serostatus-Abschätzung zusammengefasst. Auf ein Chatprofil, das besagt, der Sexualpartner sei HIV-negativ, verlassen sich nur zwei Prozent aller Befragten; hier gibt es keine Unterschiede hinsichtlich des Serostatus des Befragten. Ein Chatprofil hingegen, das seinen Besitzer als HIV-positiv kennzeichnet, scheint in einem sehr viel höheren Ausmaß (HIV-Negative/Ungetestete: 7%, HIV-Positive: 10%) als Grundlage einer glaubhaften Einschätzung des Serostatus zu dienen. Da für einen HIV-negativen Mann kaum Anlass besteht, sich in seinem Chatprofil als HIV-positiv darzustellen, ist dieser Unterschied plausibel.

Sowohl in der Gruppe der HIV-Negativen/Ungetesteten als auch in der Gruppe der HIV-Positiven haben jeweils sieben Prozent der Aussage gewählt: *„Ich bin davon ausgegangen, dass er HIV-negativ ist, sonst wäre er nicht bereit gewesen, ohne Kondom zu ficken“*. Diese Haltung ist vor allem deshalb problematisch, da der komplementären Aussage *„Ich bin davon ausgegangen, dass er HIV-positiv ist, sonst wäre er nicht bereits gewesen (...)“* von HIV-negativen/ungetesteten Befragten genauso häufig, und von HIV-Positiven sehr viel häufiger (25%) zugestimmt wird. Dies gilt umso mehr für HIV-Positive, die von sich sagen, meistens keine Kondome zu verwenden und auch nicht nach dem HIV-Status ihrer Sexualpartner zu fragen („frage nie“). Hier ist für 24 von 37 Befragten der Kondomverzicht des Sexualpartners mit Seropositivität gleichzusetzen. Dabei gilt wiederum: Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind viele „Räume“, in denen sich HIV-Positive bewegen und sexuelle Kontakte eingehen, sehr viele eher derartig konstituiert, dass die Vermutung, jemand sei bereits positiv, weil er nicht auf das Kondom besteht, auch tatsächlich zutrifft. Für Nicht-Eingeweihte können daraus jedoch durch das Fehlen einer entsprechenden „Etikettierung“ drastische Fehleinschätzungen hinsichtlich des Infektionsrisikos mit HIV oder anderen STI die Folge sein.

### 3.3 Ungeschützter Analverkehr in festen Partnerschaften

In **Abbildung 4.12 (Abschnitt IV.42)** wurde bereits dargestellt, wie häufig oder wie regelhaft Kondome beim Analverkehr innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften verwendet werden. Dabei berichteten 30 Prozent aller Befragten, die im Jahr vor der Befragung einen festen Partner hatten (n=4.245), und 69 Prozent aller Befragten mit anal-genitalen Kontakten zu anderen Männern als dem primären Partner (n=4.281) über durchgängigen Kondomgebrauch. In diesem Abschnitt soll untersucht werden, wie sich dies für den *letzten* Analverkehr mit dem festen Freund darstellt.

Bezogen auf den *letzten* Analverkehr lauten die entsprechenden Anteile 27 Prozent (n=2.154) und 56 Prozent (n=2.567). Dies spricht für eine hohe interne Konsistenz der in der Befragung erhobenen Daten.

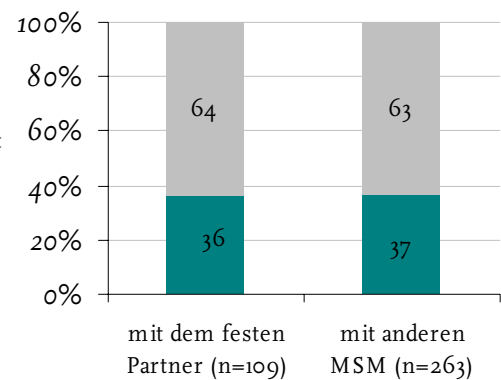
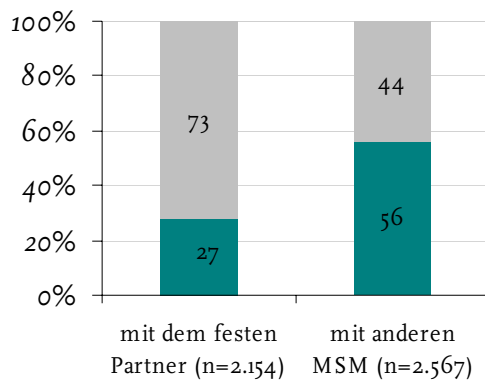
Zuletzt HIV-negativ getestete (und ungetestete) Befragungsteilnehmer geben zu 26 Prozent (29%) an, beim *letzten* Analverkehr ein Kondom verwendet zu haben, wenn er mit dem festen Freund praktiziert wurde; bei 60 Prozent (54%) war der *letzte* Analverkehr mit einem anderen Sexualpartner geschützt. Bei HIV-positiven MSM hingegen sind die Anteile derer, die innerhalb oder außerhalb der Partnerschaft beim *letzten* Analverkehr ein Kondom verwendet haben, mit 36 Prozent bzw. 37 Prozent (vgl. **Abbildung 6.14**) praktisch gleich.

**Abbildung 6.14:** Kondomverwendung beim letzten Analverkehr innerhalb und außerhalb fester Beziehungen

Basis: Befragte mit Analverkehr

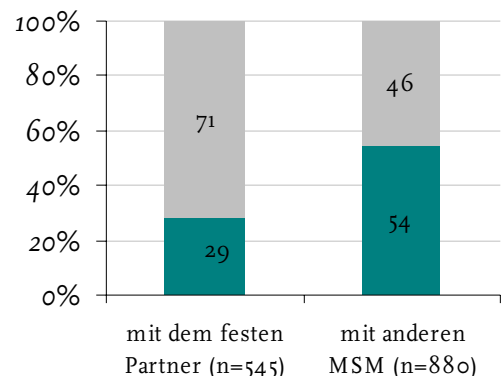
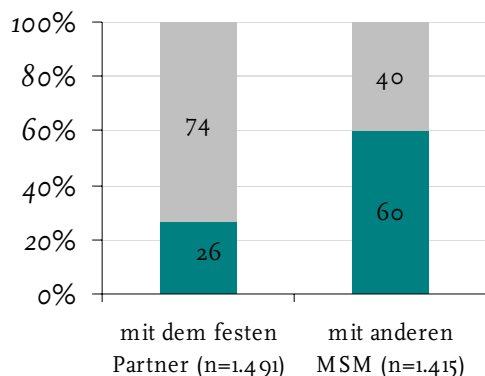
links: alle Befragte

rechts: HIV-positive Befragte



links: HIV-negative Befragte

rechts: ungetestete Befragte



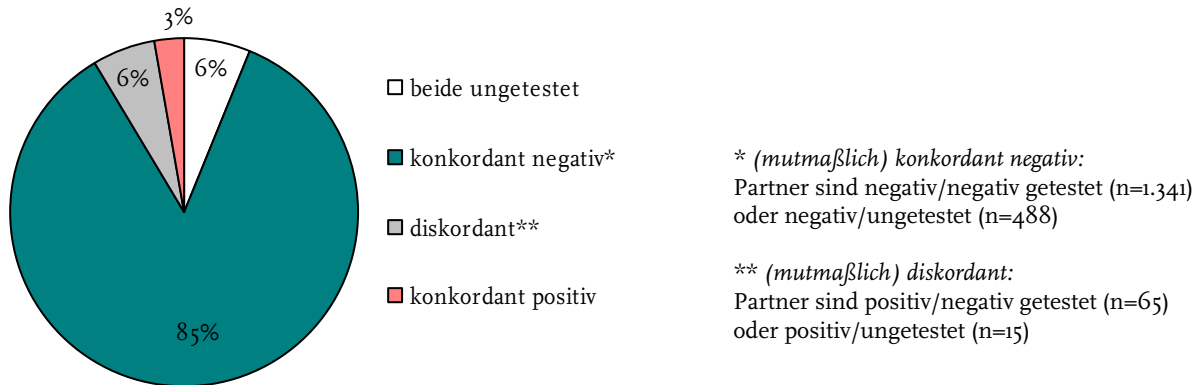
Es lässt sich insgesamt festhalten, dass etwa in jeder dritten gleichgeschlechtlichen festen Partnerschaft Kondome beim Analverkehr so regelmäßig und durchgängig verwendet werden, dass auch der *letzte* Analverkehr mit diesem festen Partner geschützt gewesen ist. In welchem Ausmaß innerhalb fester Partnerschaften versucht wird, HIV-Übertragungsrisiken mit dem festen Partner zu minimieren, wird dann sichtbar, wenn mithilfe des Wissens um den bzw. der

Einschätzung des Serostatus des festen Partners danach unterschieden wird, ob es sich um serokonzordante oder serodiskordante Partnerschaften handelt.

In **Abbildung 6.15** ist zunächst dargestellt, ob MSM in fester Partnerschaft, die Aussagen zum letzten Analverkehr und zur Einschätzung des Serostatus ihres festen Partners gemacht haben, in serokonzordanten oder serodiskordanten Partnerschaften leben. Dabei fällt auf, dass im Vergleich mit allen festen Paaren in der Gesamtstichprobe (vgl. **Abbildung 6.4**) der Anteil konkordant positiv getesteter Partner gleich ist (3%), jedoch sowohl diskordante Partnerschaften (6%) als auch solche, bei denen beide Partner ungetestet sind (6%), unterrepräsentiert sind.

**Abbildung 6.15:** HIV-Serostatus in festen Partnerschaften

Basis: Befragte, die angeben, dass der letzte Analverkehr innerhalb der festen Partnerschaft praktiziert wurde und die nicht grundsätzlich Safer Sex praktizieren (n=2.148)

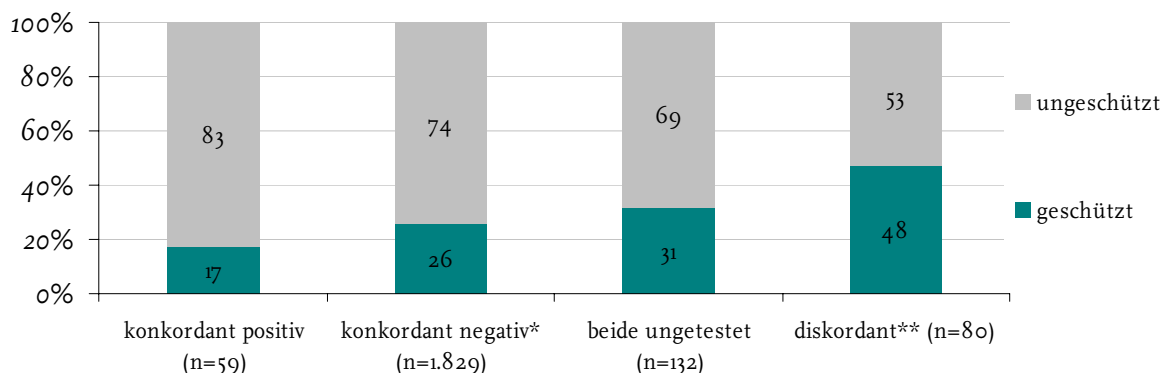


Zwei (nahe liegende) Erklärungen lassen sich anhand der Daten belegen: Die eine lautet, dass sowohl in diskordanten Partnerschaften als auch in solchen, in denen beide Partner ungetestet sind, Analverkehr deutlich seltener praktiziert wird als in anderen Konstellationen. Gleichzeitig ist bei diskordanten und ungetestet/ungetestet-Paaren der Anteil derer, die angeben, aus grundsätzlichen Erwägungen immer Safer Sex zu praktizieren, am höchsten.

In den verbleibenden (mutmaßlich) diskordanten Partnerschaften, also bei Paaren, in denen Analverkehr stattfindet und das Kondom nicht durchgehend verwendet wird, war der letzte Analverkehr in 48 Prozent der Fälle geschützt (vgl. **Abbildung 6.16**). In (mutmaßlich) negativ-konkordanten Partnerschaften beträgt der entsprechende Anteil 26 Prozent.

**Abbildung 6.16:** Kondomverwendung beim letzten Analverkehr mit dem festen Partner

Basis: Befragte in fester Partnerschaft mit Analverkehr (n=2.100)



Das bedeutet, dass in (mutmaßlich) konkordant-negativen Partnerschaften, in denen nicht regelmäßig Safer Sex praktiziert wird, etwa bei jedem Vierten der letzte Analverkehr ungeschützt war. Diese Gruppe ist zwar mit Abstand die größte, die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion innerhalb jeder dieser Partnerschaften jedoch gering.

In diskordanten Partnerschaften hingegen, in denen nicht regelmäßig Safer Sex praktiziert wird (und das trifft in der vorliegenden Stichprobe auf immerhin mindestens 50 Prozent der Fälle in

dieser Gruppe zu!), war bei jedem zweiten Befragten der letzte Analverkehr ungeschützt; die Übertragungswahrscheinlichkeit für HIV hängt somit nur noch von biologischen Faktoren ab, insbesondere von der Konzentration viraler Partikel bzw. virushaltiger Zellen im Ejakulat und im Rektalsekret.

Zukünftige Präventionsanstrengungen sollten daher die Bedeutung einer kontinuierlichen und auf ihre Wirksamkeit kontrollierten antiretroviralen Therapie HIV-positiver MSM in diskordanten Partnerschaften betonen. Auch wenn die Indikation für eine medikamentöse Behandlung der HIV-Infektion immer eine individuelle Entscheidung ist und bleiben muss, die in erster Linie auf den sekundärpräventiven Gewinn des HIV-Infizierten abzielt, sollte nicht übersehen werden, dass ohne eine antiretrovirale Behandlung des Infizierten ein ausgesprochen hohes HIV-Übertragungsrisiko innerhalb der festen Beziehung besteht.



## VII Auswirkungen von HIV-Testverhalten, Antiretroviraler Therapie (ART) und Postexpositionsprophylaxe (PEP) auf das präventive Verhalten

### 1. Zusammenhang zwischen Test- und präventivem Verhalten

In diesem Abschnitt geht es darum zu untersuchen, ob im Rahmen dieser Befragung gezeigt werden kann, in welchem Ausmaß HIV-Tests von MSM jeweils unter *primär-* oder *sekundärpräventiven* Gesichtspunkten durchgeführt werden, und welchen Einfluss das Testverhalten auf das präventive Verhalten hat.

Wesentlicher Bestandteil des bundesdeutschen Gesamtkonzepts der HIV-Prävention war bislang neben der Formulierung allgemeiner und gruppenspezifischer Präventionsbotschaften der Aufruf, sich nach definierten Risikosituationen *freiwillig* – und wenn gewünscht *anonym* – im Rahmen eines ausführlichen Beratungsgesprächs auf HIV-Antikörper testen zu lassen. Aufgrund der in den 1980er Jahren fehlenden therapeutischen Konsequenzen – und der gleichzeitigen Möglichkeit weitreichender psychischer Konsequenzen im Falle der Mitteilung eines positiven Testergebnisses – war der HIV-Antikörpertest gerade bei den AIDS-Hilfen in Deutschland umstritten.<sup>115</sup>

Bereits Anfang der 1990er Jahre wurde in Anbetracht der Möglichkeit, bei fortgeschrittener HIV-Infektion prophylaktisch Medikamente gegen opportunistische Infektionen einzunehmen, diese eher ablehnende Haltung gegenüber dem HIV-Test aufgeweicht und der Test unter *sekundärpräventiven* Gesichtspunkten (d.h. zur Verminderung negativer gesundheitlicher Folgen bei bereits erfolgter HIV-Infektion) für sinnvoll erachtet<sup>116</sup>. Spätestens seit der Verfügbarkeit nachhaltig wirksamer antiretroviraler Medikamente (Dreifachkombination, HAART) wird der HIV-Antikörpertest als Mittel der Sekundärprävention zunehmend befürwortet. Breit beworben wird der HIV-Antikörpertest von Seiten der AIDS-Hilfen in Deutschland jedoch erst seit etwa 2005. Dazu entwarf die Deutsche AIDS-Hilfe unter dem Motto „Weißt Du’s? Ein HIV-Test schafft Klarheit“ ein neues Medienpaket (Streichholzschachteln, Broschüren, Plakate). Darin werden für MSM drei Gründe genannt, einen HIV-Antikörpertest durchzuführen:

- (1) „(...) ‚Bilanztest‘ / ‚Verlobungstest‘: Man möchte künftig innerhalb einer Partnerschaft auf das Kondom verzichten und will sichergehen, dass keiner der Partner HIV-infiziert ist. (...)
- (2) Gewissheit nach einer Situation mit Übertragungsrisiko: Man befürchtet, sich mit HIV infiziert zu haben, weil man eine Situation mit einem Übertragungsrisiko erlebt hat, und will Gewissheit (...)
- (3) Symptome/Therapiebeginn: Man hat Symptome, die auf eine HIV-Infektion hindeuten könnten, und/oder möchte gegebenenfalls rechtzeitig eine Therapie beginnen (...)“<sup>117</sup>

In der unter Immunologen, Virologen, klinisch tätigen Ärzten und HIV-Aktivisten geführten aktuellen Diskussion um den richtigen Zeitpunkt des Beginns einer antiretroviralen Kombinationstherapie besteht trotz erheblicher Differenzen dahingehend Einigkeit, dass Menschen mit HIV bereits vor dem Auftreten immunschwächebedingter Symptome medikamentös behandelt werden sollen. Auch wenn die Deutsche AIDS-Hilfe in der genannten Broschüre darauf hinweist, den HIV-Test in erster Linie unter sekundärpräventiven Gesichtspunkten zu befürworten, erfüllt nur der unter (3) genannte Punkt dieses Kriterium, während (2) eine Zwischenstellung einnimmt und (1) eindeutig einen primärpräventiven Charakter hat.

---

<sup>115</sup> Österreichische AIDS-Hilfen hingegen haben die Durchführung von HIV-Antikörpertests bereits 1985 angeboten. Die dortige Kampagne „Belüg Dich nicht! Geh zum Test!“ (2003) schien auch primärpräventive Aspekte wieder stärker in den Mittelpunkt zu stellen.

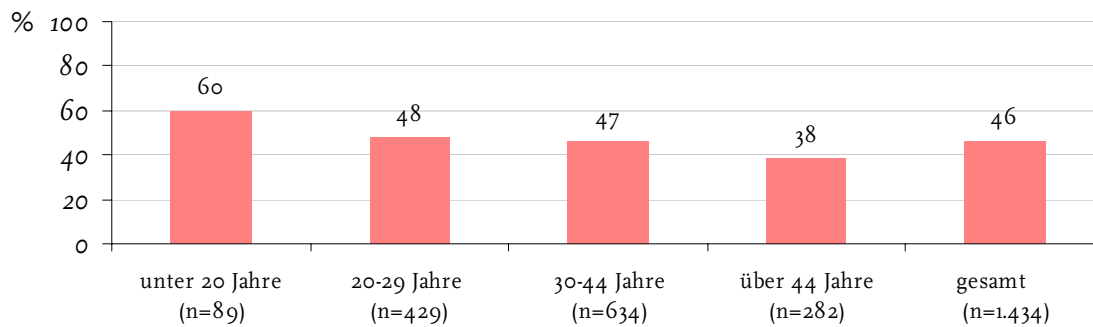
<sup>116</sup> vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 1992

<sup>117</sup> vgl. Deutsche AIDS-Hilfe 2005

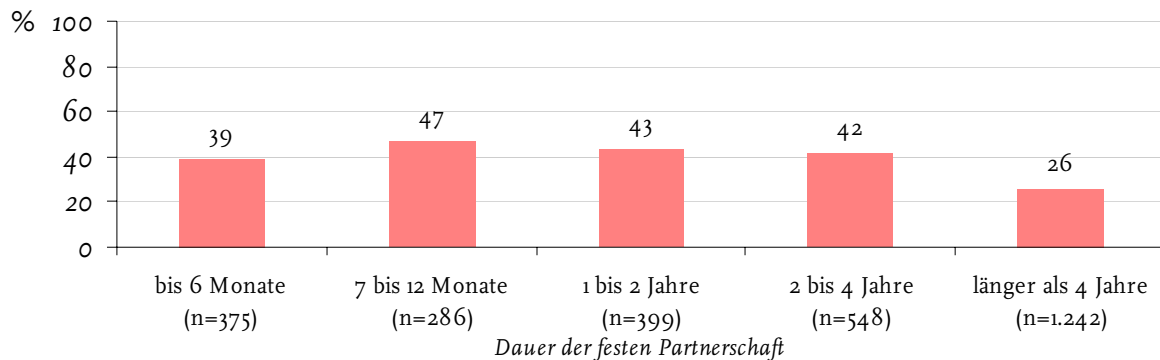
### (1) HIV-Test als Primärprävention

In der vorliegenden Befragung wird der „Bilanz-/Verlobungstest“ von einem Viertel aller jemals auf HIV getesteten MSM und von fast der Hälfte (46%) aller Befragten in fester „monogamer“ Partnerschaft als Grund für die Durchführung eines HIV-Tests angegeben; die Formulierung im Fragebogen lautete: „Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten“. Hierbei zeigt sich – anders als bei allen anderen genannten Gründen für den Test – eine klare Altersabhängigkeit: Jüngere MSM scheinen eher zum „Bilanz-/Verlobungstest“ zu neigen als Ältere (vgl. **Abbildung 7.1a**). Auch 46 Prozent aller Befragten, die in ihren festen Partnerschaften Kondome nur selten oder nie verwenden, geben als Grund für den letzten HIV-Test den Wunsch nach Kondomverzicht mit dem festen Freund an. Vor allem in festen Partnerschaften, die länger als ein halbes Jahr aber kürzer als vier Jahre bestehen, scheint der „Bilanz-/Verlobungstest“ eine große primärpräventive Bedeutung zu haben (vgl. **Abbildung 7.1b**).

**Abbildung 7.1a:** Grund für den letzten HIV-Test: „Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten“  
Basis: Befragte mit HIV-Test in fester „monogamer“ Partnerschaft (n=1.434)<sup>118</sup>



**Abbildung 7.1b:** Grund für den letzten HIV-Test: „Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten“ in Abhängigkeit von der Dauer der festen Partnerschaft. Basis: Befragte mit HIV-Test in fester Partnerschaft (n=2.850)



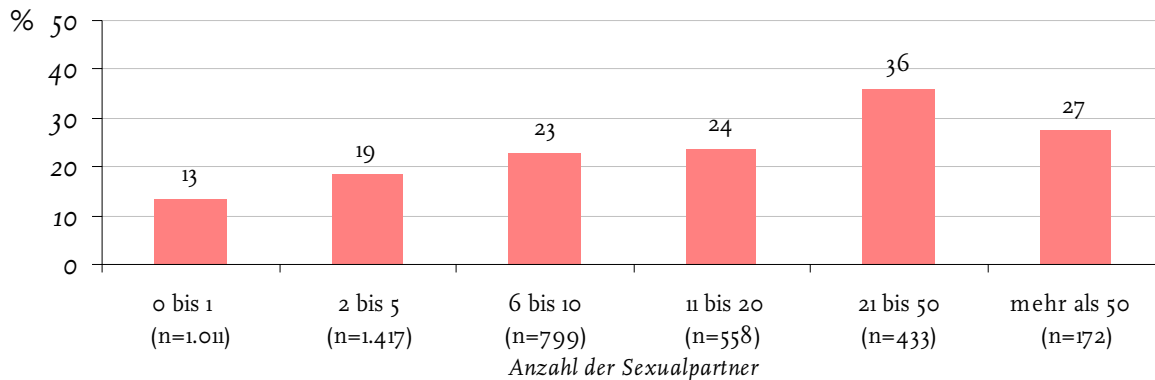
<sup>118</sup> Bei entsprechenden Befragten in fester „offener“ Beziehung zeigt sich zwar eine ähnliche Altersabhängigkeit (abgesehen davon dass „offene“ Beziehungen in der vorliegenden Stichprobe bei unter-20-Jährigen fast nicht vorkommen), der Grad der Zustimmung ist hier jedoch bei weitem nicht so ausgeprägt, hier überwiegen stattgefunden Risikokontakte als Grund für den Test.



## (2) HIV-Test nach Übertragungsrisiko und präventives Verhalten

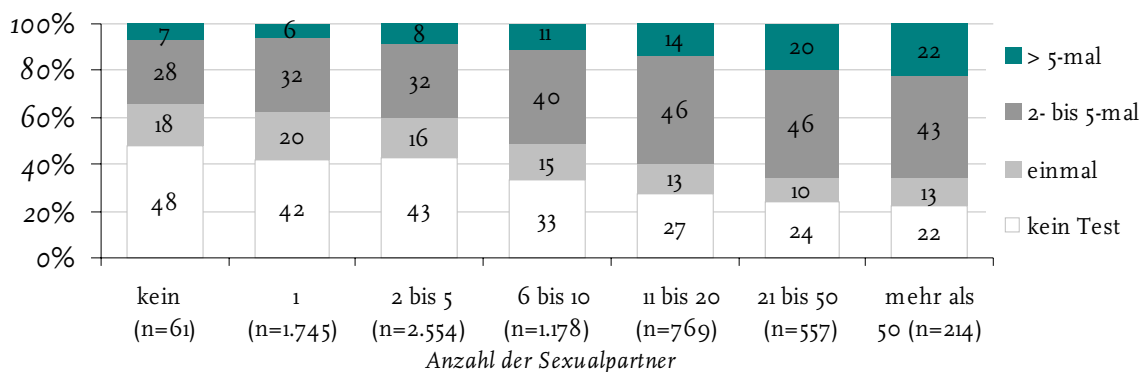
Wie bereits dargestellt (vgl. **Abschnitt IV**), hängt die Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte („Risikokontakte“) eng mit der Anzahl unterschiedlicher Sexualpartner zusammen. MSM geben umso häufiger „Risikokontakte“ als Grund für den letzten HIV-Antikörpertest an, je mehr unterschiedliche Sexualpartner sie im Jahr vor der Befragung hatten, bzw. je häufiger ungeschützter Analverkehr mit Sexualpartnern (außerhalb der festen Partnerschaft) angegeben wird, deren HIV-Status dem Befragten unbekannt war. Dabei fällt auf, dass bei sehr hoher Partnerzahl eine Art Gewöhnungseffekt einzutreten scheint (vgl. **Abbildung 7.2**) und „Risikokontakte“ weniger als solche wahrgenommen werden bzw. nicht dazu führen, dass jeweils im Anschluss ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wird. Lebenspraktisch erscheint es allerdings auch unrealistisch, dazu aufzurufen, häufiger als zweimal jährlich einen HIV-Antikörpertest durchführen zu lassen. Zudem stellt sich bereits bei zweimal jährlichen HIV-Tests die Frage, ob hier im Vergleich zu jährlichen Tests noch ein sekundärpräventiver Zugewinn überhaupt möglich ist.

**Abbildung 7.2:** Grund für den letzten HIV-Test: „Ich hatte einen oder mehrere Risikokontakt(e)“, nach Partnerzahl  
Basis: zuletzt HIV-negative Befragte (n=4.390)



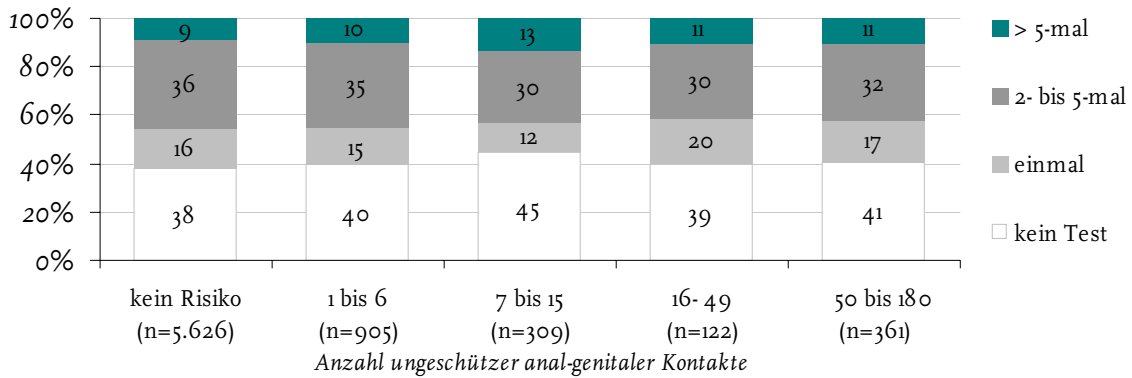
Erwartungsgemäß besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Testhäufigkeit und der Anzahl der Sexualpartner, die Korrelation ist aber ausgesprochen schwach (vgl. **Abbildungen 7.3**). Dabei sei jedoch hervorgehoben, dass sich die Testhäufigkeit auf einen längeren Zeitraum bezieht als die Fragen zur Anzahl der Sexualpartner.

**Abbildung 7.3:** Häufigkeit des HIV-Antikörpertests nach Anzahl der Sexualpartner in den letzten 12 Monaten  
Basis: ungetestete oder zuletzt HIV-negative Befragte (n=7.078)

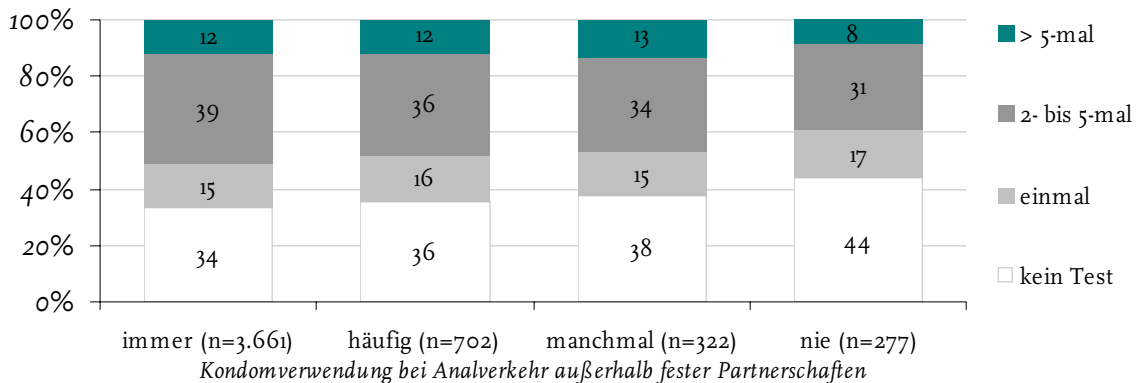


Kein Zusammenhang lässt sich feststellen zwischen Testhäufigkeit und der Anzahl ungeschützter anal-genitaler Kontakte (bei unbekanntem oder diskordantem Serostatus, **Abbildung 7.4**) oder der Durchgängigkeit im Kondomgebrauch beim Analverkehr mit Sexualpartnern außerhalb fester Partnerschaften (**Abbildung 7.5**).<sup>119</sup>

**Abbildung 7.4:** Häufigkeit des HIV-Antikörpertests nach Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte  
Basis: ungetestete oder zuletzt HIV-negative Befragte (n=7.323)



**Abbildung 7.5:** Häufigkeit des HIV-Antikörpertests nach Durchgängigkeit der Kondomverwendung mit Sexualpartnern außerhalb der festen Partnerschaft. Basis: ungetestete oder zuletzt HIV-negative Befragte (n=4.962)



In der vorliegenden Stichprobe mit den vorhandenen Variablen kann somit kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Testhäufigkeit und dem präventiven Verhalten beim Sex empirisch belegt werden. Erneut sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich die Testhäufigkeit auf einen längeren Zeitraum bezieht als die Fragen zur Durchgängigkeit der Kondomverwendung oder der ungeschützten anal-genitalen Kontakte.

Unterschiedliche Verhaltensweisen in unterschiedlichen Lebensphasen oder biografischen Abschnitten können in dieser Darstellung nicht berücksichtigt werden.

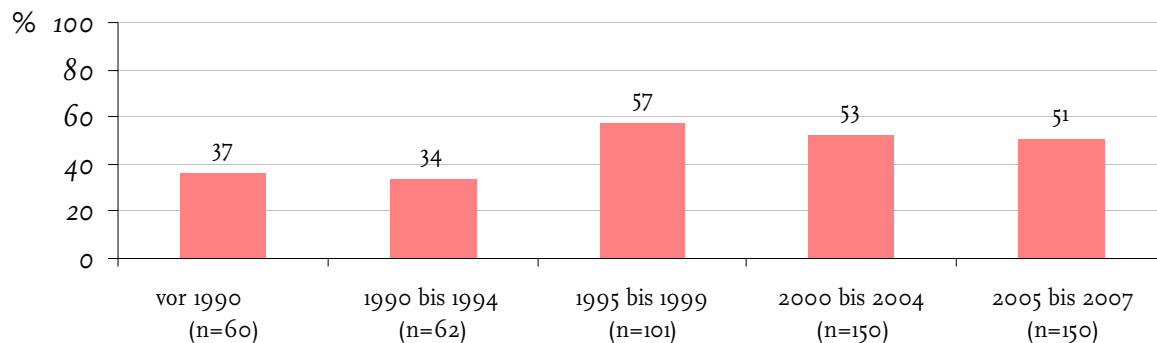
<sup>119</sup> Die in **Abbildung 7.5** noch sichtbaren geringen Unterschiede sind nach Altersadjustierung nicht mehr vorhanden.

### (3) HIV-Test als Sekundärprävention

Werden positiv und negativ getestete Befragte miteinander verglichen, fällt auf, dass 34 Prozent der HIV-Positiven als Grund für ihren letzten (positiven) Test angeben, Krankheitszeichen bemerkt zu haben<sup>120</sup>, bei zuletzt negativ Getesteten beträgt dieser Anteil nur fünf Prozent.

Werden inhaltlich ähnliche Antwortmöglichkeiten berücksichtigt<sup>121</sup>, zeigt sich, dass sekundärpräventive Aspekte bei HIV-positiven Befragten nach eigenen Angaben in 49 Prozent der Fälle dazu geführt haben, den letzten HIV-Test durchführen zu lassen – gegenüber 17 Prozent bei zuletzt negativ getesteten Befragten. Auch MSM, bei denen die HIV-Diagnose seit 1995 festgestellt wurde, nennen häufiger Symptome oder die Möglichkeit der rechtzeitigen Behandlung als Gründe für ihren letzten (positiven) Test. Dies könnte darauf hindeuten, dass das Wissen um wirksame Therapieoptionen, die etwa seit 1996 bestehen, sich auf das Testverhalten ausgewirkt hat. Dabei sei jedoch einschränkend angemerkt, dass es nicht unwahrscheinlich ist, dass MSM, die im Rahmen einer symptomatischen HIV-Infektion vor 1995 positiv getestet wurden, mittlerweile verstorben und somit nicht mehr in der Stichprobe enthalten sind. Ebenfalls nicht unwahrscheinlich ist, dass das unterschiedliche Antwortverhalten von zuletzt HIV-negative getesteten und HIV-positiven Befragten eine retrospektive Rechtfertigungslogik abbildet. Für jemanden mit positivem Testergebnis, dessen Immunschwäche noch nicht fortgeschritten ist, kann es von hoher Bedeutung sein, sich zu vergegenwärtigen, dass die frühe Diagnosestellung für ihn mit Vorteilen verbunden ist. Für jemand mit einem zuletzt negativen Testergebnis hingegen könnte eher die Erleichterung im Vordergrund stehen, dass die erinnerte Risikosituation nicht zu einer Übertragung geführt hat.

**Abbildung 7.6:** Sekundärprävention als Grund rund für den letzten (positiven) HIV-Test nach Diagnosejahr  
Basis: HIV-positive Befragte



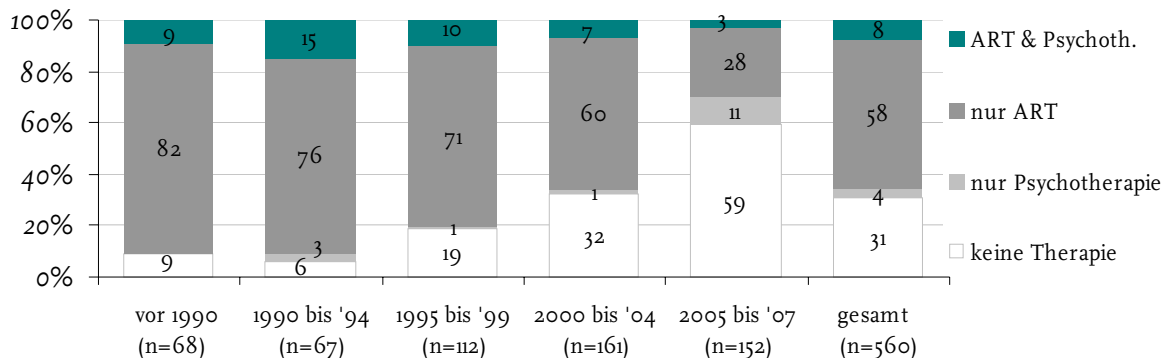
<sup>120</sup> „Ich bemerkte Krankheitsanzeichen, die möglicherweise auf eine AIDS-Erkrankung hinwiesen“

<sup>121</sup> Zusätzlich oder alternativ eine der folgenden Antwortmöglichkeiten: „Ich wollte die Möglichkeit haben, mich frühzeitig behandeln zu lassen“ oder „Ich dachte, ich sei so besser vorbereitet, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern“.

## 2. Häufigkeit der ART-Verordnung und Auswirkung der ART bei HIV-Positiven auf das präventive Verhalten

Zwei Drittel (66%) der HIV-positiven Befragten nehmen derzeit antiretrovirale Medikamente ein. Dieser Anteil ist abhängig davon, wie lange die Diagnose bereits zurückliegt: Befragte mit HIV-Erstdiagnose vor dem Jahr 2000 werden zu einem deutlich höheren Anteil antiretroviral behandelt, Befragte mit HIV-Erstdiagnose nach 2004 zu einem erheblich niedrigeren Anteil. Befragte ohne antiretrovirale Therapie (ART), die ihre Erstdiagnose vor 1995 erhalten haben, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit so genannte Langzeitüberlebende (*long-term-non-progressors*) und somit in der Stichprobe überrepräsentiert. Etwa jeder achte Befragte (12%) wird „wegen der HIV-Infektion“ psychotherapeutisch behandelt. Bei erst kürzlich (seit 2005) als HIV-positiv diagnostizierten MSM erhalten 14 Prozent eine psychotherapeutische Behandlung aufgrund ihrer HIV-Infektion. Dies unterstreicht die nach wie vor hohe psychische Belastung eines positiven HIV-Antikörpertests. Naturheilkundliche Verfahren spielen kaum noch eine Rolle (insgesamt 3,2%) – schon gar nicht als alleinige Behandlungsform (0,7%) – und werden deshalb nicht dargestellt.

**Abbildung 7.7:** Anteil HIV-positive Befragte mit ART bzw. Psychotherapie nach Diagnosejahr  
Basis: HIV-positive Befragte

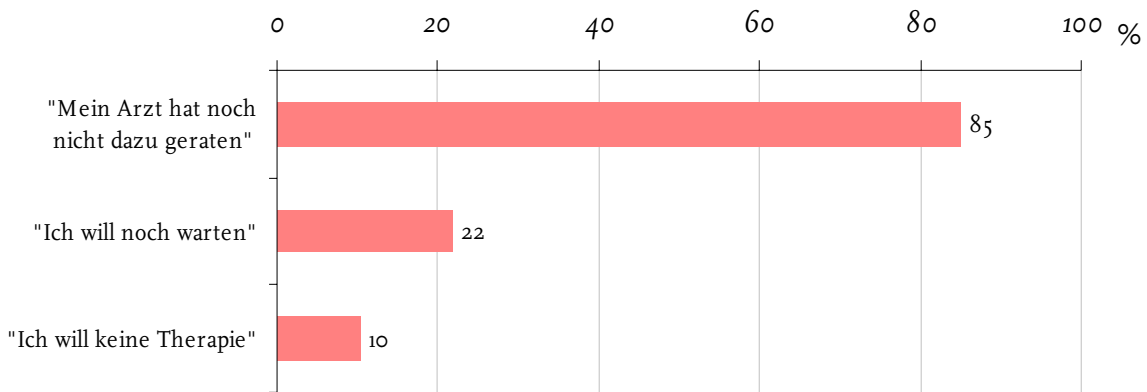


Von den 194 HIV-positiven Befragten *ohne* ART nannten 89 Prozent Gründe dafür, warum sie noch nicht antiretroviral behandelt werden (vgl. **Abbildung 7.8**). Im Vergleich mit der Befragung von 2003, als diese Frage erstmalig gestellt wurde, ergeben sich hier erhebliche Unterschiede: 2003 gaben 58 Prozent eine ablehnende Haltung des Arztes an, 2007 liegt dieser Anteil bei 85 Prozent. Drei Erklärungsmöglichkeiten bieten sich an: Zum einen ist zu beobachten, dass viele Behandler den Therapiebeginn für ihre HIV-infizierten Patienten etwa seit Beginn der 2000er Jahre immer weiter nach hinten verlegt haben. Zum anderen wäre es möglich, dass im Rahmen der zunehmenden Bewerbung des HIV-Tests HIV-Infektionen bei MSM früher erfasst werden, also zu einem Zeitpunkt, wo der absolute und relative Anteil an Helferzellen im Blut noch hoch genug ist und die Schwächung der zellulären Immunantwort noch nicht so weit fortgeschritten ist. Schließlich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass der Unterschied zum Teil einen *Sampling*-Effekt darstellt. Dies halten wir jedoch für unwahrscheinlich, da sowohl 2003 als auch 2007 jeweils etwa die Hälfte der HIV-positiven Befragten über das Internet, die andere Hälfte über die Schwulenpresse erreicht wurden.

22 Prozent der diesjährigen Befragungsteilnehmer gab an, selbst noch warten zu wollen (2003: 28%), und zehn Prozent zeigten sich selbst ablehnend einer Therapie gegenüber (2003: 19%). Letzteres könnte darauf hindeuten, dass die Angst vor der physischen, psychischen und lebenspraktischen Belastung der Kombinationstherapien gesunken ist. In Anbetracht der in diesem Zeitraum doch erheblich vereinfachten Therapieschemata (Einnahme zum Teil nur einmal täglich) wäre eine solche Reaktion durchaus plausibel.

**Abbildung 7.8:** Gründe HIV-positiver MSM gegen eine antiretrovirale Therapie (ART)

Basis: HIV-positive Befragte ohne ART (n=173; Mehrfachantwort)



Die lebensverlängernde Wirkung der Kombinationstherapien wird von zwei Dritteln (65%) aller Befragten gesehen; bei HIV-Positiven liegt dieser Anteil mit 75 Prozent nur unwesentlich höher. Dass AIDS im Jahre 2007 endgültig „geheilt“ werden kann, glauben nur drei Prozent aller Befragten, 84 Prozent hingegen lehnen diese Aussage vollständig ab. Dies bedeutet wie schon 2003, dass die große Mehrheit der Befragten den therapeutischen Wert der Kombinationstherapien sieht, ohne die Grenzen ihrer Wirksamkeit zu verkennen (vgl. **Tabelle 7.1**).

**Tabelle 7.1:** Aussagen zur ART bei Befragten mit unterschiedlichem HIV-Testergebnis (n=8.145)

„Die neuen Kombinationstherapien bewirken, ...“	stimme	stimme	keine
	zu	nicht zu	Angabe
	%	%	%
<b>...dass behandelte Menschen mit HIV/AIDS das Virus nicht mehr übertragen.“</b>			
Test negativ	3	87	10
Test positiv	5	92	3
nicht getestet	5	79	16
<b>...dass Menschen mit HIV und AIDS länger leben.“</b>			
Test negativ	68	22	9
Test positiv	75	23	2
nicht getestet	56	27	17
<b>...dass AIDS endgültig geheilt werden kann.“</b>			
Test negativ	3	87	11
Test positiv	3	95	3
nicht getestet	4	79	17

Wie in **Abschnitt VI.1** bereits dargestellt, ist das Risiko einer HIV-Übertragung positiv mit der Anzahl infektiöser Partikel in den genitalen bzw. rektalen Sekreten korreliert. Dieser plausible Zusammenhang konnte in den vergangenen Jahren auch mehrfach wissenschaftlich-empirisch bestätigt werden.

Uneinigkeit besteht derzeit in der Frage – gerade auch im Hinblick auf Analverkehr unter MSM – ob das Restrisiko einer sexuellen HIV-Übertragung unter nachhaltig wirksamer antiretroviraler Therapie (ART) sich in der gleichen Größenordnung bewegt wie das Restrisiko beim durchgängigen Kondomgebrauch. Innerhalb der (HIV-Schwerpunkt-)Ärzeschaft sowie bei Betroffenen kursieren seit einigen Jahren anekdotische Berichte, dass in manchen ärztlichen Beratungsgesprächen die Einnahme antiretroviraler Medikamente als individuelle Risikomanagementstrategie bereits empfohlen wurde, insbesondere wenn der Kondomgebrauch von HIV-infizierten Männern als unakzeptabel oder unpraktikabel wahrgenommen wurde.<sup>122</sup>

Insofern ist hervorzuheben, dass nicht nur 96 Prozent aller Befragten – sondern auch 95 Prozent aller HIV-positiven Befragten – davon ausgehen, dass das Virus auch unter antiretroviraler

<sup>122</sup> Persönliche Kommunikation der AutorInnen auf nationalen und internationalen Kongressen zu HIV/AIDS, mit persönlich bekannten (insbesondere niedergelassenen) HIV-Schwerpunktärzten und -ärztinnen, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von AIDS-Hilfen sowie mit Betroffenen.

Therapie *durchaus übertragen werden* kann. Drei Erklärungen bieten sich an: Erstens ist es möglich, dass die wichtigste Zielgruppe der HIV-Primärprävention zwischen der verringerten statistischen Wahrscheinlichkeit bzw. der grundsätzlichen Unmöglichkeit einer HIV-Übertragung unterscheiden kann. Zweitens ist denkbar, dass die Mehrheit der Menschen in Deutschland, und damit auch der MSM, sich nach 25 Jahren kontinuierlicher Betonung der HIV-Infektionsgefahr beim ungeschützten Vaginal- bzw. Analverkehrs nicht vorstellen kann, dass eine richtig eingesetzte und kontrollierte antiretrovirale Therapie die Übertragungswahrscheinlichkeit für HIV möglicherweise tatsächlich so sehr reduzieren kann, dass das Risiko einer Übertragung (in Abwesenheit anderer sexuell übertragbarer Infektionen) vernachlässigenswert gering ist<sup>123</sup>. Drittens ist es möglich, dass die überwiegende Mehrheit der HIV-Infizierten in Deutschland bislang auch in Beratungsgesprächen oder im Kontakt zu anderen Positiven von dieser Spezialdebatte unberührt geblieben ist. Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich das Antwortverhalten von MSM auf diese Frage in der nächsten SMA-Befragung verändert, wenn das Thema „Infektiosität unter ART“ nicht nur subkulturell, sondern auch massenmedial diskutiert worden sein wird.

**Tabelle 7.2:** Aussagen zur ART bei Befragten mit unterschiedlichem HIV-Testergebnis (n=8.145)

	stimme zu %	stimme nicht zu %	keine Angabe %
<b>„Als Nicht-Infizierter habe ich wegen der neuen Therapiemöglichkeiten weniger Angst, mich anzustecken.“</b>			
Test negativ	6	84	10
Test positiv	7	58	35
nicht getestet	8	75	17
<b>„Als HIV-Positiver bin ich wegen der neuen Therapiemöglichkeiten weniger besorgt.“</b>			
Test negativ	10	57	33
Test positiv	51	46	3
nicht getestet	12	60	28
<b>„Als HIV-Positiver, der behandelt wird, bin ich weniger besorgt, Sexpartner anzustecken.“</b>			
Test negativ	3	64	34
Test positiv	13	79	8
nicht getestet	4	67	29

Die Skepsis gegenüber einer Senkung des Übertragungsrisikos durch die Kombinationstherapien führt dazu, dass lediglich sieben Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten bzw. 13 Prozent der HIV-positiven Befragten weniger Angst haben, sich selbst bzw. andere mit HIV zu infizieren (**Tabelle 7.2**)

Entsprechend stimmen auch nur acht Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten der Aussage zu, dass sie sich aufgrund eines „Therapieoptimismus“ weniger schützen (**Tabelle 7.3**). Bei der Interpretation dieser Antwortmöglichkeit bei HIV-positiven MSM ist zu berücksichtigen, dass es im Kontext von HIV unklar ist, warum Männer, die bereits mit HIV infiziert sind, *sich selbst* weniger schützen wollen. Dem so bekundeten Festhalten an Schutzmaßnahmen steht wie schon 2003 eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Safer-Sex-Verhaltens anderer gegenüber: 67 Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten gehen davon aus, dass (andere) schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher. Dieser Anteil ist im Jahr 2007 deutlich höher als 2003 (57%) oder 1999 (53%).

123 vgl. Vernazza et al. 2008

**Tabelle 7.3:** Aussagen zur ART bei Befragten mit unterschiedlichem HIV-Testergebnis (n=8.145)

Die antiretroviralen Medikamente (Kombitherapien) gegen HIV haben zur Folge ...	stimme	stimme	keine
	zu	nicht zu	Angabe
	%	%	%
<b>dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher</b>			
Test negativ	66	27	7
Test positiv	78	20	2
nicht getestet	53	36	11
<b>dass ich mich selbst beim Sex weniger schütze als früher</b>			
Test negativ	7	85	8
Test positiv	25	72	3
nicht getestet	8	79	13

Diese Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und der Einschätzung anderer, die sich schon in den Erhebungen von 1999 und 2003 beobachten ließ, dürfte mehrere Gründe haben. Das eigene Verhalten ist den Befragten – wenn nicht starke Verleugnungs- und Verdrängungstendenzen vorliegen – zumindest für einen gewissen Zeitraum präsent. Ob andere MSM Risiken eingehen, lässt sich nur vom Hörensagen oder durch eigene Beobachtungen – vor allem an Orten, an denen flüchtiger Sex praktiziert wird – beurteilen. Ungeschützter Analverkehr lässt sich auf vielen Sexpartys, in Saunen oder Pornokinos mit schwuler Klientel oder in den *Darkrooms* der Schwulenbars deutscher Großstädte beobachten. Wie in **Abschnitt III** dargestellt, besucht nur ein bestimmter Teil schwuler Männer solche Saunen und Bars, und von ihnen geht wiederum nur ein Teil dort Infektionsrisiken ein. Beobachtungen werden aber leicht zu Aussagen über das Verhalten *der* MSM verallgemeinert. Die Diskussion um das Phänomen „Barebacking“ und ihr breiter, teils reißerischer medialer Widerhall haben mit Sicherheit zu dieser Wahrnehmung beigetragen. Ein weiterer Erklärungsansatz verweist auf Projektionsmechanismen: Die eigenen Wünsche nach entgrenzter, unkontrollierter, „kondomloser“ Sexualität werden nicht zugelassen, aber anderen als handlungsleitend unterstellt<sup>124</sup>.

Ein Vergleich im Antwortverhalten HIV-positiv getesteter MSM auf die Fragen nach den Auswirkungen der Kombinationstherapien in den Erhebungen 1999 bis 2007 zeigt, dass der Anteil derer, die glauben, bei einer im Blut nicht mehr nachweisbaren „Viruslast“ könne HIV sexuell nicht mehr übertragen werden, auf sehr niedrigem Niveau leicht gestiegen ist. Damit korrespondiert ein – ebenfalls auf niedrigem Niveau – leicht steigender Anteil derer, die sich weniger Sorgen machen, ihre Sexualpartner anzustecken. Lediglich die Hälfte aller infizierten Befragten sieht in den neuen Therapiemöglichkeiten einen Anlass zu geringerer Sorge, die andere Hälfte lehnt diese Aussage ab. Unter den infizierten und erkrankten Männern ist demzufolge das Vertrauen in die Kombinationstherapie keineswegs besonders groß, wie schon in der letzten Erhebungswelle festgestellt werden konnte.

Auch die Aussage, dass die „neuen Kombinationstherapien“ lebensverlängernd wirken, findet bei Infizierten immer weniger Zustimmung. Dies könnte jedoch auch daran liegen, dass sowohl „neu“ als auch „länger“ relative Begriffe sind. Dreifachkombinationen werden in größerem Ausmaß etwa seit 1996 eingesetzt. Die Einführung der Proteaseinhibitoren hat in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre tatsächlich zu einer im Vergleich zur ersten Hälfte der 1990er Jahre erheblichen Lebensverlängerung bei Infizierten geführt. Eine große multizentrische Längsschnittstudie, die im vergangenen Jahr in *Lancet* veröffentlicht wurde, konnte jedoch für den Zeitraum 1998 bis 2006 keine Abnahme der AIDS-spezifischen Mortalität feststellen.<sup>125</sup>

Ob antiretrovirale Substanzen, die im Jahre 2007 „neu“ sind, zu einer *weiteren* Lebensverlängerung führen werden, ist tatsächlich unklar. Es ist aber wahrscheinlich, dass Befragte zum einen die Formulierung „dass Menschen mit HIV und AIDS länger leben“ in einer 2007 durchgeführten Befragung nicht mehr auf die Situation Ende der 1980er oder Anfang der 1990er Jahre beziehen, sondern auf die Situation, wie sie sie in den letzten Jahren erlebt bzw. medial vermittelt bekommen haben. Ebenso werden gerade Infizierte und Erkrankte – insbesondere wenn sie schon seit

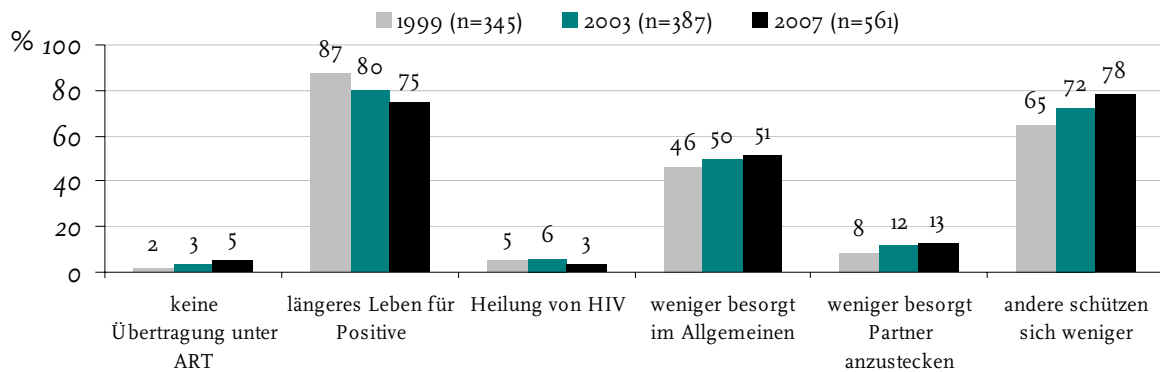
<sup>124</sup> vgl. Dannecker 2000, Dannecker 2002

<sup>125</sup> vgl. May, Sterne et al. 2006

vielen Jahren antiretroviral behandelt werden – unter „neuen“ Kombinationstherapien nicht die Einführung der Dreifachkombinationen verstehen, sondern vermutlich eher wirklich „neue“ Medikamente, die beispielsweise nur einmal täglich eingenommen werden müssen oder mehrere Wirkstoffe in einer Tablette vereinen.

Das mittlerweile fast geflügelte Wort von der „zunehmenden Sorglosigkeit“ bei MSM hat jedoch auch bei HIV-positiven Männern einen Niederschlag gefunden: Auch sie sind mit 78 Prozent (2007) zunehmend der Meinung, dass andere MSM sich aufgrund der neuen Kombinationstherapien weniger schützen. Obwohl es für Deutschland keine und auch sonst nur wenige belastbare Daten gibt, die ein Nachlassen im Safer-Sex-Verhalten mit Therapieoptimismus in Verbindung bringen, und obwohl das Antwortverhalten HIV-negativer und ungetesteter Befragter weder in den vergangenen SMA-Erhebungen noch in der diesjährigen Befragungen einen solchen Rückschluss nahe legt, ist die Zuschreibung der Nachlässigkeit oder Sorglosigkeit an andere nicht nur diskrepant zur Einschätzung des eigenen Verhaltens, sondern auch im Steigen begriffen.

**Abbildung 7.9:** Zustimmung zu Aussagen zur antiretroviralen Therapie (ART) im Zeitverlauf  
Basis: HIV-positiv getestete Befragte





### 3. Häufigkeit der PEP-Verordnung und Auswirkungen der PEP auf das präventive Verhalten

Eine in Deutschland noch wenig beworbene Möglichkeit der (medizinischen) Primärprävention ist die so genannte Post-Expositions-Prophylaxe (PEP). Dabei werden bis zu 72 Stunden nach einem relevanten Risikokontakt vier Wochen lang antiretrovirale Medikamente eingenommen, um eine Infektion mit HIV (trotz zunächst möglicherweise erfolgter Übertragung) zu verhindern.

Zu wissen, dass es Medikamente gibt, die nach einem Risikokontakt eingenommen werden, um eine HIV-Infektion zu verhindern, ist etwas anderes, als zu wissen, dass es sich bei diesen unter dem Namen „PEP“ oder „Post-Expositions-Prophylaxe“ bekannten Tabletten um die gleichen Medikamente handelt, die auch als Kombinationstherapien eingesetzt werden.<sup>126</sup>

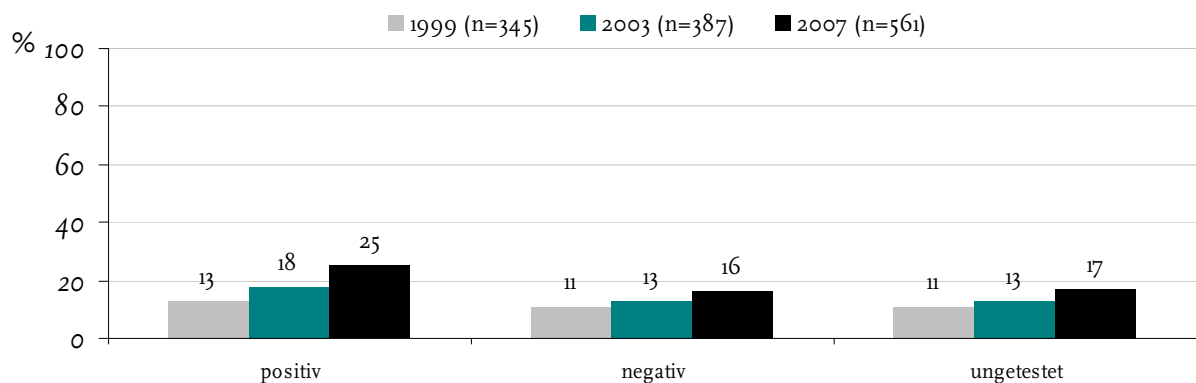
Die Aussage, dass die neuen Kombinationstherapien bewirken, dass nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann, zielte seit Aufnahme in den Fragebogen im Jahre 1999 auf die Möglichkeit einer medikamentösen Post-Expositionsprophylaxe, ohne sie direkt als solche zu benennen. Bei HIV-positiv getesteten Männern ist die Zustimmung zu dieser Aussage mit 24 Prozent am höchsten (vgl. **Tabelle 7.4**)

**Tabelle 7.4** Aussagen zu den Kombinationstherapien (in Prozent), n=8.145

Die neuen Kombinationstherapien bewirken ...	stimme zu	stimme nicht zu	keine Angabe
<b>dass nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann</b>			
Test negativ	16	73	11
Test positiv	24	73	3
nicht getestet	17	66	17

Wird die Zustimmung dieser Aussage im Zeitverlauf betrachtet, zeigt sich eine zunehmende Kenntnis der nach einem Risikokontakt prophylaktisch verabreichten Kombinationstherapie (vgl. **Abbildung 7.10**). Diese Zunahme ist gerade bei HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten deshalb bemerkenswert, da durch die Erweiterung des Erhebungsinstrumentes (Hinzunahme des Internet) der Anteil jüngerer und szeneferner MSM im Laufe der letzten drei Erhebungswellen deutlich gestiegen ist.

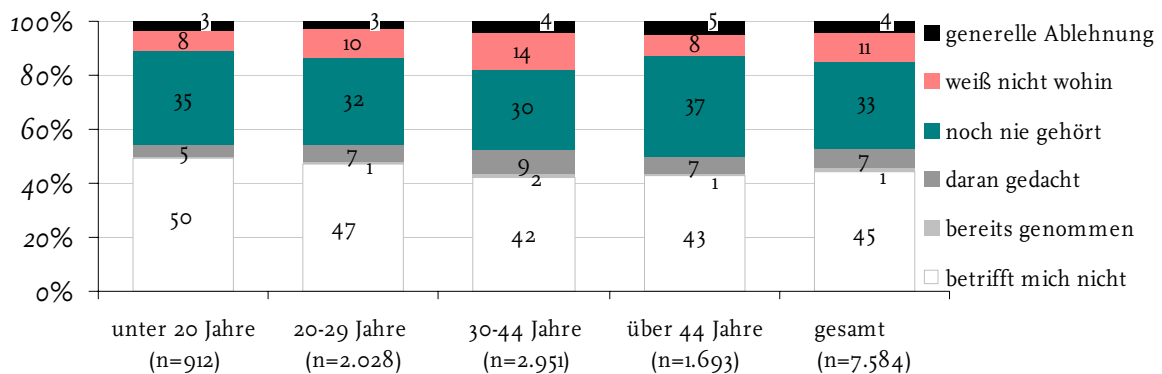
**Abbildung 7.10:** Zustimmung zu der Aussage „Die neuen Kombinationstherapien bewirken, dass nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann.“



<sup>126</sup> Einschränkung sei angemerkt, dass nicht alle zur HIV-Behandlung zugelassenen antiretroviralen Substanzen auch zur Verwendung als Post-Expositions-Prophylaxe empfohlen werden.

In Anspruch genommen wurde die PEP von insgesamt 0,9 Prozent der HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten (71 von 7.584 Personen)<sup>127</sup>. Auch bei der letzten Befragung 2003 betrug dieser Anteil 0,9 Prozent (41/4.317). Dabei fällt auf, dass sich das Altersspektrum der PEP-Nutzer in Richtung jüngerer Altersgruppen verlagert hat: Während die meisten der 2003 befragten PEP-Nutzer 35 bis 44 Jahre oder älter waren, sind die PEP-Nutzer aus der 2007er Erhebung vorwiegend 25 bis 44 Jahre alt.<sup>128</sup> Dies unterstreicht erneut die Zunahme der Kenntnis um die Möglichkeit der PEP in jüngeren Altersgruppen. PEP-Nutzer sind vorwiegend gut gebildete MSM aus Groß- und insbesondere Millionenstädten. Möglicherweise werden hierdurch auch regionale Versorgungsunterschiede deutlich: Befragte aus Berlin haben zu drei Prozent bereits eine PEP eingenommen, Befragte aus Köln zu zwei Prozent, Befragte aus Hamburg zu einem Prozent – für alle anderen Städte sind die Fallzahlen zu klein, um noch vergleichbare Anteile zu berechnen. Ähnlich sieht es aus, wenn HIV-negative oder ungetestete MSM betrachtet werden, die in einer entsprechenden Situation bereits daran gedacht haben, eine PEP einzunehmen. Auch hier handelt es sich vorwiegend um Befragte mit mindestens Abitur aus Groß- bzw. Millionenstädten: Berlin (14%), Köln (12%), Hamburg (11%), München (11%), Ruhrgebiet (9%).

**Abbildung 7.11:** „Haben Sie jemals nach einem ungeschützten sexuellen Kontakt daran gedacht, Medikamente einzunehmen, um eine HIV-Infektion zu verhindern?“ – Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte



Etwa ein Drittel der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten – weitgehend unabhängig von der Altersgruppe – gibt an, noch nie von der Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe gehört zu haben (vgl. **Abbildung 7.11**). Dabei zeigt sich eine gewisse Bildungsabhängigkeit (41% der MSM mit Hauptschulabschluss vs. 28% derer mit Abitur kennen die PEP nicht).

Dass MSM um die Möglichkeit einer PEP wissen, bedeutet noch lange nicht, dass sie auch wissen, wo sie im Zweifelsfall eine solche erhalten können. Diese Situation trifft auf mindestens elf Prozent der Befragten zu. Regionale Unterschiede sind hier – anders als bei der Inanspruchnahme der PEP – nur gering ausgeprägt. Dies hängt allerdings damit zusammen, dass mit zunehmender Wohnortgröße, der Anteil derer, die PEP nicht kennen, sinkt, und gleichzeitig der Anteil derer, die sie schon genommen haben oder zumindest wüssten, wohin sie gehen müssten, ansteigt.

Etwa vier Prozent aller HIV-negativen oder ungetesteten Befragten lehnen prophylaktisch verabreichte HIV-Medikamente grundsätzlich ab. Eine solche Ablehnung verdient besondere Aufmerksamkeit nicht HIV-infizierten MSM, die bewusst hohe Infektionsrisiken eingehen, beispielsweise bei Sexualpartnern von HIV-positiven Männern (siehe unten). Fast die Hälfte (45%) aller HIV-negativen oder ungetesteten Befragten ist der Meinung, dass die Möglichkeit einer Postexpositionsprophylaxe sie nicht betrifft (oder ließ die Frage unbeantwortet). Dabei handelt es sich überwiegend um Befragte ohne oder nur oralem HIV-Übertragungsrisiko. Befragungsteilnehmer hingegen, die sporadisch oder häufig HIV-Übertragungsrisiken beim Analverkehr eingehen – sei

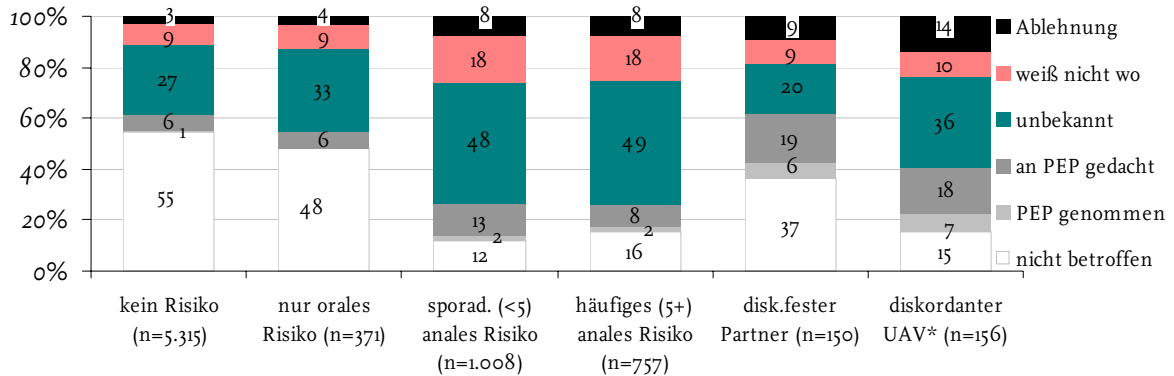
<sup>127</sup> Streng genommen kann niemand ungetestet sein und trotzdem eine PEP erhalten haben, da der Verschreibung einer PEP zwingend einer ausführliche Risikoanamnese, eine Beratung und ein HIV-Test vorangehen müssen. Um einen annähernd gültigen Schätzer dafür zu erhalten, wie hoch der Anteil von MSM mit PEP etwa sein könnte, wurde die Bezugsgruppe möglichst breit gewählt.

<sup>128</sup> Die in **Abbildung 7.11** dargestellten Anteile sind gerundet: Eine PEP bereits eingenommen haben 0,1% der unter-20-Jährigen, 0,8% der 20- bis 29-Jährigen, 1,6% der 30- bis 44-Jährigen, und 0,5% der über 44-Jährigen.

es mit unbekannten oder diskordanten Partnern – haben „*betrifft mich nicht*“ mit zwölf bis 16 Prozent sehr viel seltener angekreuzt (vgl. **Abbildung 7.12a**).

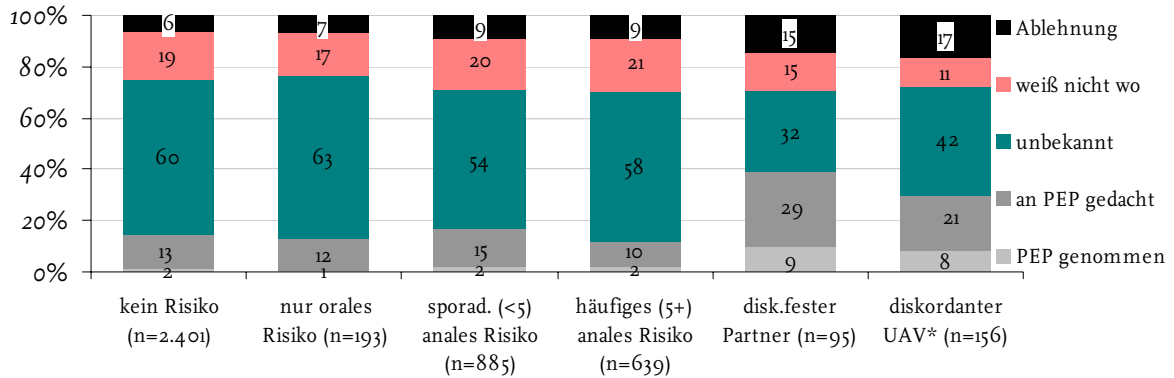
**Abbildung 7.12a:** „Haben Sie jemals nach einem ungeschützten sexuellen Kontakt daran gedacht, Medikamente einzunehmen, um eine HIV-Infektion zu verhindern?“

Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte)<sup>129</sup> – \* UAV: ungeschützter Analverkehr



**Abbildung 7.12b:** „Haben Sie jemals nach einem ungeschützten sexuellen Kontakt daran gedacht, Medikamente einzunehmen, um eine HIV-Infektion zu verhindern?“ – \* UAV: ungeschützter Analverkehr

Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte, die sich betroffen fühlen bzw. die Frage beantwortet haben



**Abbildung 7.12b** stellt die gleichen Antworten nach Adjustierung für die fehlenden Angaben („*betrifft mich nicht*“) dar. Dabei zeigt sich, die Anteile derer, die noch nie von einer PEP gehört haben, bei Befragten ohne bzw. nur kleinem HIV-Infektionsrisiko höher sind als bei Befragten, die häufig oder sporadisch ungeschützten Analverkehr angeben (vgl. **Abbildung 7.12b**, 1. und 2. Balken von links). MSM, die sporadisch (weniger als 5-mal) oder häufig (5-mal oder häufiger) beim ungeschützten Analverkehr HIV-Übertragungsrisiken ausgesetzt sind, unterscheiden sich kaum in ihrer Erfahrung mit bzw. Einstellung zur PEP (**Abbildung 7.12a** und **b**, 3. und 4. Balken von links). Der einzige bemerkenswerte Unterschied ist, dass Befragte mit sporadischem Risiko eher über eine PEP nachdenken als Befragte mit häufigem Risiko. Würden MSM *wegen* der der Möglichkeit der PEP mehr Risiken eingehen, wäre jedoch zu erwarten, MSM mit den häufigeren Risikosituationen auch häufiger darüber nachdenken bzw. häufiger eine PEP in Anspruch genommen haben.

Von besonderem Interesse ist die PEP für HIV-negative MSM mit diskordanten Sexualpartnern, sei es der feste Partner (**Abbildung 7.12a**, 2. Balken von rechts), oder diskordante Sexualpartner im Allgemeinen. Hier besteht – gerade bei regelmäßigen sexuellen Kontakten mit dem gleichen Mann – auch bei eher durchgängiger Kondomverwendung – immer die Gefahr, dass das Kondom reißt, abrutscht oder aus sonstigen Gründen nicht wirksam schützt. Für diese HIV-negativen MSM mit diskordanten Sexualpartnern ist es somit von großer Wichtigkeit, nicht nur allgemein über die PEP Bescheid zu wissen, sondern auch darüber, wo und wie sie am jeweiligen Wohnort

<sup>129</sup> Die in **Abbildung 7.12a** dargestellten Anteile sind gerundet: Eine PEP bereits eingenommen haben 0,7% der Befragten „ohne Risiko“, 0,3% der Befragten mit „Risiko nur durch Oralverkehr“ und 1,6% bzw. 1,7% der Befragten mit „sporadischem Risiko (weniger als 5-mal UAV)“ bzw. „häufigem Risiko (UAV 5-mal oder häufiger)“.

am besten zu erhalten ist. Tatsächlich findet sich bei HIV-negativen MSM mit diskordantem festem Partner der niedrigste Anteil derer, die noch nie von einer PEP gehört haben, der höchste Anteil derer, die eine solche bereits in Erwägung gezogen haben und mit sechs Prozent der zweithöchste Anteil derer, die bereits eine PEP eingenommen haben. Die 37 Prozent aus dieser Gruppe, die sich von der Frage zur PEP nicht betroffen fühlen, haben zum einen wenig oder keinen Analverkehr bzw. keinen *ungeschützten* Analverkehr. Insofern ist für viele von ihnen die Frage tatsächlich nicht relevant. Anders verhält es sich bei Befragten, bei denen in den 12 Monaten vor der Befragung ungeschützter Analverkehr vorgekommen ist (**Abbildung 7.12a**, Balken ganz rechts): Hier findet sich zum einen mit sieben Prozent der höchste Anteil derer, die bereits eine PEP genommen haben, zum anderen aber auch ein mit 36 Prozent vergleichsweise hoher Anteil an Männern, denen die PEP unbekannt ist.

Werden Befragte, die sich von der Frage nicht betroffen fühlen oder aus anderen Gründen keine Angaben gemacht haben, aus der Auswertung ausgeschlossen, ergibt sich das in **Abbildung 7.12b** dargestellte Bild. Somit kann vorsichtig geschätzt werden, dass Befragte, die im Jahr vor der Befragung keine oder nur geringe HIV-Übertragungsrisiken eingegangen sind, zu etwa 60 Prozent die Möglichkeit der PEP nicht kennen und weitere 20 Prozent eine solche ebenfalls nicht in Anspruch nehmen würden, weil sie nicht wissen, wo sie diese erhalten können. Weiterhin ist nach dieser Adjustierung auffällig, dass sich MSM mit sporadischen von solchen mit häufigen riskanten anal-genitalen Kontakten nur dadurch unterscheiden, dass letztere seltener über die Möglichkeit einer PEP nachdenken, obwohl sie häufiger Anlass dazu haben. Dies könnte als eine Art Gewöhnungseffekt gewertet werden: Wer sich grundsätzlich entscheidet, bestimmte Risiken einzugehen, versucht vermutlich seltener, im Nachhinein diese Risiken wieder zu reduzieren. Jeweils neun Prozent in diesen beiden Gruppen lehnen eine Post-Expositions-Prophylaxe grundsätzlich ab. Dies ist nicht unplausibel, da die Mehrheit dieser MSM ungeschützte anal-genitale Kontakte zu Männern hatte, deren Serostatus nicht diskordant, sondern unbekannt war. Eine PEP ist jedoch insbesondere bei *bekanntem* HIV-positivem Serostatus des Sexualpartners indiziert. Auffällig ist, dass die grundsätzliche Ablehnung einer PEP am höchsten ist in festen diskordanten Partnerschaften (15%) bzw. bei MSM, die ungeschützten Analverkehr mit diskordanten Sexualpartnern angeben (17%). Verschiedene Gründe sind denkbar:

- ⊙ Zum einen könnte sich dahinter die Angst vor Nebenwirkungen verbergen – bislang HIV-negative MSM in diskordanter Partnerschaft sind durch den regelmäßigen Kontakt mit ihrem positiven Partner mit hoher Wahrscheinlichkeit gut im Bilde über das breite Nebenwirkungsspektrum der Kombinationstherapien.
- ⊙ Ein weiterer Grund könnte eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Wirksamkeit einer PEP sein, und schließlich könnte sich in der Ablehnung der Postexpositionsprophylaxe auch der Wunsch widerspiegeln, sich (ebenfalls) mit HIV zu infizieren.

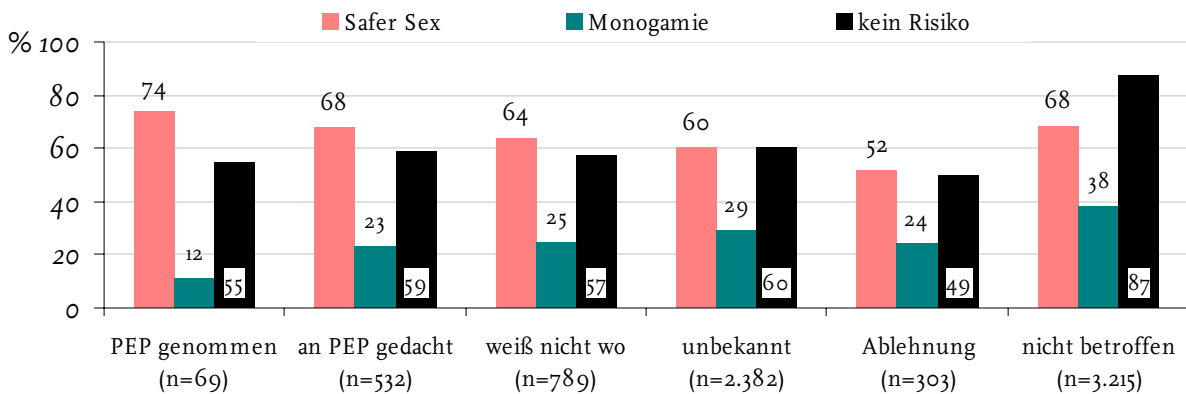
Die Einstellung von MSM in diskordanter Partnerschaft wäre daher eine interessante Fragestellung für zukünftige qualitative Forschung. Abschließend bleibt festzuhalten, dass 20 Prozent (**Abbildung 7.12a**) bis 32 Prozent (**Abbildung 7.12b**) HIV-negativer MSM, die aktuell in fester Partnerschaft mit einem HIV-positivem Mann leben (und mit diesem auch Analverkehr praktizieren), die Möglichkeit einer PEP nicht kennen, und weitere 9 bis 15 Prozent nicht wissen, wo sie eine solche erhalten können. Hier besteht mit Sicherheit Beratungsbedarf. Wichtige Akteure wären neben den AIDS-Hilfen in diesem Zusammenhang auch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen der HIV-positiven festen Partner. Die Befürchtung, das Wissen um die Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe könne bei MSM dazu führen, dass bei Sexualkontakten mehr HIV-Infektionsrisiken eingegangen werden, ist – neben Unsicherheit der Kostenübernahme einer PEP – der wesentliche Grund dafür, dass die PEP bislang noch nicht stark beworben wurde. Tatsächlich ist das Wissen um die PEP bei HIV-negativen MSM, die solche Infektionsrisiken eingehen, insbesondere bei solchen mit diskordanten Sexualpartnern, weiter verbreitet als bei MSM, die keine oder nur geringe Infektionsrisiken angeben.<sup>130</sup>

<sup>130</sup> Dieser Zusammenhang ist einerseits bereits aus der SMA-Befragung 2003, als auch aus der internationalen Literatur bekannt; vgl. Bochow, Wright et al. 2004, oder beispielsweise Waldo, Stall et al. 2000.

Ob nun mehr Risiken eingegangen werden, weil MSM um die Möglichkeit einer postexpositionsprophylaxe wissen, oder MSM eher über die PEP Bescheid wissen, weil sie tendenziell Infektionsrisiken beim Sex eingehen, ist auf der Ebene von verhaltensbezogenen Variablen im Rahmen einer Querschnittstudie nicht zu beantworten.

In **Abbildung 7.13** ist dargestellt, dass MSM, denen eine PEP bekannt ist („an PEP gedacht“/ „weiß nicht wo“) oder die sie bereits eingenommen haben, zu einem marginal kleineren Anteil im Jahr vor der Befragung *keine* Risiken eingegangen sind (schwarze Balken) als MSM, welche die PEP nicht kennen. Wird im vorliegenden Datensatz dieser Zusammenhang für die Anzahl der Sexualpartner adjustiert, geht die Abhängigkeit zwischen eingegangenen Infektionsrisiken und dem Wissen oder dem Nutzen der PEP jedoch verloren bzw. verliert ihre statistische Signifikanz. Auf der intentionalen Ebene („Wie reagieren Sie auf HIV und AIDS in Ihrem Sexualverhalten?“) wird dies dadurch fundiert, dass Befragte, denen die PEP unbekannt ist, in hohem Maße ihre sexuellen Kontakte auf feste Partner beschränken („Monogamie“). Das bedeutet, dass sich zwar im vorliegenden Datensatz zeigen lässt, dass das Wissen um die Möglichkeit einer PEP mit einem marginal höheren Eingehen von HIV-Infektionsrisiken verbunden ist, dies aber nicht an dem Wissen um die PEP liegt, sondern an der höheren Partnerzahl.

**Abbildung 7.13:** Ausgewählte Reaktionen auf HIV-Infektionsrisiken in Abhängigkeit der Erfahrung mit PEP im Vergleich zum „realen“ Eingehen von Infektionsrisiken (schwarzer Balken: Anteil der Befragten ohne Risiko). Basis: HIV-negative und ungetestete Befragte



Ebenfalls auf der intentionalen Ebene wird deutlich, dass Befragte, die eine PEP bereits eingenommen haben, sich am deutlichsten (74%) an den Normen des *Safer Sex* orientieren („*Safer Sex*“), gefolgt von Männern, die in bestimmten Situationen bereits an eine PEP gedacht haben (68%) und Männern, die zwar um die grundsätzliche Möglichkeit der PEP, nicht aber um den Ort ihrer Verfügbarkeit wissen (64%). Befragte, die die Frage nicht beantwortet haben oder sich von der Möglichkeit der PEP nicht betroffen fühlen, sind – wie bereits erwähnt – MSM, die einerseits auf Monogamie setzen (mit 38 Prozent der mit Abstand höchste Anteil) bzw. sich ebenfalls an *Safer Sex* Strategien halten (68%).

Befragte, die die PEP nicht kennen oder die Einnahme prophylaktischer HIV-Medikamente grundsätzlich ablehnen, orientieren sich tendenziell nicht *mehr*, sondern *weniger* an den Normen des *Safer Sex*.<sup>131</sup> Das Wissen um die PEP ist somit eher ein Indikator für eine hohe Bereitschaft zu *Safer Sex* bei gleichzeitig hoher sexueller Aktivität und hoher Partnerzahl; und nicht – wie häufig behauptet oder befürchtet – für eine hohe Risikobereitschaft.<sup>132</sup>

<sup>131</sup> Dieser Unterschied ist auf dem 5%-Niveau signifikant sowohl im Vergleich mit MSM, die um die Möglichkeit der PEP wissen, als auch im Vergleich mit MSM, die eine PEP bereits eingenommen haben.

<sup>132</sup> Studien, die diese Fragestellung in einem Längsschnittdesign untersucht haben, sind ebenfalls in ihrer Mehrheit zu dem Ergebnis gekommen, dass sich ein PEP-Missbrauch oder ein Anstieg im Risikoverhalten aufgrund der Kenntnis der PEP nicht zeigen ließ: vgl. Schechter, do Lago et al. 2004, Crepez, Hart et al. 2004, Martin, Roland et al. 2004

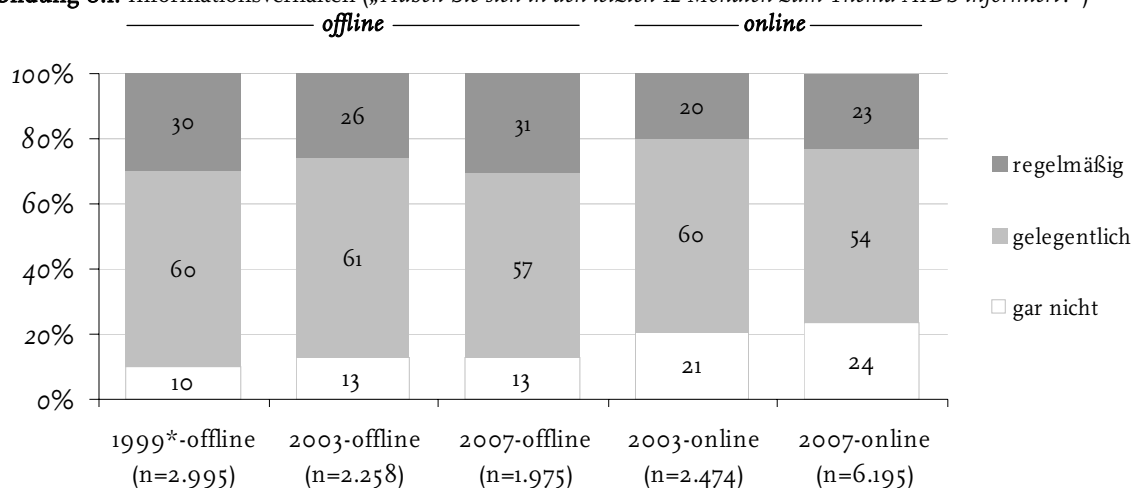


## VIII Informationsverhalten, -quellen & -niveau

### 1. Informationsverhalten

Zu den Themen HIV und AIDS haben sich im Jahr vor der Erhebung 79 Prozent der befragten Männer informiert, 25 Prozent sogar *regelmäßig*. Der Anteil derer, die in diesem Zeitraum *keine* Informationen eingeholt haben, beläuft sich auf 21 Prozent. Im Vergleich mit früheren Befragungen erscheint dieser Anteil hoch, ist jedoch zum Teil durch das Erhebungsinstrument bedingt: Sowohl 2003 als auch 2007 liegt der Anteil derer, die sich *nicht* informiert haben, bei über das Internet befragten MSM deutlich höher als bei MSM, die den Fragebogen einer Schwulenzeitschrift entnommen haben (vgl. **Abbildung 8.1**). Bei online Befragten sind die Anteile „szeneferner“ MSM<sup>133</sup> und solcher aus bildungsferneren Schichten höher als bei offline Befragten. Der Alterseinfluss ist nur gering – so unterscheidet sich das Informationsverhalten von Befragten unter 20 Jahren oder von Schülern kaum vom Durchschnitt der Befragten. Einen starken Einfluss auf das Informationsverhalten haben hingegen Test- und Serostatus der Befragten: 95% der Positiven haben sich in den zwölf Monaten vor der Befragung informiert, 65% regelmäßig; dies ist auch unabhängig vom Befragungsmedium. 18 Prozent der zuletzt HIV-negativ Getesteten, aber 29 Prozent der Ungetesteten haben keine Informationen zu HIV und AIDS eingeholt; dieser Unterschied findet sich in jeder Altersgruppe. Ebenfalls einen starken Einfluss auf das Informationsverhalten hat das allgemeine (Aus)Bildungsniveau der Befragten (bei Schülern entsprechend der *angestrebte* Schulabschluss). 19 Prozent derer mit Abitur, aber 33 Prozent derer mit Hauptschulabschluss haben sich nicht zu HIV und AIDS informiert.

**Abbildung 8.1:** Informationsverhalten („Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten zum Thema AIDS informiert?“)



\* 1999 wurde nur über Printmedien erhoben; die Anteile der Befragten ohne Angaben wurden als Nicht-Information gewertet, sie lange außer 1999 (4%) jeweils unter 1%.

Sich informiert zu *haben*, sich informiert zu *fühlen*, und informiert zu *sein* sind drei unterschiedliche Dimensionen des Themas „Information“ zu HIV und AIDS. Dementsprechend darf das Nicht-Einholen von Informationen nicht mit Desinteresse verwechselt werden. Der am häufigsten genannte Grund, sich in den zwölf Monaten vor der Befragung nicht informiert zu haben, ist die Einschätzung, bereits ausreichend informiert zu sein (80%). Zwölf Prozent haben keine Angaben gemacht<sup>134</sup> Fünf Prozent geben als Grund an, dass zuviel über AIDS berichtet wird, drei Prozent ziehen es vor, nichts über HIV und AIDS zu wissen.

<sup>133</sup> Der Begriff „szeneferne“ verweist auf die in Abschnitt III.4 definierten Gruppen. „Szeneferne“ MSM unterscheiden sich in ihrem Informationsverhalten kaum von denjenigen, die häufig bis regelmäßig Orte für „schnellen Sex“ aufsuchen, aber Orte „schwuler Geselligkeit“ eher meiden. Kommunikative soziale *Settings* stehen in einem positiven Zusammenhang mit präventivem Verhalten, so beispielsweise mit einer intensiveren Informationssuche.

<sup>134</sup> Dieser vergleichsweise hohe Anteil ist darin begründet, dass die Filterführung im Printfragebogen suboptimal dargestellt wurde (52% ohne Angabe). Nutzer des Online-Fragebogens haben die Frage nur zu 5% nicht beantwortet.

## 2. Genutzte und wichtigste Informationsquellen

Das Internet ist in vielerlei Hinsicht als Informationsquelle unverzichtbar geworden und aus dem Lebensalltag der meisten Menschen in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Die Bedeutung des Internets als Informationsquelle zu HIV und AIDS wurde erstmalig 2003 erhoben und seit 2007 differenziert hinsichtlich unterschiedlicher Online-Informationsanbieter abgefragt. Zwischen 2003 und 2007 ist das Internet einem immer größeren Personenkreis zugänglich geworden (Breitbandverbindungen bzw. *Flatrates* waren vor 2003 eher eine Ausnahme)<sup>135</sup>. Dies gilt es zu bedenken, wenn prozentuale Angaben von 2003 und 2007 verglichen werden.

**Tabelle 8.1** veranschaulicht, dass für Männer, die den Fragebogen einer Schwulenzeitung entnommen haben, die „Schwule Presse“ das am meisten herangezogene Informationsmedium hinsichtlich HIV und AIDS darstellt, während online Befragte vor allem das Internet zur Information nutzen. Im Vergleich zu 2003 ist jedoch festzustellen, dass das Medium Internet auf Kosten des Mediums „Schwule Presse“ an Bedeutung gewinnt (letzteres ist vor allem bei offline Befragten zu sehen, bei denen der Anteil derer, die sich im Jahr vor der Befragung *nicht* informiert haben, in beiden Erhebungsjahren gleich ist, während dieser Anteil bei online Befragten leicht zugenommen hat).

Während die Nutzung personalkommunikativer Informationsangebote (Arzt<sup>136</sup>, Gespräche im Freundeskreis, Beratung im Gesundheitsamt oder Klinikambulanzen) sich kaum verändert oder sogar zugenommen hat (Unterricht an Schulen), scheint die Nutzung der Medien Radio, Fernsehen, Tages- und Wochenzeitungen zugunsten des Internets abzunehmen. In Anbetracht der gezielt-selektiven oder gar interaktiven Nutzungsmöglichkeiten des Internets ist dieser Befund wenig überraschend.

**Tabelle 8.1:** Genutzte Informationsquellen bei online und offline Befragten (Ränge 1-3; fett markiert).

Basis: Gesamtstichprobe (inklusive der Befragten, die sich nicht informiert haben, n<sub>2003</sub>=4.735; n<sub>2007</sub>=8.121)

	offline (%)		online (%)	
	2003 (n=2.256)	2007 (n=1.970)	2003 (n=2.479)	2007 (n=6.151)
„Schwule Presse“	<b>80</b>	<b>75</b>	<b>45</b>	<b>38</b>
Tages- und Wochenzeitungen	<b>59</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>40</b>
Infomaterial der AIDS-Hilfen	<b>51</b>	<b>48</b>	36	29
Fernsehen	38	30	43	32
Gespräche im Freundeskreis	38	38	31	22
Radio	19	15	18	12
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	25	18	26	15
Medizinische Fach- oder Populärliteratur	21	22	22	18
Arzt	23	24	15	15
Gespräche in Schwulengruppen	8	*	8	*
Beratung im Gesundheitsamt, Kliniken...	9	11	7	5
Großflächenplakate der BZgA	*	21	*	15
Infomaterial der BZgA	*	16	*	12
Internetangebote insgesamt	27	36	<b>60</b>	<b>56</b>
Online-Info der AIDS-Hilfen	*	17	*	27
Online-Beratung der AIDS-Hilfen	*	3	*	9
Online-Info der BZgA	*	9	*	9
sonstige Internetquellen	*	23	*	42
Unterricht an Schulen**			25	35

\* wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt; \*\* Basis für Unterricht an Schulen: Schüler & Auszubildende (offline: zu kleine Fallzahlen; online: n<sub>2003</sub>=480; n<sub>2007</sub>=1.195)

Die Reihenfolge richtet sich nach der prozentualen Häufigkeit der Informationsquellen von 1996.

<sup>135</sup> vgl. Bochow, Schmidt et al. 2008; Die Nutzung des Internets hat in den letzten Jahren ständig zugenommen. Im Jahre 2007 waren in Deutschland rund 61 Prozent der Bevölkerung über 14 Jahren online. Im Jahr 2006 lag der Anteil noch bei 55 Prozent; vgl. Arbeitsgemeinschaft Online Forschung (AGOF) 2007

<sup>136</sup> Insbesondere positiv Getestete (78%) beziehen über ihren Arzt Informationen zu HIV und AIDS, bei nicht oder zuletzt negativ Gestesteten sind dies 13 Prozent. Dieser Unterschied konnte schon 2003 festgestellt werden und ist plausibel, da die „Informationen zu HIV und AIDS“, auf die sich HIV-Positive einerseits und HIV-Negative andererseits jeweils beziehen, vermutlich unterschiedlich sind.



„Sonstige Internetquellen“ werden mit insgesamt 37 Prozent häufiger genannt als die Internetseiten der AIDS-Hilfen (25%). Insbesondere online Befragte scheinen anderen Internetseiten entweder einen höheren Informationsgehalt zuzumessen, finden andere Seiten attraktiver aufbereitet oder finden zu anderen Seiten leichter Zugang. Bei einer im April 2008 durchgeführten „Google“-Suche nach den Stichworten „HIV AIDS“ erscheint „Gib Aids keine Chance“ (ein Internetangebot der BZgA) an dritter Stelle (darüber rangieren das über Anzeigen finanzierte Gesundheitsportal „netdoktor.de“ und Wikipedia). Insgesamt werden die ersten zehn Einträge dominiert von kommerziellen Gesundheitsseiten sowie Seiten der pharmazeutischen Industrie (z.B. „hiv-info.de“ der Firma GlaxoSmithKline), während Internetpräsenz der DAH gar nicht unter den ersten zehn Einträgen zu finden sind. Insofern ist es durchaus bemerkenswert, dass 25 Prozent der Befragten gezielt die Internetpräsenz der DAH aufgesucht haben<sup>137</sup>

Zusätzlich zur Frage, über welche Quellen sich MSM zu AIDS und HIV informiert haben, wurde danach gefragt, welches davon die *wichtigsten* waren (vgl. **Tabelle 8.2**).

**Tabelle 8.2:** Für am Wichtigsten gehaltene Informationsquellen bei online und offline Befragten (Ränge 1-3; fett markiert). Basis: Gesamtstichprobe (n<sub>2003</sub>=4.627; n<sub>2007</sub>=7.920)

	offline (%)		online (%)	
	2003 (n=2.158)	2007 (n=1.732)	2003 (n=2.469)	2007 (n=6.188)
„Schwule Presse“	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>25</b>
Tages- und Wochenzeitungen	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>22</b>
Infomaterial der AIDS-Hilfen	<b>43</b>	<b>35</b>	22	17
Fernsehen	19	15	21	18
Gespräche im Freundeskreis	22	19	15	11
Radio	7	6	6	5
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	8	6	6	4
Medizinische Fach- oder Populärliteratur	15	17	10	12
Arzt	18	19	12	13
Gespräche in Schwulengruppen	6	*	5	*
Beratung im Gesundheitsamt, Kliniken...	7	7	4	4
Großflächenplakate der BZgA	*	6	*	5
Infomaterial der BZgA	*	11	*	7
Internetangebote insgesamt	15	33	<b>41</b>	<b>50</b>
Online-Info der AIDS-Hilfen	*	14	*	22
Online-Beratung der AIDS-Hilfen	*	3	*	8
Online-Info der BZgA	*	7	*	6
sonstige Internetquellen	*	18	*	33
Unterricht an Schulen**			16	23

\* wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt; \*\* Basis für Unterricht an Schulen: Schüler & Auszubildende (offline: zu kleine Fallzahlen; online: n<sub>2003</sub>=479; n<sub>2007</sub>=1.195)

Ein Vergleich der genutzten und der als am wichtigsten erachteten Quellen zeigt, dass sich die Inanspruchnahme der Informationsquellen im Wesentlichen mit der ihnen zugesprochenen Wichtigkeit deckt: Die Rangfolgen unterscheiden sich zwar bei offline und online Befragten, sind aber im Zeitverlauf (2003 und 2007) stabil. Hervorzuheben ist dabei erneut die zunehmende Wichtigkeit des Mediums Internet, was sich insbesondere in den Angaben der über Printmedien erreichten MSM<sup>138</sup> widerspiegelt: Gerade für diese Untergruppe – denen mindestens ein Monatsmagazin für schwule Männer vertraut ist – ist bemerkenswert, dass wohl den Schwulenzeitschriften als auch den Info-Materialien der AIDS-Hilfen weniger Wichtigkeit zugesprochen wird als noch 2003. Bei über das Internet erreichten Schülern und Auszubildenden ist zu beobachten, dass über die Schulen zur Verfügung gestellten Informationen häufiger als wichtig bewertet werden. Trotz der Mittelstreichungen in den letzten Jahren für spezielle Projekte, die in Schulen AIDS-Aufklärung betreiben, ist es an vielen Schulen anscheinend gelungen, die Thematik HIV/AIDS langfristig in die *Curricula* zu integrieren.

<sup>137</sup> In der KABA-STI-Studie des RKI lag ein vergleichbarer Anteil mit 16% sogar noch weit darunter, allerdings lag der Fokus hier auf dem Informationsangebot zu sexuell übertragbaren Infektionen im Allgemeinen (und nicht nur HIV); vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007: 50.

<sup>138</sup> Anders als bei den online Befragten ist die Zusammensetzung der Offline-Stichprobe im Zeitverlauf sehr viel stabiler als die Zusammensetzung der Online-Stichprobe und insbesondere nicht von einer Zunahme von als „szenefern“ einzuschätzender MSM betroffen.

### 3. Informationsniveaus

#### 3.1 Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV

Um das Basiswissen der Befragungsteilnehmer zur HIV-Infektion abzubilden, wurde erfragt, wodurch sich HIV übertragen lässt: über Speichel, Sperma, Kot/Urin, Blut oder durch Hautkontakte. Zutreffend ist, dass sich HIV über Blut und Sperma übertragen lässt, nicht jedoch über Speichel oder Hautkontakte, und auch nicht über die orale Aufnahme von Ausscheidungen wie Urin oder Kot – in der Praxis handelt es sich bei letzterem insbesondere wohl eher um *Kotspuren*, die beim Lecken des Anus („*Rimming*“) oral aufgenommen werden. Für Männer, die insertiven Analverkehr praktizieren oder gemeinsam Sexspielzeuge wie Dildos verwenden, wäre es wichtig zu wissen, dass die Sekretionen des Enddarms grundsätzlich als infektiös zu gelten haben – dies wurde jedoch nicht abgefragt.

Als korrektes Wissen zu den Übertragungswegen von HIV wurde gewertet, wenn sowohl „*Blut*“ als auch „*Sperma*“ als mögliche Übertragungswege gewählt wurden, nicht jedoch „*Speichel*“ oder „*Hautkontakte*“. Kontakt zu Speichel (auch wenn Spuren von HIV-RNA darin nachgewiesen werden können) oder Hautkontakte sind keine Übertragungswege für HIV. Ist jemand der Überzeugung, HIV sei durch Händeschütteln oder Trinken aus demselben Glas übertragbar, kann dies verschiedene soziale Konsequenzen nach sich ziehen, die nicht nur präventiv unsinnig, sondern im Umgang mit HIV-positiven Menschen diskriminierend wirken können. Daher wurde beim Ankreuzen einer der Optionen „*Speichel*“ oder „*Hautkontakte*“ das Wissen zu Übertragungswegen auch dann als nicht unzureichend gewertet, wenn gleichzeitig zutreffenderweise „*Blut*“ und „*Sperma*“ ausgewählt wurden.

Die Auswahlmöglichkeit „*Kot/Urin*“ wurde aus dieser Bewertung herausgehalten, da nicht auszuschließen (sondern in gewissem Umfang sogar plausibel) ist, dass Befragte in Ermangelung einer Option wie „*Sekrete des Enddarms*“ statt dessen „*Kot*“ gewählt haben, um anzuzeigen, dass auch die (ungeschützte) anale Penetration eines HIV-infizierten Menschen ein Infektionsrisiko birgt.

Nach dieser Definition können 82 Prozent der befragten MSM (und 92% der befragten HIV-positiv Getesteten) als angemessen informiert zu den Übertragungswegen gelten. Unterschiede nach Altersgruppen bestehen kaum, insbesondere befragte MSM unter 20 Jahren sind nicht unterdurchschnittlich informiert. Ab einem Alter von 50 Jahren fällt der Anteil der korrekt Informierten auf 72 Prozent ab. Dies ist vor allem auf MSM über 50 Jahre zurückzuführen, die Speichel für ansteckend (18% der über-50-Jährigen vs. 14% der unter-50-Jährigen), oder Sperma für *nicht* infektiös halten (7% vs. 2%). Bemerkenswerterweise ist bei Blut ein solcher Unterschied nicht festzustellen; Blut wird in jeder Altersgruppe von 99 Prozent der Befragten für infektiös gehalten.

Blut wurde von 99 Prozent und Sperma von 97 Prozent der Befragten korrekt als möglicher Übertragungsweg genannt – die Varianz im Grad der Informiertheit ist somit bedingt durch Unterschiede in den Fehleinschätzungen der Möglichkeit, HIV durch Küssen (Speichel) oder Händeschütteln (Hautkontakte) zu übertragen. Deshalb überrascht es nicht, dass sich kein Zusammenhang feststellen lässt zwischen dem Grad der Informiertheit und dem Eingehen von Infektionsrisiken beim penetrativen Sex (oder der Durchgängigkeit im Kondomgebrauch beim Analverkehr), sehr wohl aber zwischen dem Grad der Informiertheit zu den Übertragungswegen und dem Bildungsniveau der Befragten (oder wie bereits erwähnt: mit dem Lebensalter). Zudem sind MSM, die in nur geringem Umfang in kommunikativen Austausch mit anderen schwulen Männern treten, häufiger fehlinformiert als solche, die beispielsweise häufig Orte „schwuler Geselligkeit“ frequentieren, die sich als Homosexuelle akzeptiert fühlen oder die gegenüber allen sozial bedeutsamen (heterosexuellen) Menschen „*geoutet*“ sind.

### 3.2 Informationsniveau zu den Kombinationstherapien

Die seit 1996 (in postindustriellen Ländern wie Deutschland) verfügbaren *antiretroviralen Kombinationstherapien* haben einem Großteil der Betroffenen eine längere Lebensperspektive gegeben. Für die Primärprävention stellt sich seitdem die Frage, ob die Therapierbarkeit einer früher tödlich verlaufenden Krankheit zu einem risikoreicheren Sexualverhalten ermutigt (zu dieser Frage vgl. **Abschnitt VII.2**). Seit 1999 wurde deshalb eine Reihe von Fragen zum Informationsstand zur antiretroviralen Therapie (ART) gestellt.

Zunächst war von Interesse, ob MSM grundsätzlich wissen, dass eine HIV-Infektion medikamentös behandelt werden kann. Mehr als ein Viertel (27%) aller Befragten gibt an, „*noch nie von den antiretroviralen Medikamenten (Kombi-Therapien) gegen HIV*“ gehört zu haben. Dieser Anteil ist in hohem Maße alters- und bildungsabhängig: 50 Prozent der unter-25-Jährigen und 61 Prozent der unter-20-Jährigen haben noch nie von antiretroviraler Therapie gehört. Entsprechendes gilt für 38 Prozent der Befragten mit Hauptschulabschluss, aber nur für 18 Prozent derer mit Abitur.

Bei allen anderen Befragten wurde der Grad der Zustimmung zu folgenden Aussagen erhoben:

„Die neuen antiretroviralen Medikamente (Kombi-Therapien) bewirken, dass ...

- (a) ... *AIDS endgültig geheilt werden kann*“,
- (b) ... *Menschen mit HIV und AIDS länger leben*“,
- (c) ... *behandelte Menschen mit HIV und AIDS das Virus nicht mehr übertragen*“.

93 Prozent (bei  $n=5.941$ )<sup>139</sup> lehnten sachlich richtig die Aussage ab, dass AIDS endgültig geheilt werden kann, und 75 Prozent stimmten korrekterweise der Aussage zu, dass antiretroviral behandelte HIV-Infizierte länger leben.

Der Grad der Informiertheit zu den Kombinationstherapien wurde wie in den vorangegangenen Erhebungen durch die Addition von Punktwerten pro Frage bestimmt. Dabei wurden zunächst all diejenigen, die angaben, noch nie von Kombinationstherapien gehört zu haben, als fehlinformiert angesehen – zwölf Jahre nach Einführung der ART halten wir diesen Schritt für legitim. Die Ablehnung bzw. Zustimmung zu den genannten drei Aussagen zur ART durch die Befragten erfolge anhand einer Viererskala<sup>140</sup>. Für die Aussagen (a) und (b) wurden – ausgehend von einem Gesamtpunktwert von Null – für korrekte bzw. inkorrekte Zustimmung oder Ablehnung je nach Ausmaß ein oder zwei Punkte vergeben bzw. abgezogen.

Dass behandelte HIV-Infizierte das Virus nicht mehr übertragen, glauben nur drei Prozent sowohl der positiv als auch der zuletzt negativ getesteten Befragten. Aktuell wird diskutiert, ob und unter welchen Bedingungen der Sachverhalt, dass HIV-infizierte Personen unter nachhaltig wirksamer antiretroviraler Therapie als sehr viel weniger infektiös gelten können, kommuniziert werden soll. Ende Januar 2008 war diese Diskussion zum Teil in den allgemeinen (nicht fachbezogenen) Medien angekommen. Zum Zeitpunkt der Befragung wurde diese Diskussion noch nicht breit geführt. In den vorangegangenen Erhebungen (SMA-1999 und 2003) wurde die Aussage, „*dass behandelte Menschen mit HIV und AIDS das Virus nicht mehr übertragen*“, als sachlich falsch gewertet. Um diesen neu aufgetretenen Unsicherheiten zu begegnen, wurde mit den Antworten zur Aussage (c) wurde anders verfahren als bei den Aussagen (a) und (b): Unter der Bedingung, dass die HI-„Viruslast“ im Blut nachhaltig und kontrolliert unter der Nachweisgrenze ist und keine weiteren sexuell übertragbaren Infektionen vorliegen<sup>141</sup>, ist die Aussage (c) inzwischen als zutreffend erkannt. Daher wurde ein Punkt vergeben sowohl für die *schwache* Ablehnung als auch für die *schwache* Zustimmung, während für die *starke* Ablehnung bzw. Zustimmung ein Punkt abgezogen wurde. Insgesamt gelten alle Befragten mit einem Gesamtpunktwert von minus fünf bis null als fehlinformiert; als *teilweise* richtig informiert gelten

<sup>139</sup> Diese 5.941 Personen haben zuvor angegeben, grundsätzlich von ART gehört zu haben. Vier bis fünf Prozent davon haben sich einer Einschätzung hinsichtlich der Aussagen zur ART enthalten. In **Abschnitt VII (Tabelle 7.1)** hingegen sind diese Anteile – unterschieden nach Test- und Serostatus der Befragten – auf die *Gesamtstichprobe* bezogen.

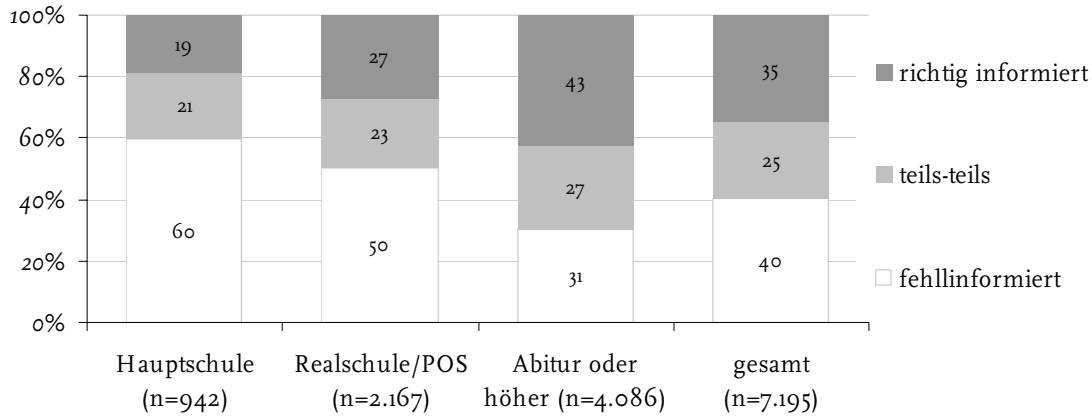
<sup>140</sup> „*stimme voll zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu*“

<sup>141</sup> Vgl. Vernazza, Hirschel et al. 2008

Befragte mit einem Gesamtpunktwert von ein oder zwei Punkten, als richtig informiert Befragte mit drei bis fünf Punkten.

Insgesamt können 35 Prozent der Befragten (mit Schulabschluss) als richtig zur ART informiert gelten und 40 Prozent als fehlinformiert (diese 40 Prozent enthalten auch diejenigen, die noch nie von Kombinationstherapien gehört haben). Stärkster Prädiktor für das Informationsniveau zur ART ist der höchste erreichte Schulabschluss (vgl. **Abbildung 8.2**). Auch sind befragte MSM unter 25 und über 55 Jahren überdurchschnittlich häufig fehlinformiert, bzw. unterdurchschnittlich häufig richtig informiert.

**Abbildung 8.2:** Informationsniveau zur ART nach erreichtem Schulabschluss; Basis: Gesamtstichprobe (n=7.195)

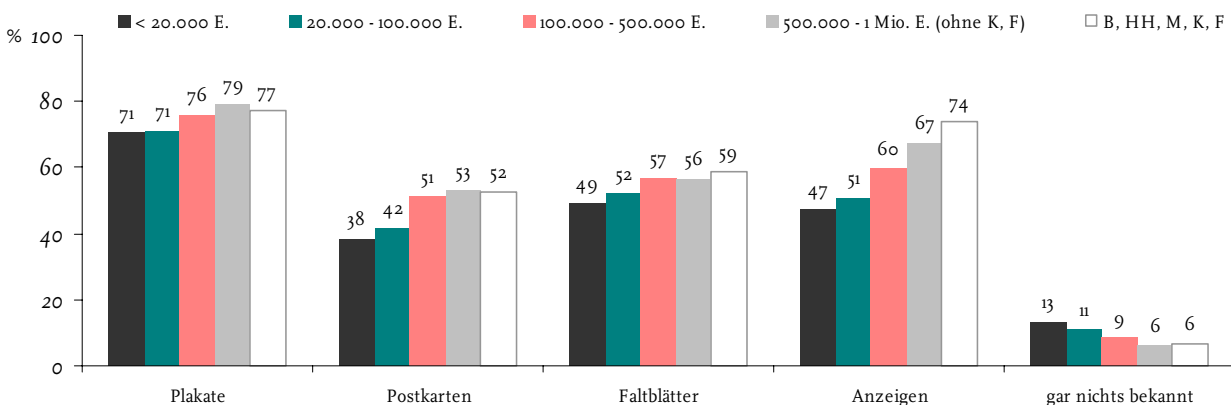


Wie bereits in **Abschnitt VII.2** zeigt sich auch hier kein Zusammenhang zwischen dem Grad der Informiertheit zur Kombinationstherapie und der Häufigkeit des Eingehens von HIV-Infektionsrisiken: Zur ART richtig informierte Befragte gehen nur marginal und statistisch nicht signifikant weniger Infektionsrisiken beim Sex ein als zur ART fehlinformierte Befragte. Wie schon hinsichtlich des Informationsniveaus zu den Übertragungswegen gilt auch hier, dass MSM, die in nur geringem Umfang in kommunikativen Austausch mit anderen schwulen Männern treten, häufiger fehlinformiert als solche, die häufig Orte „schwuler Geselligkeit“ aufsuchen, die sich als Homosexuelle akzeptiert fühlen oder die gegenüber allen sozial bedeutsamen Menschen „geoutet“ sind. Wie das Wissen zu den Übertragungswegen, nur sehr viel ausgeprägter, hängt das Wissen zur ART plausiblerweise mit dem Sero- bzw. Teststatus zusammen, und zwar unabhängig von Alter und Bildung: 51 Prozent der HIV-positiven, 38 Prozent der zuletzt negativ getesteten und 23 Prozent der ungetesteten Befragten können als richtig zur ART informiert gelten.

#### 4. Verbreitung von DAH Materialien

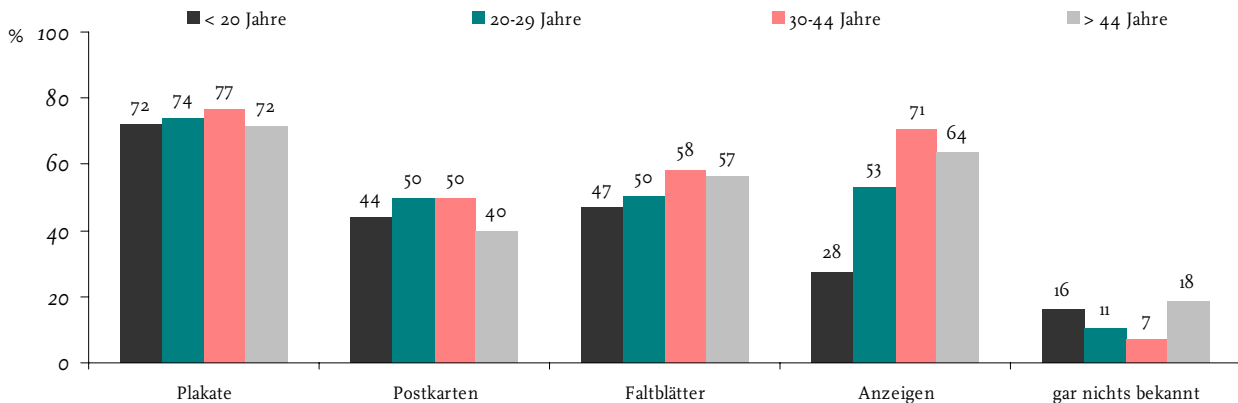
Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind einer großen Mehrheit der Befragten bekannt. **Abbildung 8.3** veranschaulicht den Bekanntheitsgrad der Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe in Abhängigkeit von der Größe des Wohnortes, in dem die Befragten leben.

**Abbildung 8.3:** Bekanntheit der Printmedien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Wohnortgröße Die Prozentwerte bezeichnen den Anteil der Befragten, die die jeweiligen Materialien kennen; Basis: Gesamtstichprobe (n=8.130)



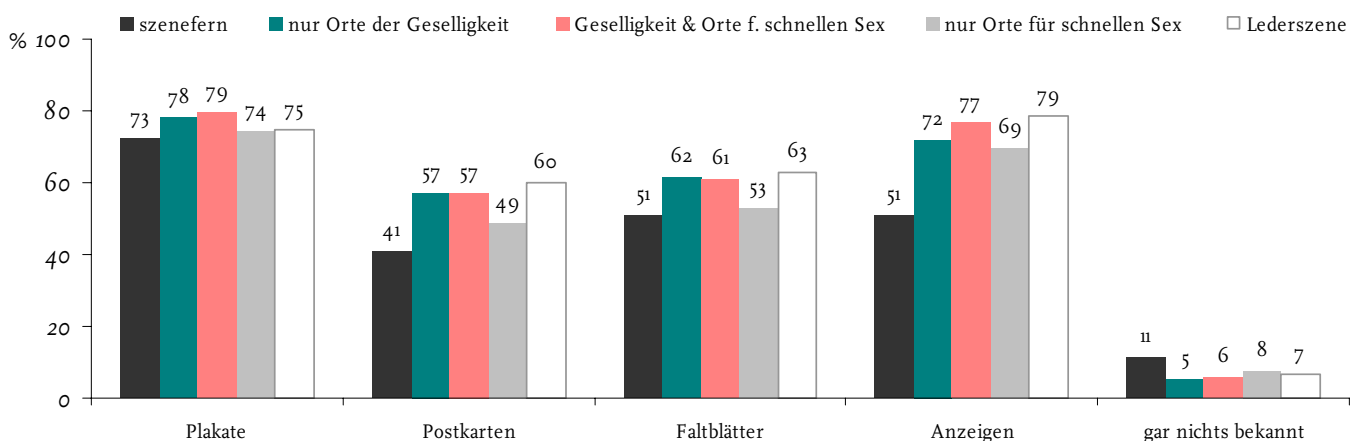
Wie schon in der Befragung von 2003 ist auch für diese Befragung festzuhalten, dass insbesondere MSM unter 20 Jahren schlechter mit DAH-Materialien erreicht werden, besonders deutlich wird dies bei Anzeigen in Schwulenzeitungen (vgl. **Abbildung 8.4**). In dieser Altersgruppe kennen 16 Prozent gar keine DAH-Materialien; bei MSM in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern liegt dieser Anteil bei 13 Prozent. Mit Ausnahme von Plakaten sind alle DAH-Materialien bei Befragten, die über die Printmedien geantwortet haben, in größerem Umfang bekannt als bei über das Internet Befragten. Es ist möglich, dass die Urheberschaft der Plakate nicht allen Befragten präsent ist und dass die überall sichtbaren BZgA-Plakate für Plakate der DAH gehalten wurden, die nur innerhalb der Schwulenszene sichtbar sind.

**Abbildung 8.4:** Bekanntheit der Printmedien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Alter. Die Prozentwerte bezeichnen den Anteil der MSM, die die jeweiligen Materialien kennen; Basis: Gesamtstichprobe (n=8.144)



Für die Verbreitung der der Infomaterialien der DAH spielen Orte der schwulen Subkultur eine große Rolle. Dies zeigt sich darin, dass MSM zu einem höheren Anteil DAH-Materialien kennen, wenn sie häufig solche Orte frequentieren, insbesondere, wenn es sich dabei um eher kommunikative Orte handelt (Cafés, Bars, Buchläden, vor allem aber die Treffpunkte der Lederszene) und nicht um Orte für schnellen Sex (vgl. **Abbildung 8.5**).

**Abbildung 8.5:** Bekanntheit der Printmedien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Frequentierung schwuler Szeneorte. Basis: Gesamtstichprobe (n=8.105)



Mehr als die Hälfte aller Befragten (58%) gibt an, AIDS-Hilfe Materialien in Bars, Cafés, Diskotheken oder Saunen der Schwulenszene erhalten oder gesehen zu haben, 24 Prozent in Kliniken, Apotheken oder Arztpraxen, 13 Prozent in Gesundheitsämtern. 39 Prozent geben an Infoständen von AIDS-Hilfen Materialien erhalten zu haben, 17 Prozent an Infoständen oder auf Veranstaltungen anderer Organisationen, 15 Prozent über Freund und Bekannte, zehn Prozent beim Besuch einer regionalen AIDS-Hilfe und sieben Prozent bei Gesprächen mit AIDS-Hilfe-Mitarbeitern in der Subkultur (aufsuchende Präventionsarbeit).



## IX MSM mit Migrationshintergrund

Da nicht nur die Anteile in Deutschland gemeldeter HIV-Infektionen, die MSM betreffen, seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2001 beständig ansteigen, sondern auch die entsprechenden Anteile für Menschen mit Migrationshintergrund, verdient die Schnittmenge dieser beiden Gruppen – MSM mit Migrationshintergrund – eine besondere Betrachtung. Im Rahmen SMA-Befragungen wurde dieser Aspekt erstmalig 2003 thematisiert. Ein Ergebnis war dabei unter anderem, dass nicht-„deutschstämmige“<sup>142</sup> MSM mehr Sexualpartner hatten, häufiger sexuelle Risikokontakte eingingen, sich seltener auf HIV testen ließen, aber deutlich stärker von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV betroffen waren<sup>143</sup>.

Zum Jahresende 2006 betrug der Anteil ausländischer Staatsbürger an der Gesamtbevölkerung laut amtlicher Statistik 8,2 Prozent; darunter befinden sich auch 1,4 Millionen ausländische Staatsangehörige, die in Deutschland geboren wurden. Die Gastarbeiteranwerbung, die bis in die 1970er Jahre erfolgte, hat noch heute Folgen für der Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung: 57 Prozent der in Deutschland lebenden Ausländer sind Staatsangehörige eines der ehemaligen Anwerberstaaten. Den höchsten Anteil unter der ausländischen Bevölkerung machen Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit aus (26 Prozent der ausländischen Bevölkerung), gefolgt von Personen mit italienischer Staatsangehörigkeit (8%). Neben den Gastarbeitern stellen sogenannte Spätaussiedler aus Mittel- und Osteuropa (insbesondere aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, Polen und Rumänien) eine weitere bedeutende Zahl von Zuwanderern.<sup>144</sup>

Wie bereits in **Abschnitt II.1** thematisiert, konnten in der Befragung von 2007 – für die nur MSM mit Wohnsitz in Deutschland berücksichtigt wurden – 280 (3,5%) MSM mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft erreicht werden. Befragungsteilnehmer mit einer anderen als der deutschen Staatsbürgerschaft kommen aus 42 verschiedenen Nationen, vor allem aus Italien (n=32), Österreich (n=26), Großbritannien (n=25), Luxemburg (n=22), den USA (n=20), den Niederlanden (n=16), der Türkei (n=15), Spanien (n=14), Polen (n=10) oder der Schweiz (n=10). Die Anteile der befragten Männer mit ausländischer Staatsbürgerschaft entsprechen somit nicht annähernd den jeweiligen Anteilen an der Gesamtbevölkerung.

**Tabelle 9.1:** Im Elternhaus gesprochene Sprache, n= 8.170

	n	%
deutsch	7.835	95,9
englisch	67	0,8
polnisch	21	0,3
türkisch/kurdisch	19	0,2
französisch	16	0,2
italienisch	16	0,2
spanisch	17	0,2
russisch	14	0,2
griechisch	6	0,1
serbokroatisch	7	0,1
niederländisch/flämisch	5	0,1
arabisch	4	0,0
skandinavische Sprachen	4	0,0
portugiesisch	3	0,0
rumänisch	2	0,0
andere Sprache	41	0,5
keine Angabe	92	1,6
gesamt	8.170	100,0

<sup>142</sup> Die Begriffe mit „Migrationshintergrund“ und nicht-„deutschstämmig“ werden synonym verwendet. Wenn von „ausländisch“ die Rede ist, sind hingegen ausschließlich Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit als der deutschen gemeint.

<sup>143</sup>Bochow, Wright et al. 2004:142f

<sup>144</sup> Quelle: Migration Research Group 2007

Die Staatsbürgerschaft allein ist jedoch als unzureichender Indikator für einen „Migrationshintergrund“ anzusehen, daher wurde zusätzlich auch die Sprache erhoben, die im Elternhaus gesprochen wurde (vgl. **Tabelle 9.1**). Auch hier zeigt sich eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutliche Unterrepräsentanz der für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund typische Sprachen: Türkisch, kurdisch oder arabisch wurde beispielsweise im Elternhaus von nur knapp 0,3 Prozent der Befragten gesprochen (dem entsprechen die bereits in **Abschnitt II.1** genannten 0,5 Prozent mit einem vom Islam geprägten Elternhaus). Ausgehend von 2,4 Millionen Menschen türkischer Abstammung in Deutschland<sup>145</sup> wäre ein etwa 10-fach höherer Anteil zu erwarten gewesen.

MSM mit deutscher Nationalität, in deren Familie nicht deutsch gesprochen wird, wurden aufgrund ihrer Sprachzugehörigkeit (soweit als möglich) der entsprechenden Nationalitätenkategorie zugeordnet. Unter Berücksichtigung beider Variablen können 399 der befragten Männer (4,9%) als MSM mit „Migrationshintergrund“ angesehen werden. Für einen Vergleich nach Herkunftsländern oder Weltregionen reichen diese Zahlen nicht aus.

Wie bereits in der Befragung von 2003 werden für die folgenden Auswertungen MSM mit einem derart definierten „Migrationshintergrund“ nach dem Kriterium der gesellschaftlichen Akzeptanz der Homosexualität in ihrem „Herkunftsland“ (bzw. dem ihrer Eltern etc.) in zwei Gruppen aufgeteilt (vgl. auch **Tabelle 9.2**):

- 1) MSM aus Ländern, in denen die Homosexualität ähnlich akzeptiert ist bzw. ähnlich gelebt wird wie in Deutschland (*vergleichbare Länder*)<sup>146</sup>
- 2) MSM aus Ländern, in denen ein größeres Ausmaß an Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Homosexualität herrscht (*andere Länder*)<sup>147</sup>

Die Vergleichbarkeit mit Deutschland wurde daran gemessen, ob ähnliche subkulturelle Gesellungsformen, eine etablierte Schwulenbewegung oder z.B. Regelungen für gleichgeschlechtliche Partnerschaften vorhanden sind. Eine solche Unterscheidung erscheint uns wichtig, da nicht zuletzt die bereits vorgestellten Auswertungen gezeigt haben, dass MSM, die sich in ihrem sozialen Umfeld als homosexuelle Männer nicht akzeptiert fühlen, größere Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Umsetzung MSM-spezifischer Präventionsbotschaften haben.

**Tabelle 9.2:** Verteilung der Befragten nach Ländergruppen

	n=	%
Deutschland	7.700	94,2
vergleichbare Länder	242	3,0
andere Länder	157	1,9
keine Angabe	71	0,9
gesamt	8.170	100

## 1. Soziodemographische Merkmale

Befragte MSM mit „Migrationshintergrund“ – sowohl aus *vergleichbaren* (vorwiegend: westeuropäischen) Ländern als auch aus *anderen* Ländern – unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale zum Teil deutlich von den „deutschstämmigen“ Befragten.

Im Vergleich mit „deutschstämmigen“ MSM sind Befragte aus *vergleichbaren* Ländern etwas älter (Altersmedian 37 vs. 35 Jahre), haben höhere Bildungsabschlüsse (72% vs. 57% mit Abitur) und wohnen häufiger in Berlin, Hamburg, München, Köln oder Frankfurt (40% vs. 27%, vgl. auch **Abbildung 9.1**).

<sup>145</sup> Şen 2002

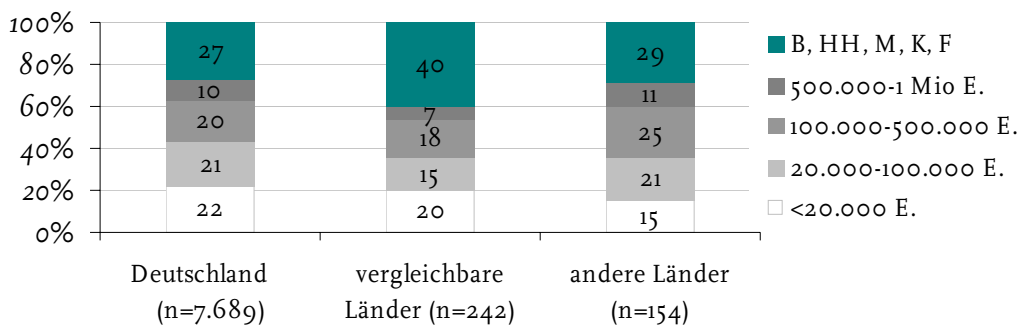
<sup>146</sup> Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Japan, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Südafrika, USA

<sup>147</sup> Albanien, Argentinien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Bulgarien, China, Elfenbeinküste, Griechenland, Indien, Italien, Kroatien, Lettland, Libanon, Pakistan, Polen, Rumänien, Serbien-Montenegro, Slowakei, Tschechien, Türkei, Ukraine, Vereinigte Arabische Emirate, Vietnam, Weißrussland



Befragte aus *anderen* Ländern sind hingegen deutlich jünger (Altersmedian 26 vs. 35 Jahre, 44% vs. 24% sind jünger als 25, 82% vs. 52% sind jünger als 35 Jahre) und haben ebenfalls, aber weniger stark ausgeprägt, höhere Bildungsabschlüsse (63% vs. 57% mit Abitur). Dies sei trotz fehlender Signifikanz angemerkt, weil hierdurch exemplarisch der ausgeprägte Selektionsbias dieser Gruppe deutlich wird. Migranten in Deutschland, insbesondere aus den diese Gruppe konstituierenden Ländern, verfügen im Vergleich zur „deutschstämmigen“ Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt über niedrigere Bildungsabschlüsse. Anders als MSM aus *vergleichbaren* Ländern wohnen Befragte aus *anderen* Ländern nicht häufiger in „Schwulenmetropolen“, sondern eher in mittelgroßen Städten zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern (dies gilt auch nach Altersadjustierung). Hinsichtlich der Stichprobengewinnung (*offline* vs. *online*) gab es in der altersstratifizierten Analyse keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Es ist hervorzuheben, dass 28 Prozent der Befragten aus *vergleichbaren* und 33 Prozent aus *anderen* Ländern nach eigenen Angaben die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen; bei 48 Prozent der Befragten aus *vergleichbaren* bzw. 37 Prozent aus *anderen* Ländern wurde im Elternhaus vorwiegend deutsch gesprochen. Türkisch als das Elternhaus prägende Sprache wurde von 12 Prozent der befragten MSM aus *anderen* Ländern angegeben, der Islam als das Elternhaus prägende Religion wurde von 18 Prozent genannt (sonst überall unter einem Prozent), Katholizismus von 33 Prozent (Deutschland: 25%, *vergleichbare* Länder: 30%).

**Abbildung 9.1:** Wohnortgröße bei Befragten nach Herkunftsland  
Basis: Gesamtstichprobe (n= 8.085)



## 2. Sexuelle Identität, Akzeptanz der Homosexualität, Subkultur

Grundlage für die Bildung der beiden Gruppen der nicht-„deutschstämmigen“ MSM war die Akzeptanz der Homosexualität in den Herkunftsgesellschaften der befragten Männer. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass – obwohl Sex mit Frauen in allen drei Gruppen gleich häufig bzw. gleich selten ist (jeweils 91 Prozent geben an, in den zwölf Monaten vor der Befragung keine sexuellen Kontakte zu Frauen gehabt zu haben) – Befragte aus *anderen* Ländern sich selbst etwas seltener als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen (77% vs. 85% in den anderen beiden Gruppen). „Bisexualität“ oder die Ablehnung einer „sexuellen“ Selbstbezeichnung sind hingegen (unabhängig vom Alter) häufiger anzutreffen (zusammen 22% vs. 14% in den anderen beiden Gruppen).

Die Akzeptanz von Homosexualität im (elterlichen) Herkunftsland spiegelt sich unter anderem darin wieder, ob und in welchem Ausmaß sich Befragte in ihrem familialen Umfeld – insbesondere von Vater und Mutter, mit Einschränkungen auch von den Geschwistern – als homosexuelle Männer akzeptiert fühlen (vgl. **Tabelle 9.3**): Bezogen auf den Vater trifft dies für nur 20 Prozent der Befragten aus *anderen* Ländern zu, bei „deutschstämmigen“ Befragten oder *vergleichbaren* Ländern sind es 52 Prozent. Die entsprechenden Anteile für die Mutter liegen jeweils etwa elf Prozentpunkte höher. Während bei „deutschstämmigen“ Befragten und solchen aus *vergleichbaren* Ländern keine Unterschiede zwischen der wahrgenommenen Akzeptanz seitens der Mutter oder der Geschwister festzustellen sind, ist dies bei Befragten aus *anderen* Ländern anders: möglicherweise haben die Geschwister der Befragten die Werte der „Aufnahmegesellschaft“ schon stärker verinnerlicht.

Auch im heterosexuellen Freundeskreis fühlen sich Befragte aus *anderen* Ländern mit 58 Prozent seltener akzeptiert als „deutschstämmige“ Befragte (68%) oder solche aus *vergleichbaren* Ländern (72%). Bei der Akzeptanz durch Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz lassen sich hingegen keine Unterschiede feststellen.

**Tabelle 9.3:** Akzeptanz der Homosexualität des Befragten im familialen und sozialen Umfeld nach Herkunftsland; Basis: Gesamtstichprobe (n= 8.170)<sup>148</sup>

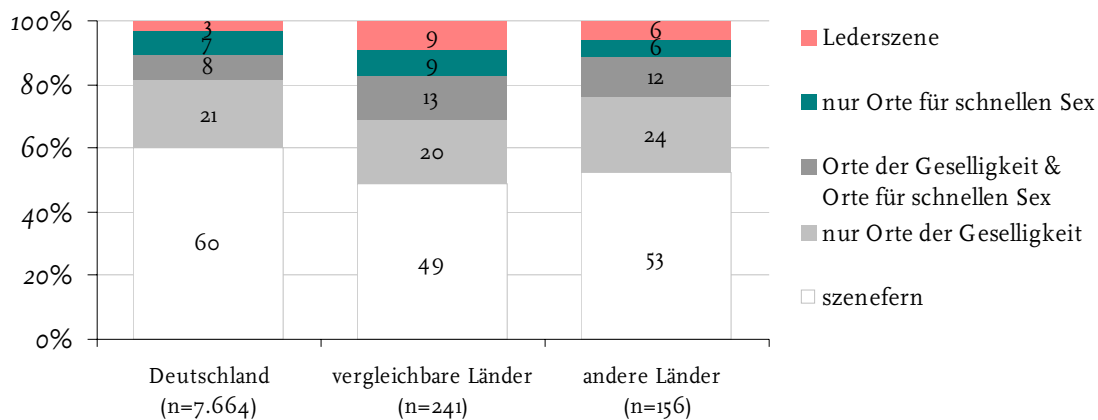
fühlt sich in seiner Homosexualität akzeptiert	Deutschland	vergleichbare Länder	nicht vergleichbare Länder
vom Vater	52 %	52 %	20 %
von der Mutter	63 %	63 %	32 %
von Geschwistern	64 %	63 %	44 %
von heterosexuellen FreundInnen	68 %	72 %	58 %
von ArbeitskollegInnen	49 %	55 %	49 %

Was den Besuch der schwulen Subkultur angeht, fällt bei den befragten MSM mit „Migrationshintergrund“ in allen Altersgruppen eine vergleichsweise starke Frequentierung von Lokalitäten für schwule Männer auf; der geringe Anteil „szeneferner“ MSM aus *anderen* Ländern (vgl. **Abbildung 9.2**) ist gerade auch in Hinblick auf den niedrigen Altersdurchschnitt dieser Gruppe bemerkenswert.

Befragte MSM mit „Migrationshintergrund“ suchen häufiger als „deutschstämmige“ Befragte Orte für flüchtigen Sex auf; vor allem in den jüngeren Altersgruppen, und dabei insbesondere Saunen, Parks, Klappen und andere öffentliche Cruising-Orte (vgl. auch **Tabelle 9.4**). Hingegen spielt das Internet als Medium der Sexualpartnersuche (zumindest in der altersadjustierten Betrachtung) in allen drei Gruppen eine vergleichbare Rolle.

Werden „Orte der Geselligkeit“ und „Lederszene“ zusammengenommen, können 32 Prozent der „deutschstämmigen“ Befragten, und jeweils 42 Prozent der befragten MSM mit „Migrationshintergrund“ als vertraut mit nicht-anonymen Orten für schwule Männer gelten. Der Anteil der Befragten, die häufig oder regelmäßig „Lederclubs“ aufsuchen, ist bei MSM aus *vergleichbaren* Ländern in allen Altersgruppen deutlich überrepräsentiert. Gründe hierfür können aus den vorliegenden Daten nicht direkt abgeleitet werden. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass es sich bei MSM aus *vergleichbaren* Ländern vorwiegend um schwule Männer handelt, die zielstrebig – aus beruflichen und/oder privaten Gründen – in eine der deutschen „Schwulenmetropolen“ (die eine europaweite Ausstrahlung haben) gezogen sind.

**Abbildung 9.2:** Frequentierung schwuler Subkultur nach Herkunftsland  
Basis: Gesamtstichprobe (n= 8.061)



<sup>148</sup> Befragte, die angeben, dass die entsprechende Person (Vater, Mutter, etc.) „nicht vorhanden“ sei, wurden nicht mitgezählt.

### 3. Sexualität, Risikoverhalten, STI

Für Gruppenvergleiche hinsichtlich des Sexual- und Risikoverhaltens ist in Anbetracht der unterschiedlichen Altersverteilung eine Stratifizierung nach Alter sinnvoll. Aufgrund der kleinen Fallzahlen bei MSM mit „Migrationshintergrund“ bietet sich hier vor allem eine Dichotomisierung an; die trennschärfsten Ergebnisse liefert die Unterteilung in MSM unter bzw. ab 30 Jahren (vgl. **Tabelle 9.4**).

Besonders markant sind die Unterschiede in den Anteilen der Befragten, die bereits eine eingetragene Lebenspartnerschaft (ELP) eingegangen sind: Nicht nur bei über-29-Jährigen, sondern vor allem auch bei unter-30-Jährigen liegen hier die Anteile deutlich oberhalb derer der „deutschstämmigen“ Vergleichsgruppe. Es ist möglich, dass die Aussicht auf einen deutschen Pass hier eine motivierende Wirkung hat, möglicherweise ist die ELP selbst als ein Selektionsfaktor anzusehen, weil es in vielen *vergleichbaren* Ländern die Möglichkeit einer rechtsverbindlichen Lebenspartnerschaft nicht existiert.

Befragte MSM mit Migrationshintergrund leben außerdem häufiger in offenen Partnerschaften und haben mehr Sexualpartner. Hinsichtlich des durchgehenden Kondomgebrauchs beim Analverkehr sind hingegen keine Unterschiede festzustellen, weder innerhalb fester Partnerschaften noch mit flüchtigen Sexualpartnern.

**Tabelle 9.4:** Ausgewählte Parameter zu Partnerschaft, Sexualität und Kondomgebrauch nach Herkunftsland;  
Basis: In zwei Altersgruppen dichotomisierte Gesamtstichprobe (<30 Jahre: n= 2.985; ≥30 Jahre: n=5.185)

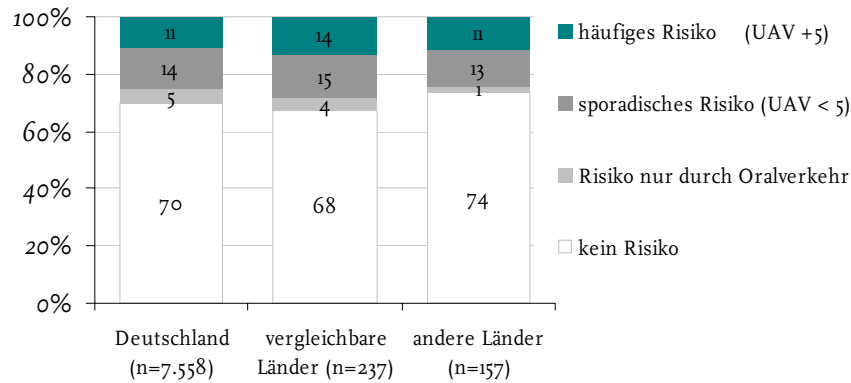
		Deutschland	vergleichbare Länder	andere Länder
<b>&lt;30 Jahre</b>	eingetragene Lebenspartnerschaft	2 %	9 %	6 %
	offene Beziehung	9 %	17 %	13 %
	> 50 Sexpartner in den letzten 12 Mon.	2 %	9 %	8 %
	Besuch von Darkrooms*	6 %	13 %	14 %
	Besuch von Parks, Klappen, etc. *	3 %	11 %	8 %
	durchgehend Kondom (fester Partner)	36 %	38 %	34 %
	durchgehend Kondom (andere Partner)	74 %	73 %	75 %
<b>≥30 Jahre</b>	eingetragene Lebenspartnerschaft	9 %	18 %	12 %
	offene Beziehung	30 %	37 %	43 %
	> 50 Sexpartner in den letzten 12 Mon.	5 %	10 %	11 %
	Besuch von Darkrooms*	9 %	20 %	14 %
	Besuch von Parks, Klappen, etc. *	7 %	12 %	7 %
	durchgehend Kondom (fester Partner)	33 %	35 %	34 %
	durchgehend Kondom (andere Partner)	71 %	71 %	76 %

\*mehrmals pro Monat oder häufiger

Wird die aggregierte Variable für das Eingehen von Infektionsrisiken bei Sexualkontakten verwendet, zeigt sich, dass befragte MSM mit „Migrationshintergrund“ trotz durchschnittlich höherer Partnerzahlen sich nicht häufiger einem sexuellen HIV-Übertragungsrisiko aussetzen (vgl. **Abbildung 9.3**). Die höheren Anteile von MSM aus *vergleichbaren* Ländern mit „häufigem Risiko“ (5-mal oder häufiger ungeschützter Analverkehr (UAV) mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus unterschiedlich oder unbekannt war, bezogen auf die zwölf Monate vor der Befragung) sind auf den höheren Anteil HIV-positiver Befragter in dieser Gruppe zurückzuführen (s. u.). Weiterhin fällt auf, dass Befragte aus *anderen* Ländern seltener Risikokontakte angeben, die *ausschließlich* auf die orale Aufnahme von Ejakulat zurückzuführen sind. Dies verweist jedoch nicht auf einen möglicherweise vorhandenen kulturell unterschiedlichen Umgang mit Sperma, sondern ist darauf zurückzuführen, dass HIV-Übertragungsrisiken beim Oralverkehr in dieser Gruppe stärker durch solche beim Analverkehr überlagert werden.

**Abbildung 9.3:** Risikokontakte nach Herkunftsland

Basis: Gesamtstichprobe (n= 7.952)

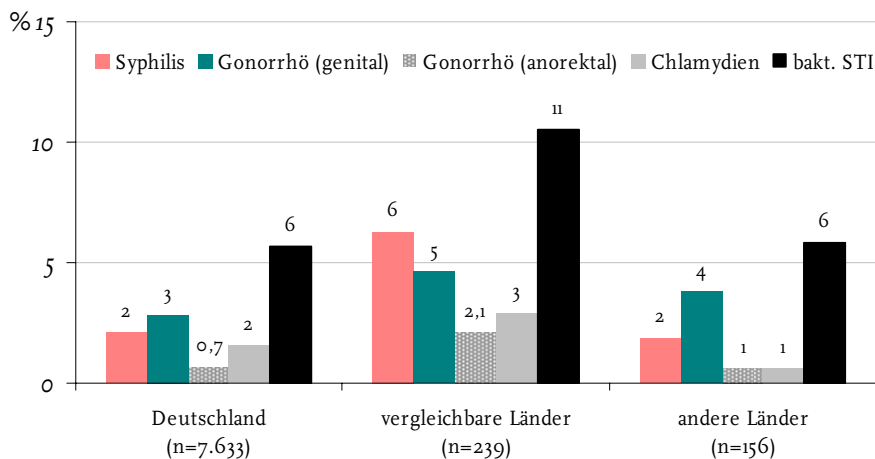


Befragte MSM mit „Migrationshintergrund“ aus *vergleichbaren* Ländern sind in den 12 Monaten vor der Befragung häufiger an bakteriellen STI erkrankt als Befragte aus *anderen* Ländern oder Befragte aus Deutschland (vgl. **Abbildung 9.4**). Dies ist am ehesten über die höhere Partnerzahl, die höhere Frequentierung von Orten für schnellen Sex sowie der Lederszene, und sowie den höheren Anteil von HIV-positiven MSM in dieser Gruppe und die damit einhergehende durchschnittlich höhere Anzahl ungeschützter anal-genitaler Kontakte außerhalb fester Partnerschaften zu erklären.

Befragte MSM aus *anderen* Ländern sind in gleichem Umfang von STI betroffen wie „deutschstämmige“ MSM. In Anbetracht des hohen Selektionsbias für diese Gruppe (gut gebildete, aktive, als schwul identifizierte und am „schwulen Leben“ teilnehmende MSM) ist eine prinzipielle Unterdiagnostik bzw. daraus resultierender Untererfassung von STI wenig wahrscheinlich.

**Abbildung 9.4:** Sexuell übertragbare Infektionen nach Herkunftsland;

Basis: Gesamtstichprobe (n= 8.028)

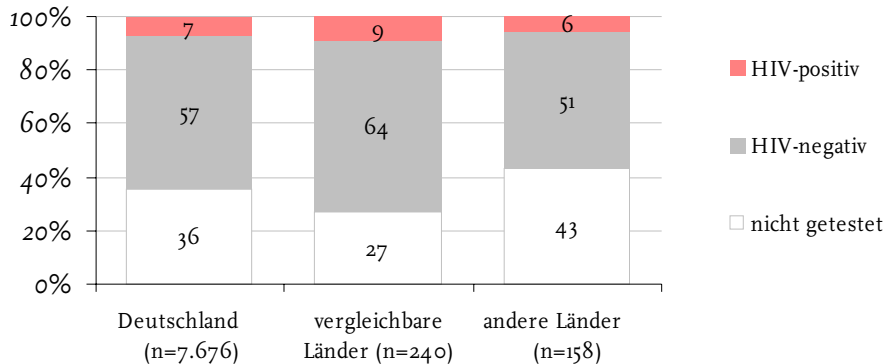


#### 4. HIV-Testverhalten und -Serostatus

Auf den ersten Blick scheinen MSM aus *anderen* Ländern häufiger ungetestet und MSM aus *vergleichbaren* Ländern häufiger HIV-positiv zu sein (vgl. **Abbildung 9.5**). In beiden Fällen handelt es sich jedoch im Wesentlichen um Alterseffekte der Stichproben. Befragte aus *vergleichbaren* Ländern sind aufgrund ihres höheren Durchschnittsalters (aber auch im Zusammenhang mit der durchschnittlich höheren Partnerzahl) häufiger getestet und auch etwas häufiger positiv. Umgekehrt ist der höhere Anteil der Ungetesteten bei Befragten aus *vergleichbaren* Ländern auf den deutlich niedrigeren Alterdurchschnitt in dieser Gruppe zurückzuführen. Gerade in den jün-

geren Altersgruppen sind MSM aus *vergleichbaren* Ländern sogar ein wenig häufiger auf HIV-getestet als „deutschstämmige“ Altersgenossen. Dieser Unterschied ist zwar nicht statistisch signifikant, in Anbetracht des erwähnten Selektionsbias jedoch plausibel.

**Abbildung 9.5:** HIV-Teststatus nach Herkunftsland  
Basis: Gesamtstichprobe (n= 8.074)



Differenziert man die Befragten aus *vergleichbaren* Ländern in MSM mit us-amerikanischer, britischer, österreichischer und schweizerischer Nationalität und MSM mit anderer Nationalität, so zeigt sich, dass Befragte ab 30 Jahren aus den separat aufgeführten Ländern weitaus seltener zu den Ungetesteten gehören als Befragte aus den Vergleichsgruppen. Dieses Ergebnis beruht auf kleinen Fallzahlen, weist allerdings darauf hin, dass in den genannten Ländern – anders als in Deutschland – schon länger eine Primärpräventionspolitik verfolgt wurde, die eine Testempfehlung beinhaltet. Unter den Getesteten wiederum ist der Anteil der MSM mit bekannt positivem Testergebnis annähernd gleich: elf Prozent der „deutschstämmigen“ Befragten, zwölf Prozent der Befragten aus *vergleichbaren* sowie zehn Prozent der Befragten aus *anderen* vergleichbaren Ländern sind HIV-positiv getestet.

## 5. Informationsniveau und Informationsquellen

Die Kenntnis der wesentlichen Übertragungswege für HIV ist in allen drei Gruppen ähnlich, auch hinsichtlich des Wissens zur medikamentösen HIV-Therapie – des Wissens um die lebensverlängernde Wirkung antiretroviraler Therapien (ART), um die derzeitige Unmöglichkeit einer endgültigen Heilung von AIDS, um die Möglichkeit der Verhinderung einer Infektion nach Risikokontakt (PEP), um die Senkung der Infektiosität unter ART – lassen sich keine relevanten Unterschiede zwischen „deutschstämmigen“ MSM und solchen mit „Migrationshintergrund“ feststellen. In Anbetracht des hohen Bildungsniveaus der Befragten aus *vergleichbaren* oder *anderen* Ländern ist dieser Befund nicht weiter erstaunlich. Auch der jeweilige Anteil derer, die der Meinung sind, zur ART „gut informiert“ zu sein, ist in der für Alter und HIV-Serostatus adjustierten Betrachtung in allen drei Gruppen gleich.

Das gleiche gilt für den Stellenwert der wichtigsten Informationsquellen zu HIV und AIDS: In allen drei Gruppen steht das Internet an erster Stelle (vgl. **Tabelle 9.5**), gefolgt der „Schwulen Presse“. Für kein Medium ließen sich gruppenspezifische Unterschiede finden, die nicht durch die deutlich unterschiedliche Altersverteilung zu erklären war; dies gilt insbesondere für alle aufgeführten Internetangebote, die in der unadjustierten Betrachtung von MSM aus anderen Ländern häufiger als wichtigste Informationsquellen genannt werden.<sup>149</sup>

<sup>149</sup> Die online-Angebote der DAH (Infos und Beratung) und ebenfalls die Online-Info der BZgA sind nur in deutscher Sprache verfügbar. Dagegen bieten einige Kontaktportale, die ebenfalls Informationsseiten anbieten (GayRomeo.com, GayRoyal.com, funkyboys.com), ihre Seiten in verschiedenen Sprachen an.

**Tabelle 9.5:** Für wichtig gehaltene Informationsquellen (in Prozent (Rang 1 und 2 sind fett markiert))

	Deutschland (n=7.700)	vergleichbare Länder (n=242)	andere Länder (n=157)
„Schwule Presse“	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>26</b>
Tages- und Wochenzeitungen	23	18	22
Fernsehen	17	14	20
Radio	6	7	7
Gespräche im Freundeskreis	13	12	10
Medizinische Fach- oder Populärliteratur	12	15	15
Arzt	14	20	13
Beratung im Gesundheitsamt, Kliniken etc.	5	3	4
Infomaterial der AIDS-Hilfen	20	23	19
Telefonische Beratung	1	1	1
<b>BZgA insgesamt</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
...Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	5	4	5
...Großflächenplakate der BZgA	5	5	5
...Infomaterial der BZgA	8	5	5
<b>Internetangebote insgesamt</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>50</b>
Online-Info der AIDS-Hilfen	20	15	24
Online-Beratung der AIDS-Hilfen	6	7	13
Online-Info der BZgA	6	6	12
sonstige Internetquellen	29	27	29
<b>Unterricht an Schulen*</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>17</b>

\*Basis: Schüler und Auszubildende (n=1.167 / 34 / 41)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass MSM mit „Migrationshintergrund“ in der vorliegenden Erhebung deutlich unterrepräsentiert sind. Erfasst wurden vor allem schwule Männer aus westeuropäischen Ländern, in denen der gesellschaftliche Umgang mit Homosexualität ähnlich ist wie in Deutschland. Hier fühlten sich insbesondere MSM mit ausgeprägter Integration in die deutsche Schwulenszene angesprochen.

MSM aus Ländern mit strukturell anderen Bedingungen (bzw. deren Migrationshintergrund in solchen Ländern anzusiedeln ist), wurden in dieser Befragung kaum erreicht. Diese wenigen stellen wiederum eine hochselektive Gruppe dar, die auch nicht annähernd die für Deutschland typischen „Migrationshintergründe“ widerspiegelt. Auffällig ist der vergleichsweise niedrigere Altersdurchschnitt in dieser Gruppe: Die vorwiegend jungen Männer sind zu HIV und AIDS ähnlich gut informiert wie ihre „deutschstämmigen“ Altersgenossen, sind in gleichem Umfang von STI und HIV betroffen und unterscheiden sich nicht in ihrem präventiven Verhalten.

Auffällig ist jedoch die vergleichsweise niedrige Akzeptanz, die sie in ihrer Familie hinsichtlich ihrer Homosexualität erfahren oder erfahren haben, der höhere Anteil offener Beziehungen und die (damit zusammenhängende) höhere Partnerzahl. In Anbetracht des hohen Niveaus an Integration in schwule Lebenswelten der befragten MSM aus anderen Ländern ist die deutlich häufigere Frequentierung von Orten für schnellen oder anonymen Sex hervorzuheben. Dies kann als Hinweis verstanden werden auf ein höheres Ausmaß sozialer Isolation bei MSM mit „Migrationshintergrund“ im Sinne einer doppelten Stigmatisierung.

Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass das Ausmaß an Informiertheit zu HIV und AIDS sowie der Umfang präventiven Verhaltens bei weniger gebildeten bzw. weniger in schwule Lebenswelten integrierten MSM mit „Migrationshintergrund“ wesentlich geringer ist, der Zugang zu Information sowohl durch sprachliche als auch kulturelle Barrieren (hier vor allem: die Anerkennung der eigenen Homosexualität) zusätzlich erschwert wird. In Anbetracht der hohen Arbeitslosigkeit bzw. Beschäftigungsverbote von in Deutschland lebenden Migranten zusätzlich ein Anreiz für jüngere MSM bestehen mag, an den von ihnen ohnehin häufiger frequentierten Orten für schnellen Sex auch Sex gegen Bezahlung anzubieten.

Daher ist weitere Forschung, die sich mit den Lebenswelten migrantischer MSM näher beschäftigt und diese in Beziehung setzt zu präventivem Verhalten bzw. der Erreichbarkeit für präventive Angebote, dringend geboten.

## X Stabilität und Veränderungen im Zeitverlauf (1991-2007)

Die Darstellung von Trends anhand verschiedener Querschnittsuntersuchungen ist grundsätzlich problematisch, zumal es nicht möglich ist, repräsentative Erhebungen bei MSM durchzuführen. Bislang, vor allem bis einschließlich 1999, war es aufgrund des beständig gleichen Erhebungsmodus (Schalten eines Fragebogens in Printmedien) möglich, die jeweils erhobenen Prozentwerte nebeneinander abzubilden und damit eine zeitliche Entwicklung darzustellen.

2003 war dies bereits nur eingeschränkt möglich, da aufgrund der Ausweitung der Erhebung auf eine Online-Befragung sich die Zusammensetzung der Grundgesamtheit erheblich verändert hatte. Damals wurden deshalb Online- und Offline-Daten in ersten Auswertungsschritten getrennt analysiert. Im Jahre 2003 unterschied sich die Offline-Stichprobe nur unerheblich – sowohl hinsichtlich der Zahl als auch der Zusammensetzung der Teilnehmer – von der über Printmedien in den 1990er Jahren erzielten Stichproben.

Die diesjährige Stichprobe unterscheidet sich jedoch erheblich von bisherigen Stichproben. Durch die allgemeine Ausweitung der Nutzung des Internets, insbesondere durch die flächendeckende Einführung schneller DSL-Internetzugänge, aber auch durch die hohe Präsenz von MSM in Internet-Chat- und Kontaktportalen<sup>150</sup>, werden nun wesentlich mehr MSM erreicht (die diesjährige Stichprobe ist doppelt so groß wie die von 2003), und darüber hinaus ein in vielfacher Hinsicht breiteres Spektrum an Befragten.

Die folgenden Abbildungen dokumentieren die erheblichen Veränderungen der Stichprobe hinsichtlich Altersstruktur (**Abbildung 10.1a**), Wohnortgröße (**Abbildung 10.2a**), höchstem Bildungsabschluss (**Abbildung 10.3a**) und Frequentierung unterschiedlicher „Szene“-Lokalitäten (**Abbildung 10.5a**). Im weiteren Verlauf der Trendanalyse soll u.a. auf die Entwicklung des Informations- und Testverhaltens sowie auf das Sexual- und Risikoverhalten eingegangen werden.

Um halbwegs unverzerrte Trends abbilden zu können, haben die AutorInnen einen Filter gewählt, der das Ausmaß an stichprobenbedingten Verzerrungen reduziert, aber für alle Erhebungswellen möglichst viele MSM in den Stichproben belässt. Es stellt sich dabei folgendes Dilemma: Je homogener die verbleibende Gruppe durch den gewählten Filter wird, desto plausibler lassen sich zwar bestimmte Trends in dieser Gruppe beschreiben, aber desto weniger kann dies als eine Beschreibung von Trends bei MSM interpretiert werden. Die Genauigkeit der Aussage ist somit gegen ihre Verallgemeinerbarkeit<sup>151</sup> abzuwägen. Dieser Abwägungsprozess führte dazu, dass nicht etwa nur 30- bis 44-jährige als schwul identifizierte Männer aus Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt in die für Trendanalysen betrachtete Gruppe einbezogen werden, sondern MSM ab 25 Jahren, die in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben. Diese Gruppe ist auch gerade deshalb interessant, weil einerseits der dokumentierte Anstieg der HIV-Neudiagnosen hauptsächlich auf in Großstädten erworbene Infektionen zurückgeht, andererseits die Möglichkeiten für schnellen, anonymen oder Gruppensex in Großstädten ausgeprägter sind, und nicht zuletzt weil aus anderen Untersuchungen bekannt ist, dass MSM ab 25 Jahren sexuell sehr viel aktiver sind als jüngere MSM.

Insbesondere für das Test- und Risikoverhalten von Befragten hat sich dieser Filter als empirisch gerechtfertigt erwiesen: Ab dem Alter von 25 Jahren nimmt beispielsweise der Anteil der Ungetesteten sprunghaft ab. In Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern sind 69 Prozent der unter 20-jährigen, 45 Prozent der 20- bis 24-jährigen, 24 Prozent der 25- bis 29-jährigen und 19 Prozent der 30- bis 34-jährigen MSM ungetestet. In Städten mit weniger als 500.000 Einwohnern liegt der Anteil der Ungetesteten in jeder dieser Altersgruppen jeweils mindestens zehn Prozentpunkte höher. Die Antwort auf die Frage, ob es ungeschützten Analverkehr mit Sexualpartnern gab, deren HIV-Serostatus unbekannt oder diskordant war, hängt mittelbar mit dem Testverhal-

<sup>150</sup> vgl. Bolding, Davis et al. 2005, Bolding, Davis et al. 2006, Hospers, Kok et al. 2005, Benotsch, Kalichman et al. 2002

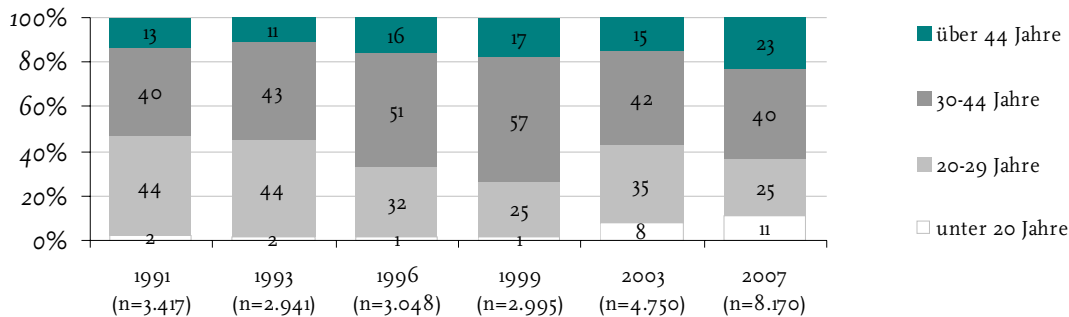
<sup>151</sup> Mit „Verallgemeinerbarkeit“ ist nicht Repräsentativität gemeint. Die SMA-Befragungen sind keine repräsentativen Befragungen. Welche Ergebnisse unter welchen Annahmen dennoch als verallgemeinerbar gelten können, muss daher von Fall zu Fall diskutiert werden.

ten zusammen. Auch für die Analyse der Anzahl unterschiedlicher Sexualpartner haben sich sowohl die Altersgrenze von 25 als auch die Unterscheidung von Orten mit über oder unter 500.000 Einwohnern als trennscharf erwiesen.

Die Ergebnisse der Befragungen aus den Jahren 2003 und 2007, die auch (und zuletzt überwiegend) online durchgeführt wurden, wären ohne diesen Filter in erheblichem Umfang durch junge MSM aus nicht großstädtischen Gebieten beeinflusst.

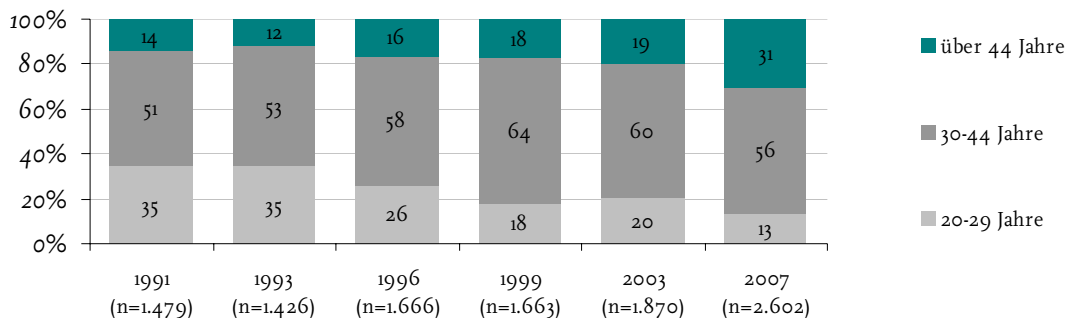
## 1. Veränderungen der Stichprobe im Zeitverlauf: Soziodemographie

**Abbildung 10.1a:** Altersverteilung im Zeitverlauf; Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



In der 2007er Befragung sind elf Prozent der Teilnehmer unter 20 Jahre alt (2003: 8%, bis 1999: unter 2%). Auch in der Altersgruppe der über-44-Jährigen ist eine Zunahme zu verzeichnen, dies gilt auch für über das Internet gewonnene Befragte. Die Zunahme ist jedoch vermutlich nicht nur methodisch bedingt, sondern auch ein Generationseffekt: Die Generationen schwuler Männer, die direkt oder indirekt in ihrem Lebensstil von einem liberaleren Umgang mit (Homo-)Sexualität seit den 1970er Jahren profitiert haben, beteiligen sich weiterhin an der Gestaltung schwulen Lebens und an Initiativen aus der *gay community*, selbst wenn sie dem „Szenalter“ entwachsen sind. Nach Anwendung des Filters sinkt der Anteil der Befragten unter 30 Jahren nicht nur durch den Wegfall der unter-25-Jährigen, sondern auch durch den Wegfall von Befragten aus Orten unter 500.000 Einwohnern.

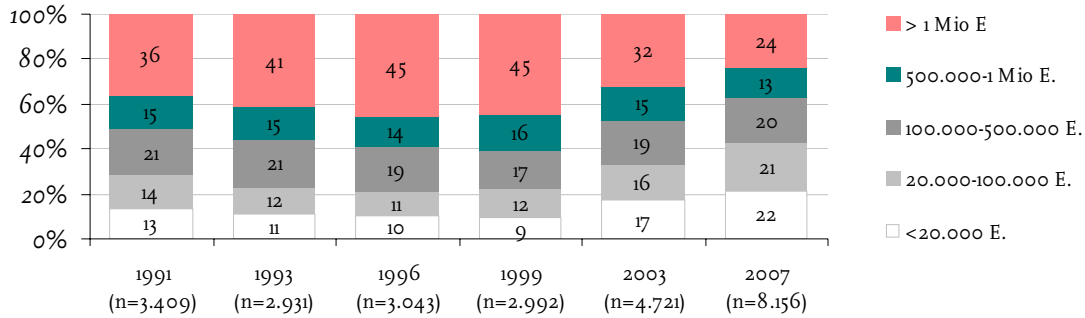
**Abbildung 10.1b:** Altersverteilung im Zeitverlauf;  
Basis: Befragte ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



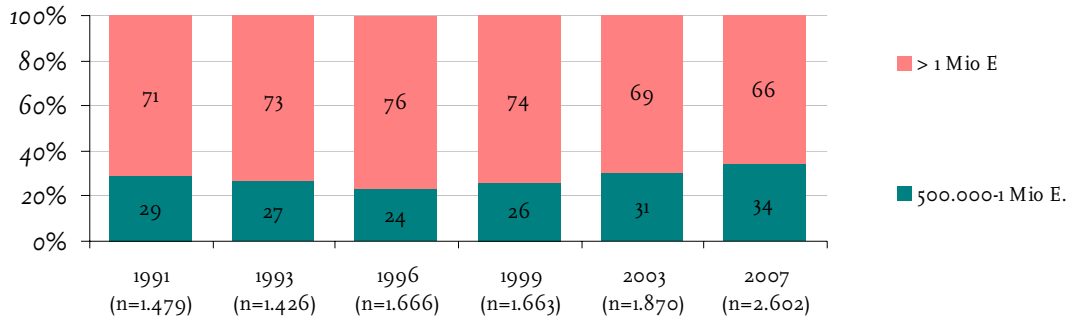
In der aktuellen SMA-Befragung kommen 43 Prozent der Befragten aus Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern (2003: 33%, bis 1999: etwa 23%, vgl. **Abbildung 10.2a**). In **Abschnitt II** wurde gezeigt, wie sich die geographische Verteilung von über das Internet bzw. über Printmedien gewonnenen Teilnehmern unterscheidet (vgl. **Abbildung 2.3**). Städte mit mehr als 500.000 Einwohnern haben mit höherer Wahrscheinlichkeit eine „schwule Infrastruktur“ – wozu auch Szenemagazine für schwule Männer gehören, über die der Fragebogen verteilt wurde – als kleinere Städte. **Abbildung 10.2b** zeigt die Verteilung der Wohnortgröße nach Anwendung des Filters.



**Abbildung 10.2a:** Wohnortgröße im Zeitverlauf; Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

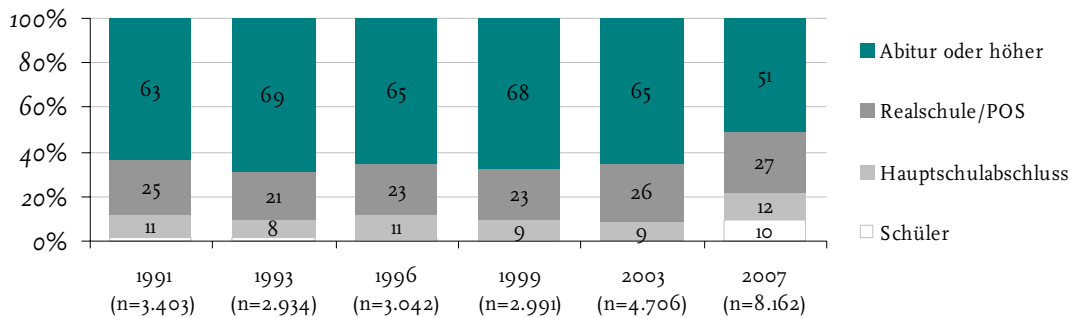


**Abbildung 10.2b:** Wohnortgröße im Zeitverlauf; Basis: Befragte ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

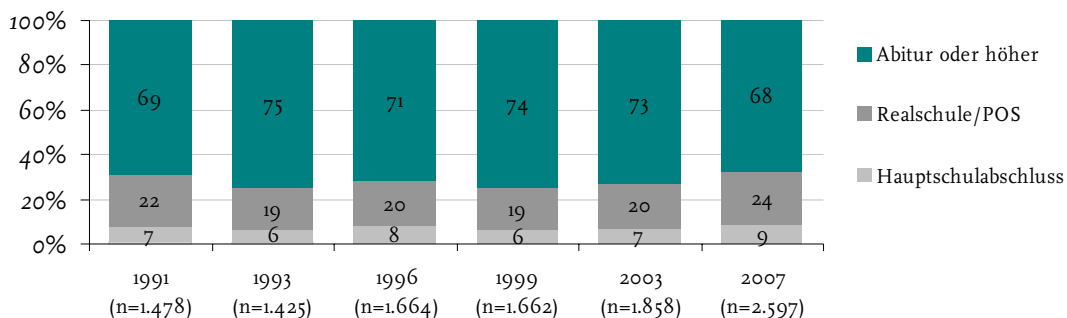


Über die Befragungswellen der vergangenen Zeiträume hinweg wird eine Abnahme der Teilnehmer mit Abitur oder einem höheren Bildungsabschluss (vgl. **Abbildung 10.3a**) deutlich. Zugenommen hat im Jahr 2007 insbesondere der Anteil von jungen MSM, die noch zur Schule gehen. Betrachtet man nur die MSM ab 25 Jahren, die in Großstädten leben, so sind die unterschiedlichen Bildungsabschlüsse sehr viel gleichmäßiger verteilt, wenn auch nach wie vor eine leichte Zunahme von MSM mit Bildungsabschlüssen unterhalb des Abiturs zu verzeichnen ist (**Abbildung 10.3b**).

**Abbildung 10.3a:** Schulabschlüsse im Zeitverlauf; Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



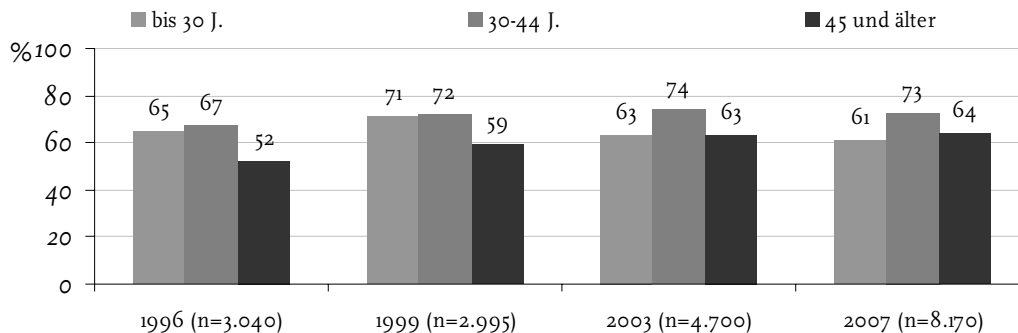
**Abbildung 10.3b:** Schulabschlüsse im Zeitverlauf; Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



## 2. Veränderungen der Stichprobe im Zeitverlauf: Schwule Lebenswelten

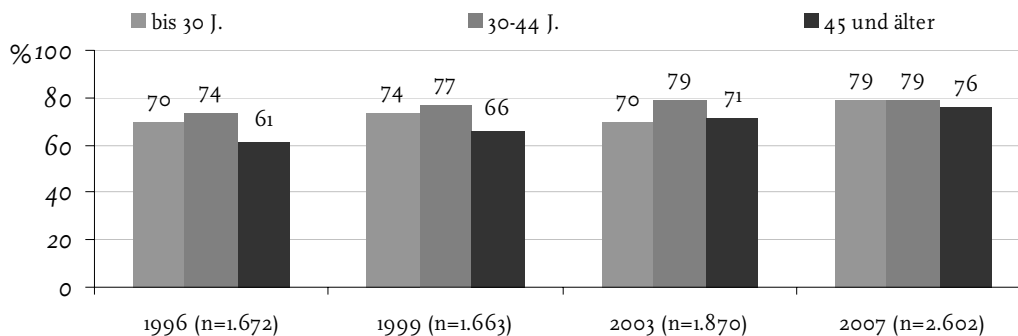
Über eine Akzeptanz bzw. Duldung ihrer homosexuellen Orientierung berichten insgesamt etwa zwei Drittel der befragten Männer. Werden die Stichproben ohne weitere Adjustierung nebeneinander abgebildet, dann steigt der Anteil der Befragten, die sich als Homosexuelle in ihrem sozialen Umfeld akzeptiert fühlen, nur in der Altersgruppe der über-44-Jährigen seit 1996 kontinuierlich an, während dieser Anteil bei unter-30-Jährigen eher im Sinken begriffen ist (**Abbildung 10.4a**). Nach Anwendung des Filters wird deutlich, dass bei Befragten über ab 25 Jahren in Städten ab 500.000 Einwohnern die erlebte Akzeptanz der eigenen Homosexualität in allen Altersgruppen gestiegen ist.

**Abbildung 10.4a:** Akzeptanz der Homosexualität im sozialen Umfeld im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

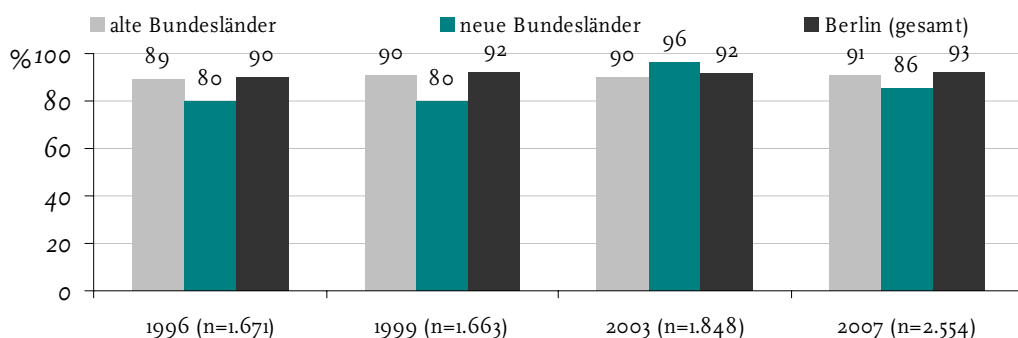


In den adjustierten Stichproben steigen die Anteile der MSM, die sich akzeptiert fühlen deutlich an; dies ist in allen Altersgruppen zu sehen (vgl. **Abbildung 10.4b**). Auch die Anteile von Befragten, die sich ihrem sozialen Umfeld (Arbeitskollegen und heterosexuellen Freunden) als MSM „geoutet“ haben, sind im Zeitverlauf der Befragungswellen leicht gestiegen (**Abbildung 10.5**).

**Abbildung 10.4b:** Akzeptanz der Homosexualität im sozialen Umfeld im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

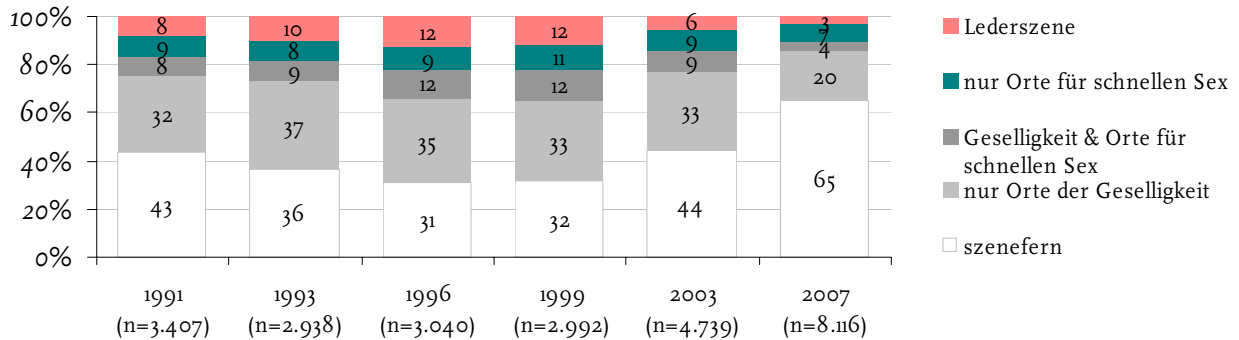


**Abbildung 10.5:** „Outing“ im sozialen Umfeld im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



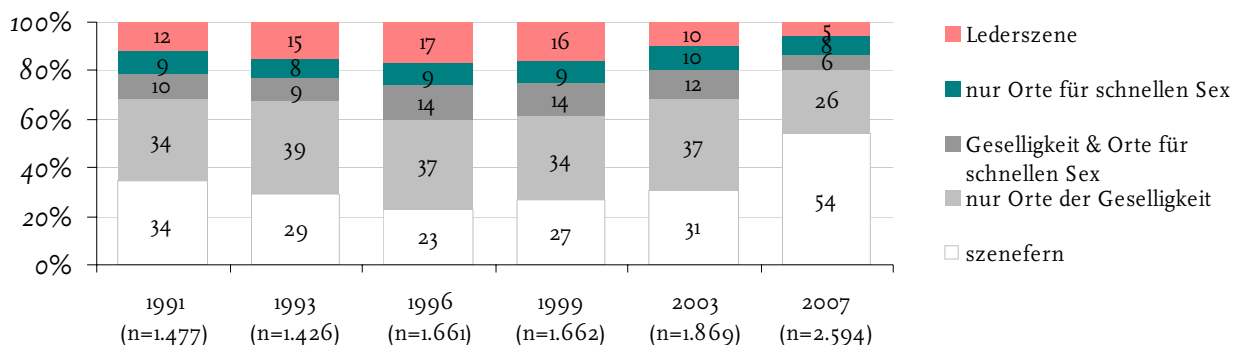
Hinsichtlich der Frequentierung unterschiedlicher „Szenelokalitäten“ ist eine deutliche Zunahme von „szenefernen“ Teilnehmern (weitgehend bedingt durch Veränderung der Alters- und Wohnortgrößenverteilung) und eine dementsprechende Abnahme von Teilnehmern mit engerer Anbindung an die schwule Subkultur festzustellen. 2007 wurde ein höherer Anteil von Befragten erreicht, die als „szeneferne“ gelten können (vgl. **Abbildung 10.6a**).

**Abbildung 10.6a:** Frequentierung unterschiedlicher „Szeneorte“ im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



Werden dieselben Anteile bei Befragten ab 25 Jahren, die in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben, betrachtet, ist immer noch festzustellen, dass in der 2007er Erhebung mehr MSM erreicht wurden, die als „szeneferne“ gelten können. Dieser „online-Effekt“ war für die Erhebung durchaus erwünscht, ist aber bei der Betrachtung weiterer Zeitverläufe zu berücksichtigen. Bereits 2003 war ein Rückgang von Befragten zu verzeichnen, die der „Lederszene“ zugeordnet wurden. Ebenfalls leicht gesunken ist der Anteil an Befragten, die Orte für schnellen Sex (Saunen, Klappen, *Darkrooms*, Sexpartys) aufsuchen. Dabei bleibt unklar, ob dies durch eine Veränderung der Stichprobe bedingt ist oder ob diese Orte durch die Zunahme sexueller Kontaktaufnahmen über das Internet auch in großen Städten möglicherweise an Bedeutung verloren haben (vgl. **Abbildung 10.6b**).

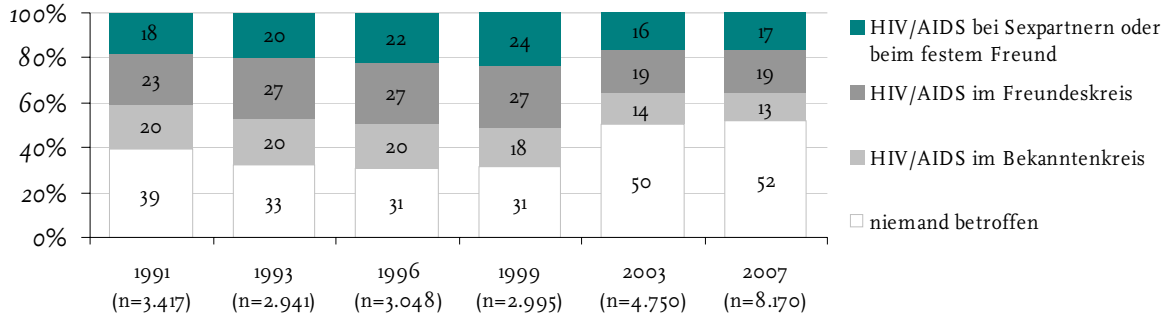
**Abbildung 10.6b:** Frequentierung unterschiedlicher „Szeneorte“ im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



Im Zeitverlauf zeigt sich eine markante Zunahme der Teilnehmer, die niemanden mit HIV/AIDS kennen (weitgehend bedingt durch Veränderung der Alters- und Wohnortgrößenverteilung durch die Einbeziehung des Internet seit 2003 als Erhebungsmedium; vgl. **Abbildung 6.1**); dieses Ergebnis ist konkordant zum hohen Anteil szeneferner MSM in der Stichprobe von 2003 und 2007.

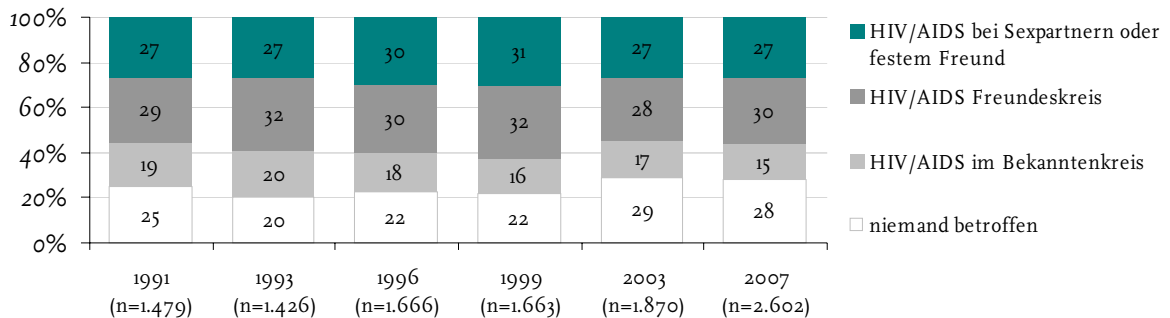
Im Verlauf der Erhebungswellen ist bereits 2003 ein Rückgang von Befragten zu verzeichnen, in deren sozialem Umfeld HIV/AIDS sichtbar ist. Anders als in den Jahren 1991 bis 1999, in denen etwa ein Drittel der Befragten niemanden mit HIV oder AIDS kannte, belief sich dieser Anteil in den Jahren 2003 und 2007 auf 50 Prozent (vgl. **Abbildung 10.7a**).

**Abbildung 10.7a:** HIV/AIDS im sozialen Umfeld im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



Diese Unterschiede sind wesentlich auf die Zunahme jüngerer MSM und der breiteren geografischen Streuung zurückzuführen: Nach Anwendung des beschriebenen Filters ist zwar immer noch ein leicht steigender Anteil von Männern zu sehen, die keine HIV-positiven Menschen kennen, die Sichtbarkeit von HIV/AIDS im sozialen Umfeld ist jedoch homogener verteilt (vgl. **Abbildung 10.7b**).

**Abbildung 10.7.b:** HIV/AIDS im sozialen Umfeld im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



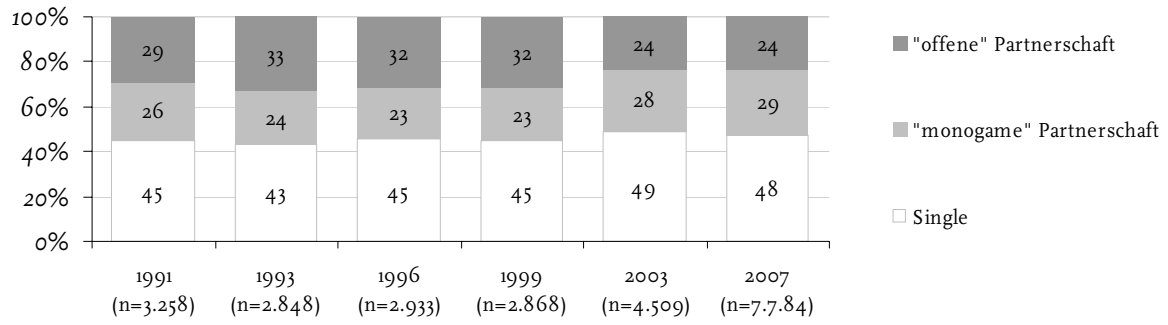
Weitgehend unbeeinflusst von der unterschiedlichen Stichprobengewinnung ist hingegen der Anteil der Befragten in fester gleichgeschlechtlicher Partnerschaft (**Abbildung 10.8a**). Dieses Muster hatte sich bereits in den vergangenen Befragungen als äußerst robust herausgestellt.<sup>152</sup> Die Stichproben der vergangenen Befragungswellen zeigen jedoch eine Abnahme von Befragten in „offener“ Partnerschaft. Beides ist weitgehend bedingt durch die Veränderung der Alters- und Wohnortgrößenverteilung in den Stichproben.

Nach Adjustierung zeigt sich erneut die Zeitstabilität homosexueller Partnerschaftsmuster. Der vergleichsweise hohe Anteil „offener“ Partnerschaften ist anscheinend typisch für schwule Männer in Großstädten (**Abbildung 10.8b**).

<sup>152</sup> vgl. Bochow, Wright et al. 2004.

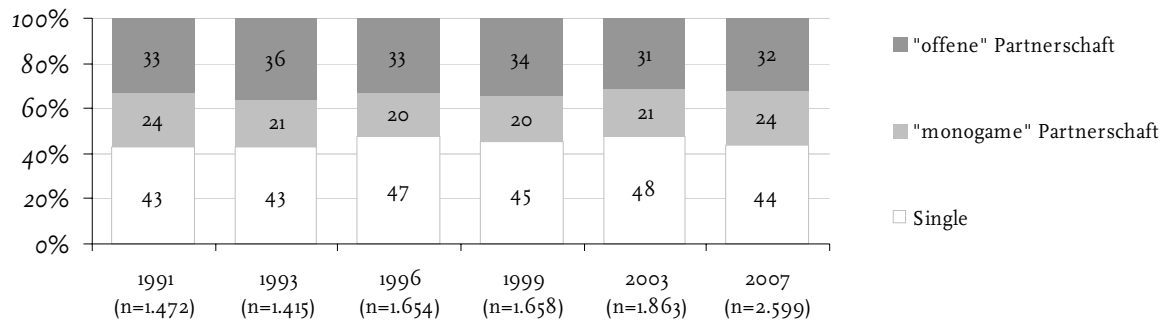
**Abbildung 10.8a:** Partnerschaften im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



**Abbildung 10.8b:** Partnerschaften im Zeitverlauf

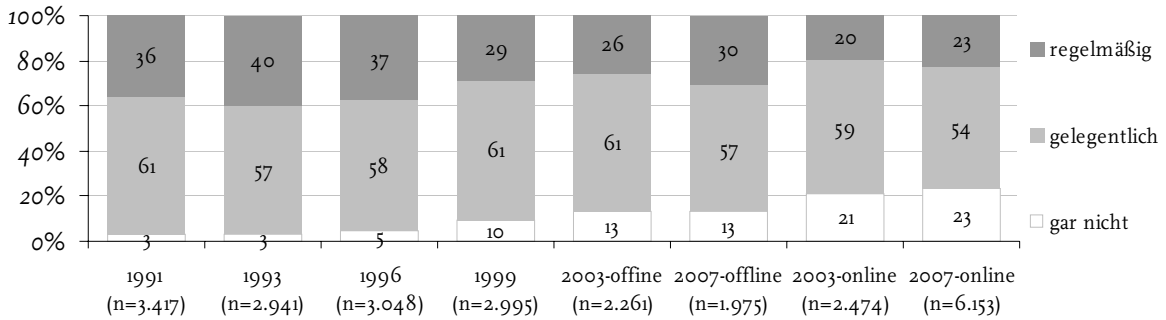
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



### 3. Veränderungen im Informationsverhalten

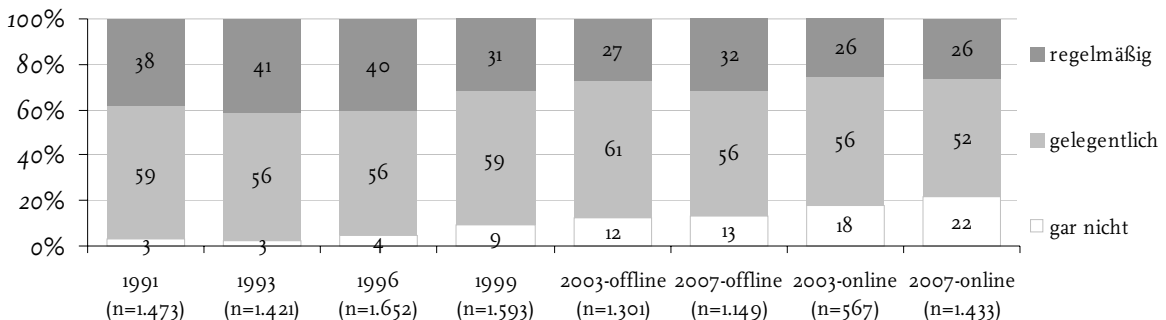
Der Anteil der Befragungsteilnehmer, die sich in den 12 Monaten vor der Befragung „regelmäßig“ zum Thema AIDS informiert haben, ist seit 1996 beständig gesunken. Im gleichen Zeitraum hat der Anteil derer, die sich *gar nicht* informiert haben, entsprechend zugenommen (vgl. **Abbildung 10.9a**). Die Aufschlüsselung nach online und offline befragten Teilnehmern in den Erhebungsjahren 2003 und 2007 zeigt, dass diese Tendenz nur zum Teil auf den Wechsel im Erhebungsinstrument zurückzuführen ist.

**Abbildung 10.9a:** Informationsverhalten im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



Werden nur MSM ab 25 Jahren betrachtet, die in Großstädten über 500.000 Einwohnern leben, ist diese Entwicklung immer noch erkennbar, auch bei Befragten, die über die Presse für schwule Männer erreicht wurden. Da diese Entwicklung nach 1996, also zeitlich parallel zur zunehmenden Verfügbarkeit nachhaltig wirksamer Kombinationstherapien einsetzt, kann vermutet werden, dass sich um eine Entwicklung bei MSM handelt, die als Teil des gesellschaftlichen Normalisierungsprozesse von AIDS begriffen werden kann<sup>153</sup>. Weiterhin kann zusätzlich vermutet werden, dass ein Großteil der Befragten sich hinreichend zu HIV/AIDS informiert fühlt und deshalb nicht mehr auf Informationsangebote zurückgreift. Auch ein solcher „Sättigungseffekt“ wäre als Teil einer Normalisierung von AIDS anzusehen.

**Abbildung 10.9b:** Informationsverhalten im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

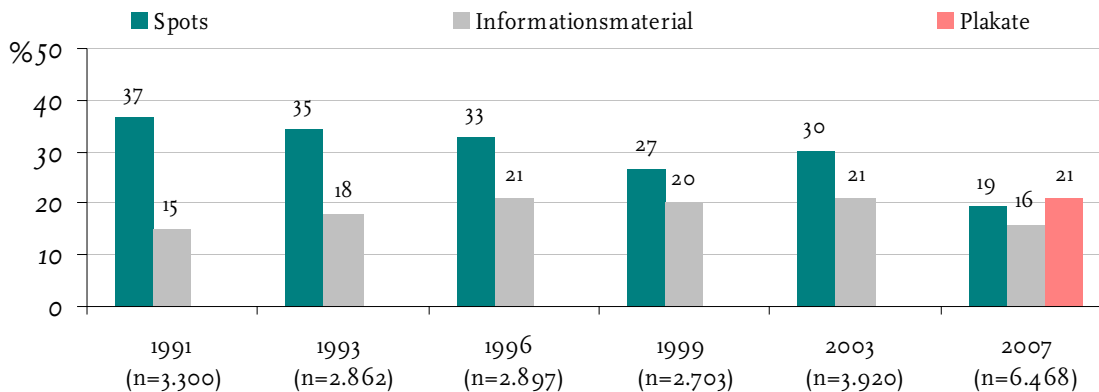


Wenn sich immer weniger Befragte zeitnah zum Thema AIDS informieren, liegt es nahe, den Bekanntheitsgrad von Informationsmaterialien zu untersuchen, die von den für die HIV-Primärprävention zuständigen Akteuren verbreitet werden. Die Auftraggeberin dieser Studie, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln (BZgA), ist u.a. für die flächendeckende Verbreitung von relevanten Informationen zu HIV für die Allgemeinbevölkerung zuständig.

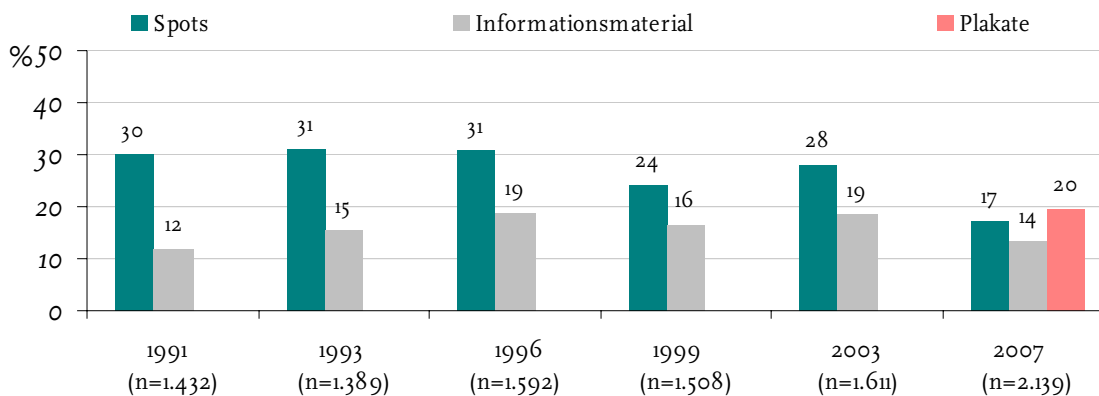
<sup>153</sup> vgl. Rosenbrock & Schaeffer 2002

Diese Informationen dürften daher weitgehend unabhängig von der Verbundenheit der Befragten mit der „Schwulenszene“ bekannt sein, und insbesondere auch unabhängig vom Alter und vom Wohnort der Befragten. Während einem annähernd gleich bleibenden Teil der Befragten „Informationsmaterial“ der BZgA bekannt ist, ist der Anteil der Befragten, die ihre Informationen zum Thema AIDS über „Fernseh-, Kino- und Radiospots“ der BZgA erhalten haben, im Abnehmen begriffen (vgl. **Abbildung 10.10a**). Fernseh-, Kino- und Radiospots der BZgA wurden allerdings bis etwa Mitte der 1990er Jahre häufiger ausgestrahlt als danach. Werden nur MSM ab 25 Jahren betrachtet, die in Großstädten über 500.000 Einwohnern leben, ist der Anteil der Befragten, die sich über BZgA-Material Informieren, zu allen Erhebungszeitpunkten kleiner (**Abbildung 10.10b**). Es ist plausibel anzunehmen, dass MSM in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern besser über die AIDS-Hilfen erreicht werden oder über andere Akteure, die enger an die „Schwulenszene“ angebunden sind.

**Abbildung 10.10a:** Kenntnis von BZgA-Materialien im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



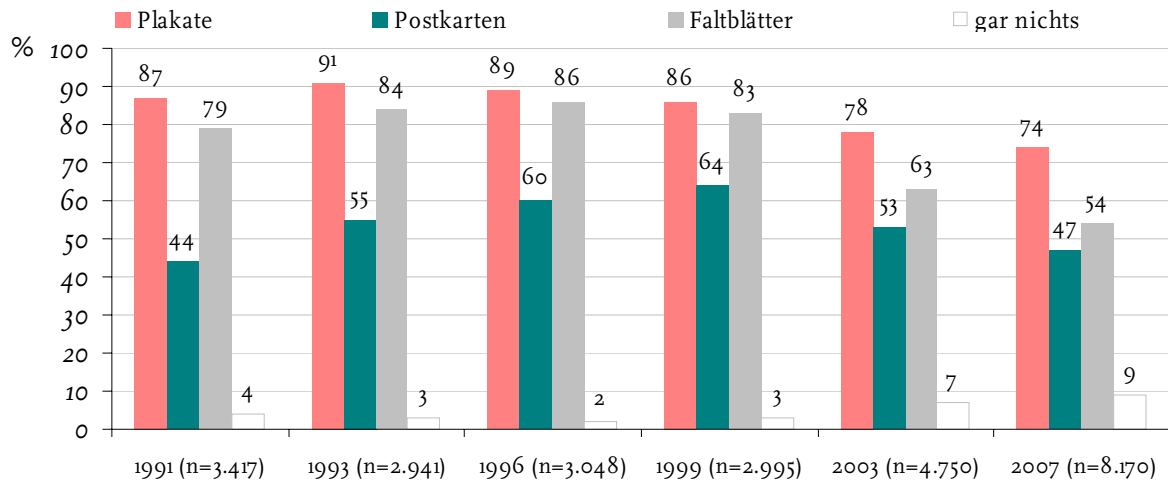
**Abbildung 10.10b:** Kenntnis von BZgA-Materialien im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



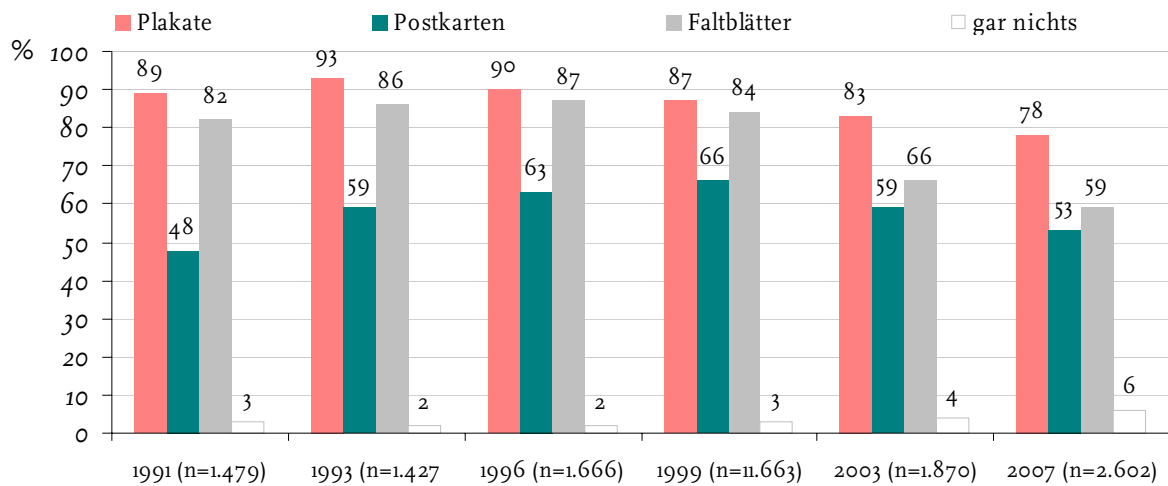
Sehr viel bekannter als die vorrangig für die Allgemeinbevölkerung bestimmten Informationsangebote der BZgA sind bei schwulen Männern zielgruppenspezifisch aufbereitetes Informationsmaterial der AIDS-Hilfen. Da in den SMA-Erhebungen seit 2003 zunehmend „szenefern“ lebende MSM erreicht werden konnten, ist ein entsprechender Rückgang an Befragten zu erwarten, die mit dem Informationsangebot der AIDS-Hilfen vertraut sind, unabhängig von der Art des Materials (vgl. **Abbildung 10.11a**).

Entsprechend der zuvor geäußerten Überlegung, dass zielgruppenspezifisches Informationsmaterial der AIDS-Hilfen – anders als Informationsmaterial der BZgA – gerade bei MSM über 25 Jahren, die in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern und entsprechender „schwuler Infrastruktur“ leben, besonders bekannt sein müsste, ist zu erwarten, dass nach Anwendung des beschriebenen Filters die Anteile der Befragten, die AIDS-Hilfe-Materialien kennen, höher ausfallen als vorher. Dieser Effekt ist beim Vergleich der **Abbildungen 10.11a** und **10.11b** zu erkennen.

**Abbildung 10.11a:** Kenntnis von DAH-Materialien im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



**Abbildung 10.11b:** Kenntnis von DAH-Materialien im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



In der verbleibenden Gruppe von Befragten ist die Kenntnis von herkömmlichem (nicht internetgebundenem) Informationsmaterial hoch. Auch wenn spätestens seit 1999 ein Rückgang des Bekanntheitsgrades der einzelnen DAH-Materialien festzustellen ist, kennen im Jahr 2007 mehr als drei Viertel der Befragten Plakate der AIDS-Hilfen und mehr als die Hälfte Postkarten und Faltblätter. In Anbetracht des deutlich gestiegenen Anteils „szeneferner“ MSM auch in der Gruppe der über-25-Jährigen aus Großstädten (vgl. **Abbildung 10.6b**) ist die Kenntnis von DAH-Materialien weiterhin hoch.

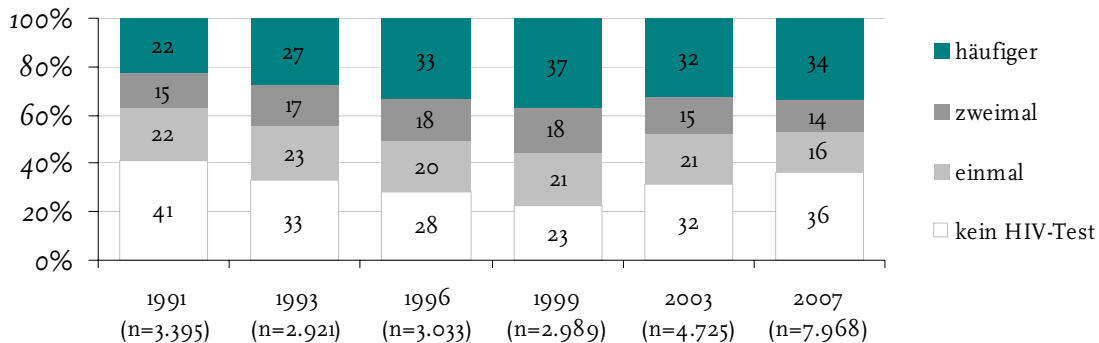
In **Abschnitt VIII.2** wurde bereits gezeigt, dass auch HIV/AIDS-spezifische Informationen, die über das Internet bezogen werden, seit 2003 erheblich an Bedeutung gewonnen haben. In der Erhebungswelle von 2003 haben bereits 44 Prozent aller Befragten das Internet als Informationsquelle angegeben; 2007 waren es bereits 49 Prozent. Somit kann der Rückgang des Bekanntheitsgrades der aufgeführten Printmedien zum Teil durch einen Zuwachs des Bekanntheitsgrades der Internetangebote der AIDS-Hilfen erklärt werden. Der zuletzt auf neun Prozent gestiegene Anteil vorwiegend online befragter MSM, die *kein* Informationsmaterial der AIDS-Hilfen kennen, zeigt jedoch, dass im Internet verfügbare MSM-spezifische Informationsangebote noch ausbaufähig sind, um insbesondere bislang nur schwer erreichbarer Gruppen von MSM zu erreichen.



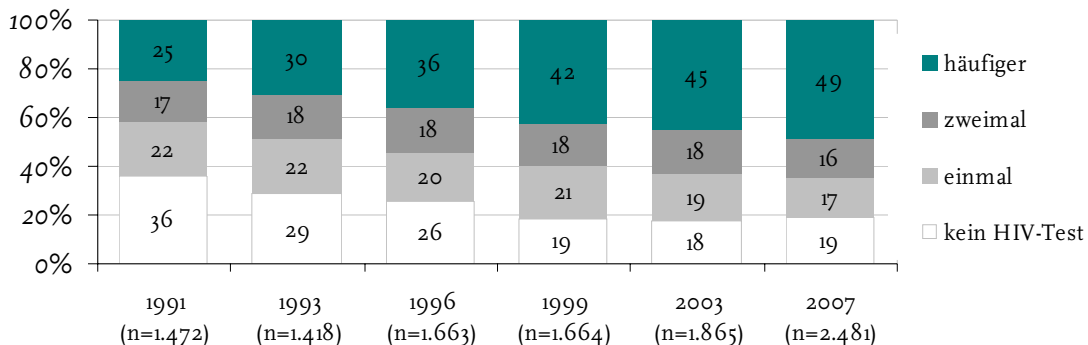
#### 4. Veränderungen im Testverhalten

Im Zeitverlauf der Erhebungswellen wird deutlich, dass der Anteil der Befragten, die keinen HIV-Test gemacht haben, zwischen 1991 und 1999 gesunken ist (vgl. **Abbildung 10.2a**). Werden nur Befragte ab 25 Jahren betrachtet, die in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben, so zeigt sich, dass dieser Anteil der ungetesteten MSM im weiteren Verlauf stabil bleibt und somit von über einem Drittel (1991) auf ein knappes Fünftel (seit 1999) gesunken ist (**Abbildung 10.12b**). Entsprechend gegenläufig haben die Anteile der Männer, die sich häufiger als zweimal haben testen lassen, zwischen 1991 und 2007 von einem Viertel auf die Hälfte der Teilnehmer kontinuierlich zugenommen. Gerade weil auch nach Anwendung des oben beschriebenen Filters im Jahre 2007 mehr „szeneferne“ MSM erreicht worden sind, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Trend eher noch unterschätzt wird. Möglicherweise hängt die höhere Testbereitschaft mit den Behandlungsmöglichkeiten von AIDS durch die antiretroviralen Therapien zusammen, die seit 1996 als Kombinationstherapien für viele Erkrankte zugänglich wurden. Durch diese Behandlungsmöglichkeiten wandelte sich AIDS von einer tödlichen Krankheit zu einer chronischen Erkrankung. Gleichzeitig wurde der HIV-Antikörpertest als Mittel der Sekundärprävention in den meisten westlichen Ländern – zeitversetzt auch in Deutschland – von AIDS-Hilfen zunehmend befürwortet. Dies könnte dazu beitragen, dass mehr MSM es „wagen“, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, da ein positives Testergebnis seither nicht mehr so stark mit Schrecken behaftet ist. Der hier dargestellte Trend im Testverhalten ist ein weiteres Indiz dafür, dass der beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei MSM teilweise über die Zunahme der Testhäufigkeit in dieser Gruppe zu erklären ist.

**Abbildung 10.12a:** Testverhalten im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

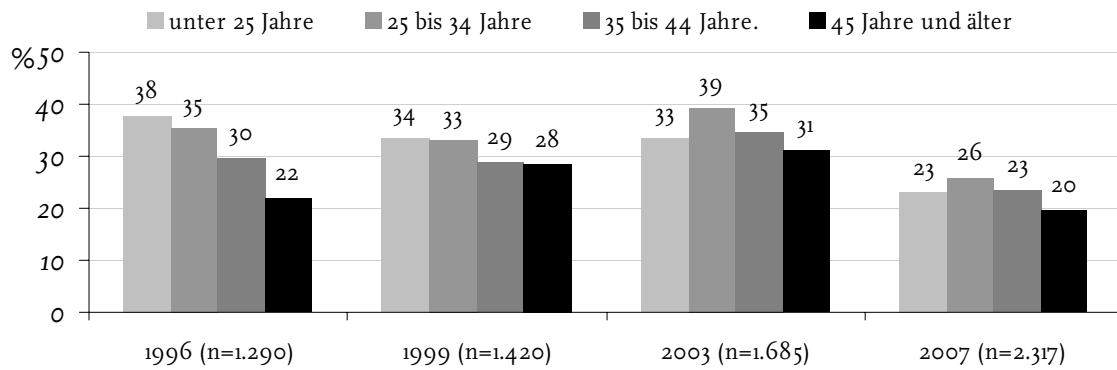


**Abbildung 10.12b:** Testverhalten im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



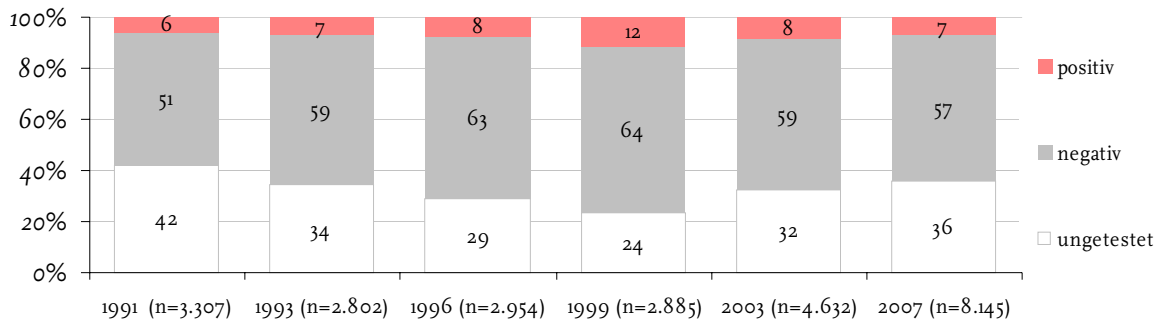
**Abbildung 10.12c** zeigt für unterschiedliche Altersgruppen die Anteile der auf HIV getesteten Befragten, die angeben, ihren letzten HIV-Test aufgrund eines oder mehrerer Risikokontakte veranlasst zu haben. In allen Altersgruppen ist tendenziell ein Rückgang dieser Anteile zu beobachten. Diese Abnahme könnte ein Hinweis darauf sein, dass – zumindest in den Zentren der HIV-Epidemie – das sporadische Testen nach Risikokontakten allmählich durch ein routinisierendes Testverhalten abgelöst wird.

**Abbildung 10.12c:** Testgrund: „Ich hatte einen/mehrere Risikokontakte“ im Zeitverlauf  
 Basis: MSM aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern mit HIV-Test

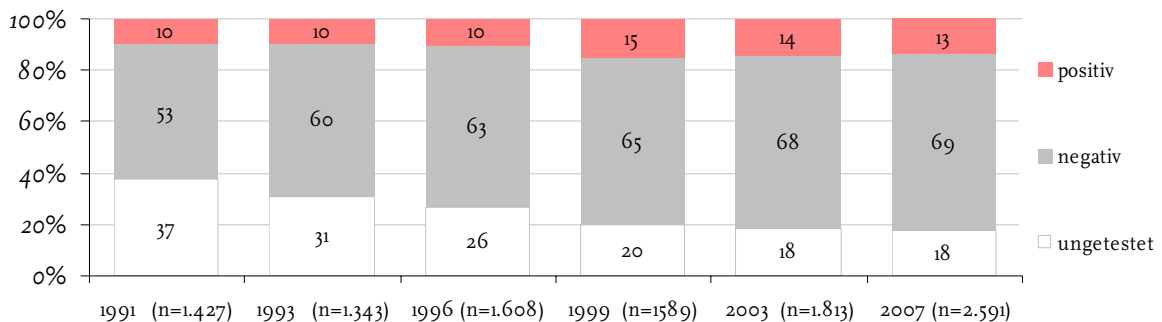


Aufgrund der Ausweitung des Erhebungsinstrumentes und der dadurch verstärkten Einbeziehung jüngerer bzw. „szeneferner“ MSM ist im Zeitverlauf ein Rückgang des Anteils HIV-positiver MSM zu erwarten (vgl. **Abbildung 10.13a**). Werden nur MSM ab 25 Jahren aus Großstädten mit über 500.000 Einwohnern betrachtet, liegt der Anteil positiv auf HIV getesteter Befragter seit 1999 stabil bei etwa 14 Prozent. Diese Feststellung ist wichtig für die folgende Betrachtung der Entwicklung von Risikokontakten hinsichtlich der HIV-Übertragung. Im Zeitverlauf zugenommen hat insbesondere der Anteil zuletzt negativ getesteter Befragter. Dies weist erneut auf eine gestiegene „Durchtestungsrate“ bzw. eine gestiegene Testbereitschaft bei über 25-jährigen MSM hin (vgl. **Abbildung 10.13b**).<sup>154</sup>

**Abbildung 10.13a:** Testergebnisse im Zeitverlauf  
 Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



**Abbildung 10.13b:** Testergebnisse im Zeitverlauf  
 Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

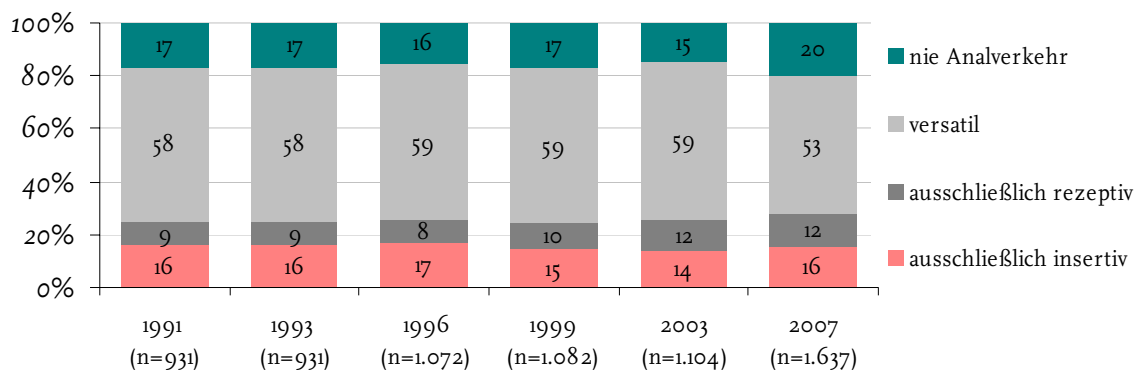


<sup>154</sup> Die Unterschiede zwischen den in den **Abbildungen 10.12** bzw. **10.13** genannten Fallzahlen hängen damit zusammen, dass die Frage zur Anzahl vorangegangener HIV-Test seltener beantwortet wurde als die Frage zum Testergebnis.

## 5. Sexualität und Risikoverhalten

Die von den Befragungsteilnehmern berichteten sexuellen Praktiken zeichnen sich durch eine hohe Zeitstabilität aus, die durch Alter und Wohnortgröße wenig beeinflusst sind. Zur besseren Vergleichbarkeit mit der Entwicklung von Risikokontakten durch ungeschützten Analverkehr beschränken sich die beiden folgenden Abbildungen auf Befragte ab 25 Jahren in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern. In **Abbildung 10.14a** ist zu sehen, dass sowohl die bevorzugten Positionen beim Analverkehr als auch der Anteil derer, für die anal-genitale Kontakte nicht zum bevorzugten sexuellen Repertoire gehören, innerhalb fester Partnerschaften eine weitgehende Konstanz aufweisen.

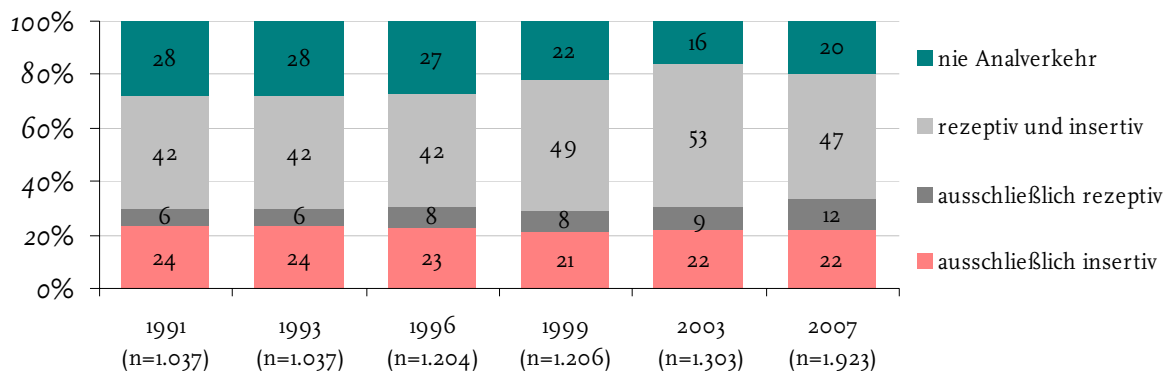
**Abbildung 10.14a:** Position beim Analverkehr *mit dem festen Partner* im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



Während bis 1996 bei sexuellen Kontakten außerhalb fester Partnerschaften noch mehr als ein Viertel der Befragten auf Analverkehr verzichtet hat, ist im weiteren Zeitverlauf zu beobachten, dass sich dieser Anteil ab 2003 dem entsprechenden Anteil innerhalb fester Partnerschaften angeglichen hat (**Abbildung 10.14b**). Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist dies auch auf die Entwicklung von Routinen im präventiven Verhalten bzw. im Umgang mit HIV-Infektionsrisiken zurückzuführen.

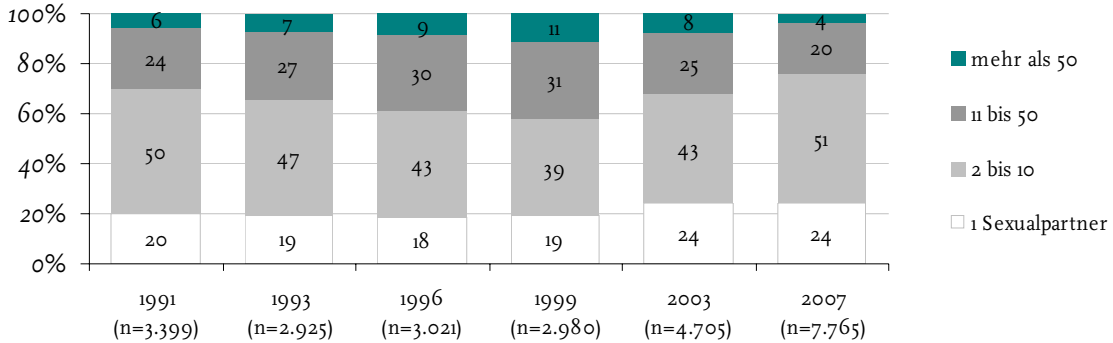
Der Anteil derer, die bei anal-genitalen Kontakten außerhalb fester Partnerschaften ausschließlich die insertive Position einnehmen, liegt weitgehend stabil bei etwa einem Viertel der Befragten.

**Abbildung 10.14b:** Position beim Analverkehr *außerhalb fester Partnerschaften* im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



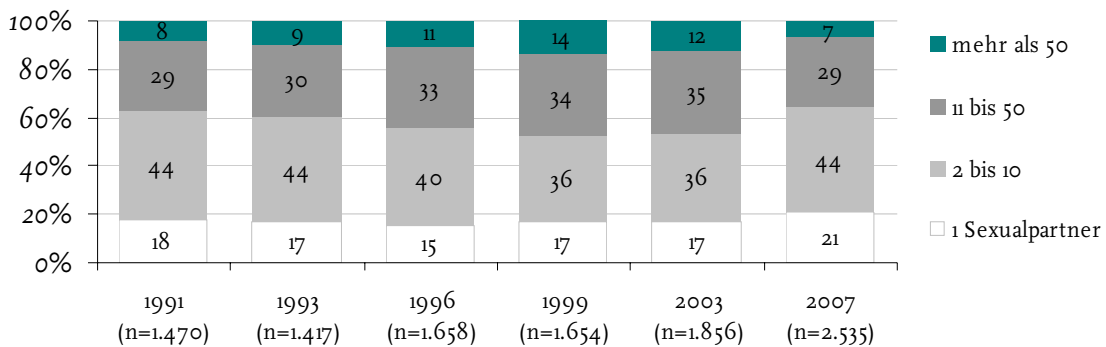
Im Vergleich der Gesamtstichproben ist eine deutliche Zunahme von Befragten mit weniger als 10 Sexualpartnern zu beobachten. Die Zunahme von Befragten mit relativ wenigen Partnern ist weitgehend durch die Veränderungen der Alters- und Wohnortgrößenverteilung bedingt (vgl. **Abbildung 10.15a**).

**Abbildung 10.15a:** Zahl der Sexualpartner im jeweiligen Jahr vor der Befragung im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



Vorbehaltlich des durch Adjustierung für Alter und Wohnortgröße nicht genau modellierbaren Einflusses der Veränderungen in der Zusammensetzung der Stichproben sind – entgegen häufig geäußerter Prognosen und Erwartungen – die durchschnittlichen Partnerzahlen homo- und bisexueller Männer in Deutschland in den letzten siebzehn Jahren relativ stabil geblieben (vgl. **Abbildung 10.15b**). Der Vergleich der verschiedenen Erhebungen liefert somit keine belastbaren Hinweise darauf, dass der Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei MSM in Deutschland auf merklich gestiegene Partnerzahlen zurückzuführen ist.

**Abbildung 10.15b:** Zahl der Sexualpartner im jeweiligen Jahr vor der Befragung im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



Die Häufigkeiten unterschiedlicher sexuell übertragbarer Infektionen im Zeitverlauf sind für Befragte ab 25 Jahren, die in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben, in **Abbildung 11.16** dargestellt. Dabei sei erneut darauf hingewiesen, dass in dieser Gruppe die durchschnittlichen Partnerzahlen sowie der Anteil HIV-positiver Befragter weitgehend stabil sind. Ebenfalls weitgehend stabil – bei etwa vier Prozent – ist der Anteil der Befragten, die angeben, in den jeweiligen 12 Monaten vor der Befragung an einer genitalen Gonorrhö erkrankt zu sein (Inzidenz-Schätzer). Deutlich im Anstieg begriffen ist hingegen seit 1999 der Anteil derer, bei denen im gleichen Zeitraum eine Syphilis diagnostiziert wurde. Vor 1999 lag dieser Anteil jeweils unter einem Prozent, 1999 bei ein Prozent, 2003 bei zwei Prozent und zuletzt bei vier Prozent. Dieser in den SMA-Befragungen – eines sozialwissenschaftlich orientierten Surveys –

empirisch belegte Anstieg von Syphilis-Erkrankungen bei MSM deckt sich erstaunlich genau mit den Meldedaten des Robert Koch-Instituts<sup>155</sup>.

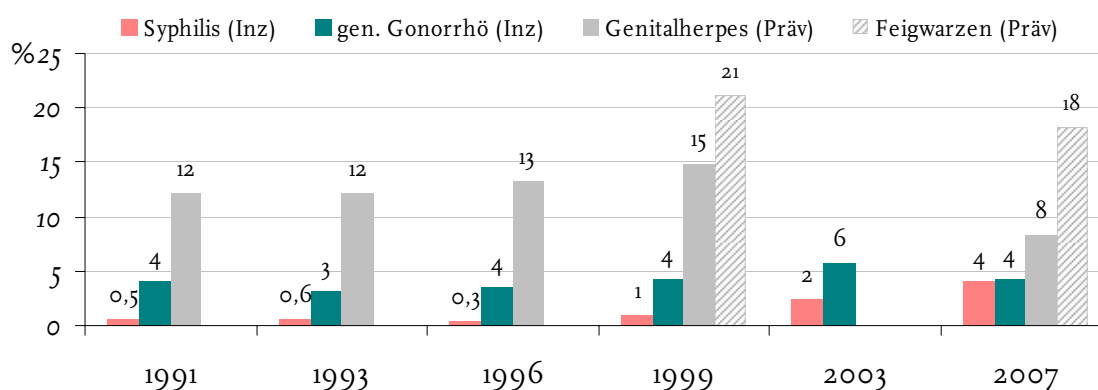
Bei sexuell übertragbaren Infektionen, für die im Rahmen dieses Berichts Prävalenz-Schätzer berechnet wurden, liegen nicht für alle Erhebungswellen Daten vor. So wurde 2003 nicht nach Genitalherpes gefragt und nur in den Jahren 1999 und 2007 nach Feigwarzen. Dabei ist auffällig, dass sich der Anteil der Befragten, die jemals in ihrem Leben Genitalherpes hatten, bis 1999 auf einem Niveau um 13 Prozent bewegt, im Jahr 2007 jedoch deutlich darunter liegt, obwohl der Anteil von Befragten über 44 Jahren in der 2007er Stichprobe am höchsten ist und die Wahrscheinlichkeit, sich jemals im Laufe des Lebens mit einem sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben, mit zunehmendem Lebensalter zumindest nicht sinkt. Für Feigwarzen lässt sich anhand von zwei Erhebungspunkten kein Trend beschreiben, die Unterschiede zwischen den Erhebungspunkten sind jedoch gering ausgeprägt.

**Abbildung 10.16:** ausgewählte sexuell übertragbare Infektionen im Zeitverlauf

Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

(Inz): als inzident berichtete Fälle (STI in den 12 Monaten vor der Befragung)

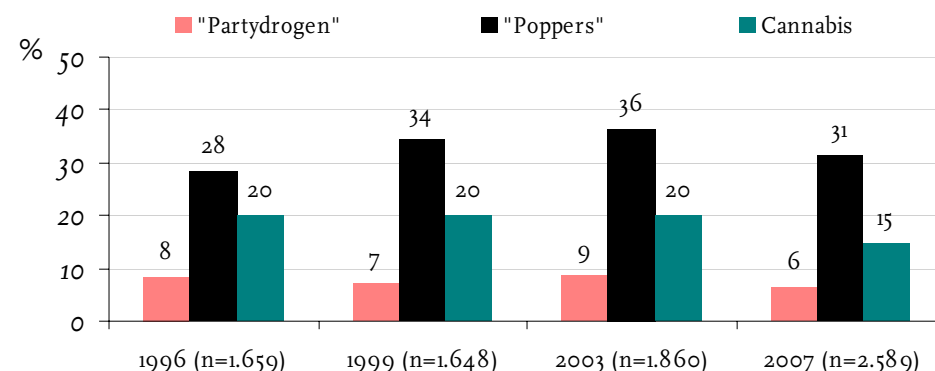
(Präv): als prävalent berichtete Fälle (STI in der Vorgeschichte, chronische Infektion mit HSV bzw. HPV)



Es lassen sich im Rahmen der Wiederholungsbefragungen keine Hinweise dafür finden, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen, die häufig im Rahmen sexueller Begegnungen zum Einsatz kommen, in dem betrachteten Zeitraum von zwölf Jahren gestiegen ist. Bei Befragten ab 25 Jahren, die in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben, liegt der Anteil der „Poppers“-Konsumenten bei etwa einem Drittel der Befragten; etwa ein Fünftel der Befragten raucht (gelegentlich, häufig oder regelmäßig) Cannabis-Produkte, und der Anteil derer, die „Partydrogen“ nehmen, liegt in jeder Erhebungswelle unter zehn Prozent (vgl. **Abbildung 11.17**).

**Abbildung 10.17:** Gelegentlicher, häufiger oder regelmäßiger Konsum unterschiedlicher Substanzen im Zeitverlauf

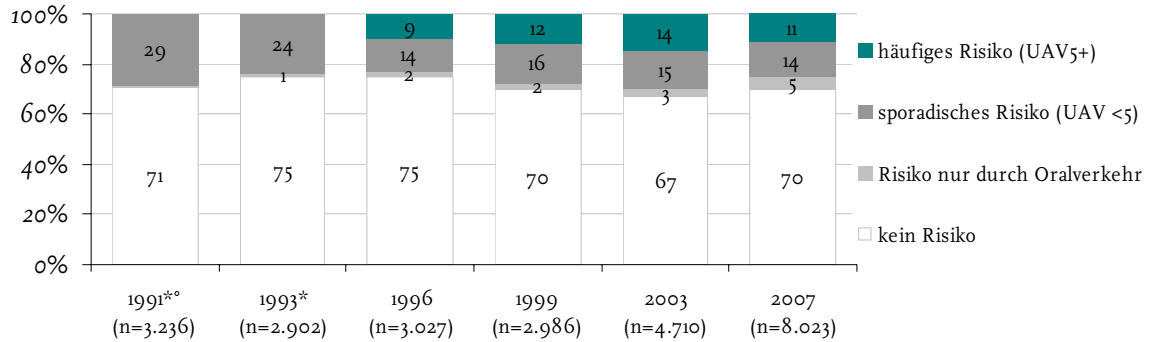
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



<sup>155</sup> vgl. Robert Koch-Institut 2007

In **Abbildung 10.18a** sind HIV-Infektionsrisiken im Rahmen unterschiedlicher sexueller Praktiken im Verlauf der letzten siebzehn Jahre dargestellt: Zum einen das Risiko, sich selbst oder andere beim ungeschütztem Analverkehr (UAV) mit HIV zu infizieren<sup>156</sup>, zum anderen – falls ein solches anales Risiko nicht vorlag – das Risiko, sich selbst oder andere beim Oralverkehr (Ejakulation in den Mund) mit HIV zu infizieren („Risiko nur durch Oralverkehr“)<sup>157</sup>. Ab dem Jahr 1996 wurde zusätzlich nach der *Häufigkeit* ungeschützten Analverkehrs gefragt. Weniger als fünf Episoden pro Jahr wurden als „sporadisch“, fünf oder mehr als „häufig“ definiert.

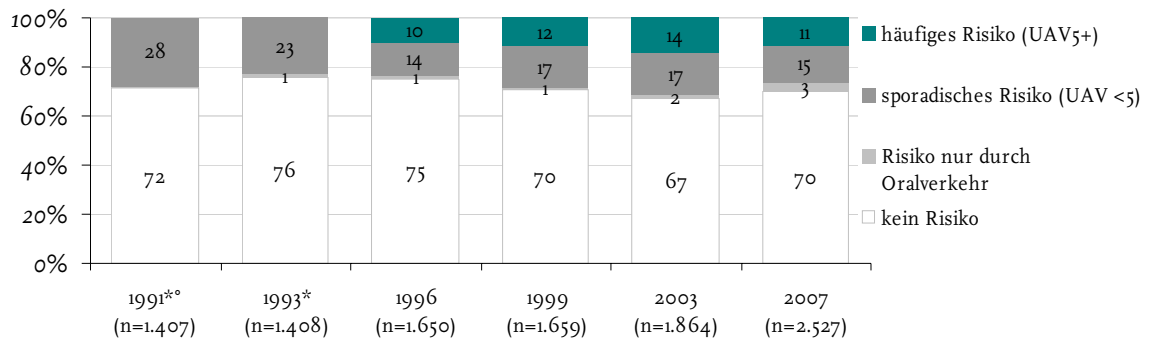
**Abbildung 10.18a:** Häufigkeit von Risikokontakten im jeweiligen Jahr vor der Befragung im Zeitverlauf  
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



\*1991 und 1993 wurde nicht nach Häufigkeiten ungeschützten Analverkehrs unterschieden; die 29% bzw. 24% entsprechen somit MSM, die „sporadisch“ oder „häufig“ riskanten anal-genitale Kontakte eingegangen sind.  
°Für 1991 wurde die Häufigkeit des „Risikos nur durch Oralverkehr“ anders abgefragt und liegt somit aus methodischen Gründen niedriger als in den Folgejahren.

Nach Eingrenzung auf MSM ab 25 Jahren in Großstädten (**Abbildung 10.18b**) zeigt sich, dass es zeitgleich mit der breiten Einführung der HIV-Kombinationstherapien (etwa 1996) zu einem leichten Absinken des Anteils derjenigen MSM kommt, die keine relevanten Risiken hinsichtlich einer HIV-Übertragung eingehen. Seitdem bleibt dieser Anteil in Deutschland entgegen häufig geäußerten Meinungen weitgehend stabil bei etwa 70 Prozent. Vorbehaltlich des nicht genau modellierbaren Einflusses der Veränderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmer der verschiedenen Erhebungswellen lässt sich eine deutliche Erosion von *Safer Sex* im Verlauf der letzten siebzehn Jahre mit diesen Daten *nicht* belegen.

**Abbildung 10.18b:** Häufigkeit von Risikokontakten im jeweiligen Jahr vor der Befragung im Zeitverlauf  
Basis: MSM ab 25 Jahren aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



\*1991 und 1993 wurde nicht nach Häufigkeiten ungeschützten Analverkehrs unterschieden; die 28% bzw. 23% entsprechen somit MSM, die „sporadisch“ oder „häufig“ riskanten anal-genitale Kontakte eingegangen sind.  
°Für 1991 wurde die Häufigkeit des „Risikos nur durch Oralverkehr“ anders abgefragt und liegt somit aus methodischen Gründen niedriger als in den Folgejahren.

<sup>156</sup> Antworten auf die Fragen: „Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen Testergebnis Sie nicht kannten / der ein anderes Testergebnis hatte als Sie?“

<sup>157</sup> Antworten auf die Fragen „Spritzen Sie beim Sex mit anderen Partnern in deren Mund ab?“ (HIV-positiv getestete MSM) bzw. „Spritzen andere Partner in Ihrem Mund ab?“ (ungetestete oder zuletzt HIV-negativ getestete MSM). Als potentiell riskant gewertet wurden die Antwortmöglichkeiten „häufig“ oder „immer“ (1991: „immer“).

Für die Präventionsarbeit in Deutschland kann zusammenfassend festgestellt werden, dass drei wesentliche Ziele erreicht worden sind:

1. Immer mehr MSM machen regelmäßig einen HIV-Test. Eine sekundärpräventive Botschaft der AIDS-Hilfen und der BZgA ist somit bei der Zielgruppe angekommen. Die zeitnahe Kenntnis eines positiven HIV-Status ermöglicht, dass HIV-Infektionen rechtzeitig medikamentös behandelt werden können (Sekundärprävention).
2. Der Anteil schwuler Männer, die beim Analverkehr – vor allem mit Sexpartnern außerhalb fester Beziehungen – durchgängig Kondome verwenden, ist über einen Zeitraum von siebzehn Jahren mit etwa 70 Prozent gleichbleibend hoch. Dieses Ergebnis ist nicht denkbar ohne die Anstrengungen kontinuierlicher Präventionsarbeit, die seit den 1990er Jahren immer wieder neue Schwerpunkte gesetzt hat.
3. Der hohe Bekanntheitsgrad der DAH-Materialien auch unter vorwiegend online befragten MSM stellt weiterhin eine gute Grundlage für zielgruppengerichtete Präventionsarbeit dar.

Diese weitgehend positiven Ergebnisse geben jedoch keinen Anlass, die Bemühungen zur Verminderung neuer HIV-Infektionen in der Allgemeinbevölkerung, bei MSM oder bei sich selbst zu vernachlässigen. Immerhin berichtet mehr als jeder Zehnte der befragten MSM, im Jahr vor der Befragung mindestens fünfmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner gehabt zu haben, dessen HIV-Testergebnis er nicht kannte (oder das sogar bekanntermaßen anders war als das eigene).

Weitere Forschung sollte sich somit näher mit den Kontexten häufigen ungeschützten Analverkehrs beschäftigen. Dabei sollte auch der vorschnelle Kondomverzicht in festen Partnerschaften thematisiert werden. In dieser Befragung verzichtet die Hälfte der Männer beim Analverkehr mit dem festen Freund grundsätzlich auf Kondome, auch dann, wenn mindestens einer der beiden Partner ungetestet ist. Nur 30 Prozent der Befragten in einer Partnerschaft, in der mindestens einer der Partner ungetestet ist, nutzten durchgängig beim Analverkehr Kondome. Aber selbst wenn sich MSM in festen Beziehungen regelmäßig auf HIV testen lassen, bleibt der Glaube an die fortbestehende Gültigkeit des zuletzt negativen HIV-Testergebnisses in vielen Fällen eine Schutzillusion: Qualitative Studien und Beratungsgespräche zeigen, dass auch gegenwärtig ein bedeutsamer Anteil von HIV-Infektionen innerhalb fester Beziehungen erworben wird.





## XI Zusammenfassung, Ausblick und Empfehlungen

### Erhebungsmethode und Rücklauf

In den Jahren 1991 bis 2003 wurden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in 2 bis 3-jährigen Abständen Befragungen zum präventiven Verhalten homosexueller Männer vor dem Hintergrund der Bedrohung durch AIDS durchgeführt. 1987 und 1988 waren analoge Befragungen im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt worden. Die Erhebungen erfolgten durch die Schaltung eines vierseitigen Fragebogens in den wichtigsten Monatszeitschriften für homosexuelle Männer in der Bundesrepublik. Vor dem Hintergrund des festgestellten Rückgangs der Beteiligung von unter 30-jährigen Männern wurde mit der Erhebung von 2003 die Befragung auf ein neues Erhebungsmedium ausgeweitet. Der Fragebogen wurde über eine eigene Domain im Internet zugänglich gemacht, die eine Online-Beteiligung an der Umfrage ermöglichte. Über bestimmte Portale, die von schwulen und bisexuellen Männern genutzt werden, wurde auf die Befragung mit „Links“ hingewiesen.

Von Mai bis Juni 2007 wurde erneut im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) sowohl über das Internet als auch über Monatsmagazine für schwule Männer ein Fragebogen zu sexuellen Lebensstilen, zur Lebenssituation, zu präventiven Strategien und zum Informationsverhalten vor dem Hintergrund der Bedrohung durch HIV/AIDS geschaltet. Noch stärker als schon 2003 führte die Einbeziehung von Internetportalen für MSM zu einer Erhöhung des Rücklaufs. Beteiligten sich 2003 online 2.489 und offline 2.261 Männer (insgesamt 4.750 Personen), so waren dies 2007 online 6.195 und offline 1.975 Männer (insgesamt 8.170 Personen).

### Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe

Insgesamt konnte durch die erfolgreichere Rekrutierung von Befragungsteilnehmern ein breiteres Spektrum von MSM erreicht werden (vor allem im Vergleich zu den Erhebungen ohne Einbezug von Portalen für MSM in den 1990er Jahren). Es gelang mehr MSM aus kleineren Orten (unter 20.000 Einwohner) zu rekrutieren (sie machen 2007 22% aller Befragten aus) und deutlich mehr MSM, die jünger als 20 Jahre sind (11%). Über ein Viertel der Befragten gibt als Wohnort Berlin (13%) oder andere Großstädte an, die zu den traditionellen „Schwulmetropolen“ gezählt werden können (Hamburg, München, Köln, Frankfurt: 15%). Das Durchschnittsalter (Median) der Befragten beträgt insgesamt 35 Jahre (online: 33 Jahre; offline: 40 Jahre). In der Befragung von 2003 betrug das Durchschnittsalter 33 Jahre (online: 26; offline: 37).

Auch die Befragung von 2007 zeigt (wie alle vorhergehenden Erhebungen in dieser Reihe) einen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands besonders hohen Anteil von Personen mit Abitur oder Fachhochschul-/Hochschulabschluss (58% bei den Befragten, 23% der Gesamtbevölkerung über 15 Jahre). Sechs Prozent der Befragten aus den alten, zwölf Prozent derer aus den neuen Bundesländern und zehn Prozent der Berliner gaben an, dass sie arbeitslos sind, diese Anteile von Arbeitslosen liegen damit unter denen der Allgemeinbevölkerung. Dies ist ein Effekt des bedeutsamen Anteils von Befragten mit höheren Bildungsabschlüssen, ein Personenkreis, der unterdurchschnittlich von Arbeitslosigkeit betroffen ist.

97 Prozent der Befragungsteilnehmer haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Nichtdeutsche Staatsangehörige kommen überwiegend aus den 15 alten Mitgliedsländern der EU (vor der Erweiterung), vor allem aus den Beneluxländern, Frankreich und Österreich.

### Zur Lebenssituation der Befragten

Die Mehrheit (63%) der Befragten bezeichnet sich als *schwul*, vor allem die Altersgruppen zwischen 20 und 44 Jahren wählen diese Selbstbezeichnung (65%); als *homosexuell* bezeichnen sich eher MSM über 44 Jahre (28%, insgesamt wählen 22% der Befragten diese Bezeichnung für ihre sexuelle Orientierung).

Die Hälfte (50%) aller Befragungsteilnehmer lebt zum Zeitpunkt der Erhebung in einer festen Beziehung mit einem Mann. Dieser Wert entspricht den Ergebnissen von früheren SMA-Befra-

gungen, ebenso wie die Angaben dazu, ob die Beziehung in einer offenen oder eher „monogamen“ Form gelebt wird: 45 Prozent geben an, dass auch Sexualkontakte zu Männern außerhalb der Beziehung bestehen, 55 Prozent schließen solche Kontakte eher aus. Der Anteil der „offenen“ Beziehungen steigt mit zunehmendem Alter und zunehmender Beziehungsdauer. Werden Partnerschaften, die bis zu sechs Monaten dauern, noch zu 83 Prozent als monogam definiert, so sind es nur noch 37 Prozent der Beziehungen, die vier Jahre und länger andauern. Sechs Prozent der Befragten sind eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingegangen (dies entspricht 11 Prozent derer, die in einer Beziehung leben), 18 Prozent erwägen, eine solche mit ihrem festen Freund einzugehen. Seit 1999 wurde erhoben, ob eine Lebenspartnerschaft (die gesetzlich 2001 eingeführt wurde), befürwortet oder abgelehnt wird. Der Anteil, der Männer, die ein solche auf keinen Fall eingehen würden, liegt in den Befragungen von 1999, 2003 und 2007 konstant bei unter zehn Prozent.

Annähernd die Hälfte (48%) der Befragten, die in einer festen Beziehung leben, wohnt mit dem Partner in einer gemeinsamen Wohnung. *Singles* wohnen überwiegend alleine (63%). Jüngere Singles leben zu einem hohen Anteil bei ihren Eltern (unter 20 Jahre: 88%; 20-29 Jahre: 38%; 30-44 Jahre 8%) oder mit FreundInnen zusammen bzw. in Wohngemeinschaften (unter 20 Jahre: 4%; 20-29 Jahre: 15%; 30-44 Jahre: 8%).

Die Offenlegung der eigenen Homosexualität im familiären und weiteren sozialen Umfeld ist für einen bedeutsamen Anteil der Befragten nach wie vor kein einfacher Prozess. Die Akzeptanz der Homosexualität durch die Mutter und (wenn vorhanden) durch die Geschwister ist gleich hoch (62%), beim Vater ist sie signifikant niedriger (51%). Acht Prozent der Väter und sechs Prozent der Mütter akzeptieren nicht die Homosexualität des eigenen Sohnes. 27 Prozent der Männer haben ihre Homosexualität gegenüber ihrem Vater nicht thematisiert und sind sich darüber im Unklaren, ob ihr Vater von ihr weiß (bei 20 Prozent gilt dies für die Mutter, bei 22 Prozent für die Geschwister). Ein wesentlich höherer Anteil der Befragten fühlt sich von heterosexuellen FreundInnen (68%) als von KollegInnen (50%) als schwuler/homosexueller Mann akzeptiert. Dies ist nicht verwunderlich, da FreundInnen im Gegensatz zu KollegInnen ausgesucht werden können. Allerdings haben 16 Prozent der Befragten ihre Homosexualität auch den heterosexuellen FreundInnen gegenüber nicht thematisiert, bei KollegInnen beträgt dieser Anteil 33 Prozent.

Wie in den vorhergehenden Befragungen wurde auch 2007 erhoben, welche Orte bzw. Treffpunkte der Schwulenszene aufgesucht wurden. Die Angaben hierzu dokumentieren, dass es mit der Befragung von 2007 gelungen ist, eine große Streubreite unter den Teilnehmern zu erreichen. 60 Prozent aller MSM können als „szenefern“ eingestuft werden, da sie kaum oder gar nicht Orte „schwuler Geselligkeit“ aufsuchen; auch in Berlin, der größten „Schwulenmetropole“ im deutschsprachigen Raum, liegt dieser Anteil noch bei 48 Prozent. Ein Fünftel der Befragten (21%) sucht mehrmals im Monat Cafés, Bars, Clubs, Buchläden, Sportstudios etc auf, in denen auch oder vor allem schwule Männer verkehren, meiden aber eher Orte für schnellen Sex (wie Parks, „Klappen“, Schwulensaunen, Pornokinos etc.). Ein Zehntel (9%) sucht *sowohl* häufiger die genannten Orte schwuler Geselligkeit auf *als auch* Orte für schnellen Sex. Acht Prozent aller Befragten beschränken sich auf den häufigeren Besuch von Orten für schnellen Sex und meiden eher Cafés, Bars, Clubs, Buchläden etc.

Die Anteile der häufigeren Besucher der verschiedenen Schwulenszenen sind in den „Schwulenmetropolen“ Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt höher (diese Städte haben auch die ausdifferenziertesten Szeneangebote), in den anderen Wohnorten geringer. Werden die „Schwulenmetropolen“ ausgeklammert, so können 69 Prozent der Befragten aus den neuen Bundesländern als „szenefern“ eingestuft werden und 65 Prozent derer aus den alten Bundesländern.

Elf Prozent der Befragungsteilnehmer geben an, Mitglied (oder aktiv) in einer Schwulengruppe zu sein, fünf Prozent sind Mitglied in einer AIDS-Hilfe, zwei Prozent sind in beiden Organisationen. Dies bedeutet, dass eine große Mehrheit der Befragten weder in einer Schwulengruppe noch in einer AIDS-Hilfe Mitglied oder aktiv sind.

Seit 1991 wurde in den Erhebungen eine Frage zu Erfahrungen mit antischwuler Gewalt gestellt, da zum einen dieser Aspekt eine nicht unbedeutende Dimension in der schwulen Lebenswelt

darstellt, zum anderen damit den angesprochenen MSM signalisiert werden konnte, dass in der Erhebung ein bestimmter AIDS-Reduktionismus vermieden werden sollte. Der Anteil von schwulen Männern, die in Deutschland Opfer von antischwuler Gewalt (diese wurde als verbale und als physische erhoben), ist im Zeitraum der drei letzten Erhebungen relativ konstant geblieben. 13 Prozent der Befragten waren im Jahr vor der Erhebung 2007 von „verbaler Gewalt“ betroffen, d.h. sie wurden beschimpft, beleidigt oder angepöbelt (1996: 12%, 1999: 13%, 2003: 11%). Opfer von physischer Gewalt waren zwei Prozent (1996: 4%, 1999: 3%, 2003: 2%). Regionale Unterschiede in der Betroffenheit von antischwuler Gewalt bestehen kaum. Befragte aus Berlin und anderen „Schwulenmetropolen“ geben nur einen marginal höheren Anteil von verbaler Gewalt an (Berlin: 15%, HH, M, K, F: 14%, alte Bundesländer: 13%, neue Bundesländer: 14%). Ein ähnliches Bild wird sichtbar bei der erlittenen physischen Gewalt (Berlin: 3%, HH, M, K, F: 2%, alte Bundesländer: 2%, neue Bundesländer: 1%); die unterschiedliche Sichtbarkeit von schwulen Männern in den verschiedenen Regionen mag ein Hintergrund für die festgestellten Differenzen sein. Antischwule Gewalt betrifft in höherem Maße Auszubildende und Schüler, also junge Männer, die zu zwei Dritteln unter 20 Jahre alt sind. In dieser Altersgruppe geben 29 Prozent an, in den letzten zwölf Monaten angepöbelt oder beleidigt worden zu sein; auch der Anteil von erlittener physischer Gewalt liegt mit sechs Prozent deutlich über dem Durchschnitt. Hintergründe dieser Differenzen können im Rahmen dieser Studie nicht erhellt werden – andere, auf die Problematik antischwuler Gewalt fokussierte Erhebungen (z.B. MANEO 2007) erlauben möglicherweise detailliertere Rückschlüsse. Von Pöbeleien und Beschimpfungen betroffen sind insbesondere Männer, die ihre Homosexualität offen leben (16%), lediglich fünf Prozent der Männer, die ihre Homosexualität auch gegenüber den meisten für sie sozial bedeutsamen Personen verheimlichen, geben solche Erfahrungen an.

### Partnerzahlen und Frequenz der Sexualkontakte

Drei Viertel der Befragten haben im Jahr vor der Befragung weniger als zehn Sexualpartner gehabt etwa ein Viertel gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung nur einen (23%) oder gar keinen (1%) männlichen Sexualpartner gehabt zu haben. Ein Viertel aller teilnehmenden MSM berichtet über mehr als zehn Sexualpartner in diesem Zeitraum. Im Median hatten die Befragten vier Sexualpartner, einschließlich des festen Freundes. Befragte ab 30 Jahren haben mehr Sexualpartner als jüngere (im Median 5 vs. 3 Sexualpartner). Der Anteil derer mit mehr als 50 Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung ist insgesamt eher gering (4%), er steigt mit dem Alter (unter-20-Jährige: 1%, 20- bis 29-Jährige: 2%, 30- bis 44-Jährige: 5%, über-44-Jährige: 4%). In jeder der hier verwendeten Altersgruppen ist die Anzahl der Sexualpartner höher, wenn diese mehrheitlich über das Internet gewonnen wurden, als wenn diese mehrheitlich an anderen Orten kennengelernt wurden (Median: unter-20-Jährige: 3 vs. 2; 20- bis 29-Jährige: 5 vs. 2; 30- bis 44-Jährige 8 vs. 4; über-44-Jährige: 7 vs. 4 Sexualpartner).

In den großen „Schwulenmetropolen“ haben MSM erheblich mehr (männliche) Sexualpartner als in den übrigen Städten und Regionen. Dieser Unterschied ist zwar auch durch eine unterschiedliche Alterverteilung bedingt; er ist aber vermutlich ebenso auf strukturelle Unterschiede (höherer Anteil von MSM an der männlichen Bevölkerung, mehr „szenespezifische“ Angebote) zurückzuführen. Während das Lebensalter einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl der Sexualpartner hat, ist die Häufigkeit sexueller Kontakte ab einem Lebensalter von 25 Jahren weitgehend altersunabhängig. Etwa die Hälfte aller Befragten hat monatlich/wöchentlich oder häufiger Sex.

Die Möglichkeit, regelmäßig Sex zu haben, hängt in besonderem Maße vom Bestehen einer festen Beziehung ab. 28 Prozent aller *Singles*, aber 73 Prozent aller MSM in Beziehungen geben an, mindestens monatlich Sex zu haben. „Monogame“ und „offene“ Partnerschaften unterscheiden sich in dieser Hinsicht nur unwesentlich..

In der Altersgruppe der unter 20-Jährigen haben 14 Prozent in den zwölf Monaten vor der Befragung gar keinen Sex gehabt, weitere 23 Prozent geben für diesen Zeitraum vereinzelte („1 bis 2“) sexuelle Begegnungen an. Dies unterstreicht erneut, dass über die gewählte Verteilungsart des Fragebogens – und insbesondere über das Internet – keineswegs nur sexuell aktive Männer erreicht werden.

## Sexuelle Praktiken

Die am häufigsten angegebenen sexuellen Praktiken sind mutuelle (gegenseitige) Masturbation und Oralverkehr. Sie werden von mehr als 90 Prozent der Befragten mit dem festen Freund oder mit anderen Partnern ausgeübt. Ungefähr vier Fünftel der Befragungsteilnehmer geben an, Analverkehr mit dem festen Freund, mit anderen Partnern oder mit beiden einzugehen. Wie in den vorhergehenden Befragungen zeigt sich, dass Analverkehr – insbesondere rezeptiver Analverkehr – innerhalb fester Partnerschaft regelmäßiger praktiziert wird als bei sexuellen Kontakten mit anderen Männern.

## Oraler Kontakt mit Sperma

Werden ausschließlich zuletzt negativ oder ungetestete MSM, die für die vergangenen zwölf Monate andere Sexualpartner als den primären Partner angeben, berücksichtigt, so zeigt sich, dass zwei Drittel dieser Befragten angeben, bei Sexualkontakten mit anderen Partnern „nie“ deren Sperma oral aufzunehmen, acht Prozent geben an, dies „häufig“ oder „immer“ zu tun. Auffälligerweise und im Unterschied zu riskanten analen Sexualpraktiken wird das eher kleine Risiko einer HIV-Infektion durch die orale Aufnahme von Sperma (mit anderen als dem festen Freund) vor allem von jüngeren MSM (unter 30 und insbesondere unter 20 Jahren) eingegangen.

## Kondomgebrauch, Erfahrungen und Widerstände

Werden ausschließlich MSM betrachtet, die in den letzten 12 Monaten Analverkehr praktiziert haben, zeigt sich, dass 87 Prozent aller zuletzt HIV-negativ Getesteten oder Ungetesteten ein Kondom „in der Tasche oder zuhause haben“ (so die Formulierung im Fragebogen). Bei HIV-Positiven sind es 94 Prozent. Mehr als die Hälfte der Befragten empfinden Kondome als störend oder sehr störend. 53 Prozent der unter 20-Jährigen vermerken dies, ebenfalls 53 Prozent der 20- bis 29-Jährigen, 56 Prozent der 30- bis 44-Jährigen und ebenfalls 56 Prozent der über 44-Jährigen. Die Altersgruppendifferenzen erweisen sich demnach als gering. Hervorzuheben bleibt somit, dass auch in den jüngeren Altersgruppen bei einem beträchtlichen Anteil der Männer kein Gewöhnungseffekt im Hinblick auf das Kondom im Laufe ihrer sexuellen Biographie auftrat.

## Kondomgebrauch innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften

Kondome werden vor allem bei (anal-genitalen) sexuellen Gelegenheitskontakten verwendet: 69 Prozent der Befragten, die Analverkehr mit Partnern hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren, haben hierbei „immer“ ein Kondom verwendet; vier Prozent geben an, dies nie zu tun. Die Kondomverwendung beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern kann somit als in hohem Maße habitualisiert gelten.

Im Rahmen fester Partnerschaften ist dies nicht der Fall: Hier scheint die Nicht-Verwendung von Kondomen eher die Regel zu sein als die Ausnahme: 51 Prozent der Befragten, die Analverkehr mit einem festen Partner haben, geben an, dabei nie Kondome zu verwenden, 30 Prozent benutzen auch mit dem festen Partner durchgängig Kondome.

Bei Partnerschaften, die noch kein halbes Jahr bestehen, ist der durchgängige Kondomgebrauch mit 37 Prozent noch vergleichsweise häufig. Auch bei diesen kurzen Beziehungen zeigt sich jedoch bereits eine erhebliche Abweichung vom Kondomgebrauch mit nicht-festen Partnern (der Anteil derer, die nie Kondome verwenden, ist mit 42 Prozent zehnmal höher als der entsprechende Anteil beim Analverkehr mit anderen Partnern).

Darüber hinaus wird gerade in Partnerschaften von kurzer Beziehungsdauer häufig bereits auf Kondome verzichtet, ohne dass der Befragte über ein *aktuelles* negatives HIV-Testergebnis verfügt. Dieser vorschnelle Kondomverzicht in noch nicht lange bestehenden Partnerschaften sollte daher einen Fokus zukünftiger Präventionskonzepte bilden.

## Negotiated Safety

Das Konzept „ausgehandelter Sicherheit“ (*Negotiated Safety*) besteht aus zwei zentralen Elementen: Beide Partner innerhalb der primären Partnerschaft sind zeitnah konkordant HIV-negativ getestet. Sexualekontakte mit anderen Partnern orientieren sich strikt an den Normen des *Safer Sex*. Unter diesen Bedingungen können sie auf präventive Vorkehrungen innerhalb der primären Partnerschaft verzichten. Dieses Konzept scheint bei MSM eine weit verbreitete Risikomanagement-Strategie zu sein.

Während 63 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten in offener Partnerschaft grundsätzlich *keine* Kondome beim Analverkehr mit dem *festen* Partner verwenden, verzichten nur vier Prozent der potentiell exponierten MSM grundsätzlich auf Kondome beim Analverkehr mit *anderen* Partnern; 80 Prozent hingegen geben an, durchgehend Kondome zu verwenden.

Das Konzept der *Negotiated Safety* innerhalb fester Partnerschaften ist nur angebracht bei einem *aktuellen* konkordant-negativem HIV-Test-Ergebnis. Dies sollte insbesondere für neu begonnene feste Partnerschaften betont werden.

## Strategische Positionierung

Unter *Strategischer Positionierung* wird im Zusammenhang mit HIV-Risikomanagement eine dem *Serosorting* komplementäre Strategie verstanden. Während es bei *Serosorting* darum geht, mit einem Sexualpartner mit *konkordantem* HIV-Serostatus beim Analverkehr auf Kondome verzichten zu können, geht derjenige – der sich strategisch positioniert – von einem zumindest potentiell *diskordanten* HIV-Serostatus des Sexualpartners aus. Unter der Vorstellung, der insertive Analverkehr berge ein geringeres HIV-Infektionsrisiko als der rezeptive, nehmen manche sich HIV-negativ empfindende MSM beim Analverkehr eher die insertive Position ein, während HIV-positive MSM eher die rezeptive Rolle bevorzugen. Das *Strategische* besteht darin, dass die Übernahme einer bestimmten Rolle beim Analverkehr nicht den grundsätzlichen sexuellen Vorlieben entspringt, sondern mit dem Ziel erfolgt, das Risiko zu senken, sich selbst oder seine Sexualpartner mit HIV zu infizieren.

Während HIV-positive Befragte in diskordanten festen Partnerschaften eher die rezeptive (22%) als die insertive (10%) Position einnehmen, bevorzugen HIV-negative (oder ungetestete) Befragte in diskordanten festen Partnerschaften eher die insertive (19%) als die rezeptive (8%) Rolle.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den Antworten auf die Frage nach Reaktionen auf HIV/AIDS im Sexualverhalten: 28 Prozent der HIV-positiven und acht Prozent der zuletzt negativen/ungetesteten Befragten (jeweils mit serodiskordantem Partner) stimmten der Aussage zu „*Ich nehme beim Analverkehr vor allem die aufnehmende Position ein*“. Der komplementären Aussage „*Ich nehme beim Analverkehr vor allem die eindringende Position ein*“ stimmten 25 Prozent der zuletzt negativen/ungetesteten und 19 Prozent der HIV-positiven Befragten zu.

Es liegen somit Hinweise dafür vor, dass Strategische Positionierung eine Praxis ist, die in festen serodiskordanten Partnerschaften in relevantem Ausmaß vorkommt, wenn auch bei weitem nicht so häufig wie der durchgängige Kondomgebrauch. Aus diesem Grunde sollte in den Präventionsbotschaften deutlich gemacht werden, dass der mit der Strategischen Positionierung angestrebte Schutzeffekt (vor allem für unbeschnittene Männer, die in Deutschland die überwiegende Mehrheit stellen) illusionär ist.

Strategische Positionierung als Mittel der Vermeidung einer HIV-Übertragung muss insbesondere in diskordanten Partnerschaften problematisiert werden. Dies gilt nicht nur für die MSM-Primärprävention der AIDS-Hilfen, sondern auch und gerade für die ärztliche Strehstunde sowohl im Gespräch mit HIV-positiven Patienten (sogenannte *positive prevention*) als auch mit serodiskordanten Paaren.

## Bereiche Sexueller Interaktion und STI

In Anlehnung an die KABA-STI-Studie<sup>158</sup> wurden die Befragten drei verschiedenen Bereichen sexueller Interaktion zugeordnet, die sich insbesondere hinsichtlich der Zahl und Fluktuation der Sexualpartner sowie deren räumlich-zeitlicher Nähe zueinander auszeichnen. Auch Anbahnung von Sexualekontakten über das Internet wurde hierfür berücksichtigt. Unterschieden wurden ein Kernbereich, in dem theoretisch ein hohes Risiko für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen (STI) besteht (inklusive HIV, falls nicht bereits infiziert), ein Randbereich, in dem dieses Risiko eher klein ist, sowie ein Intermediärbereich, der dazwischen zu verorten ist.

Das Konstrukt dieser drei unterschiedlichen Bereiche weist eine hohe Trennschärfe hinsichtlich der Inzidenz bakterieller Infektionen sowie der Lebenszeitprävalenz viraler Infektionen auf: 21 Prozent der Befragten, die dem Kernbereich zugeordnet wurden, berichten über eine bakterielle STI im Jahr vor der Befragung (vs. 2% derer im Randbereich), und ebenfalls 21 Prozent der Befragten im Kernbereich berichten beispielsweise über Feigwarzen in der Vorgeschichte (vs. 6% derer im Randbereich).

Auch entfallen – bezogen auf diese Stichprobe – 35 Prozent aller HIV-Neudiagnosen seit 2005 auf diejenigen sieben Prozent aller Befragten, die Kernbereichen sexueller Interaktion zugeordnet werden können. Auch die Anteile von Befragten, die *Serosorting*, Strategische Positionierung, oder *dipping* (Analverkehr ohne Ejakulation) als sexuelle Handlungsmuster mit präventiver Intention beschreiben, finden sich überproportional häufig in Kernbereichen sexueller Interaktion. Diese Verhaltensmuster sind geeignet, die Ausbreitungsdynamiken von HIV fördern. Dies belegt einerseits die Validität des Konstrukts der drei Bereiche sexueller Interaktion und zeichnet andererseits Handlungsfelder für die Prävention: Hohe Partnerzahlen, häufiger Analverkehr und bestimmte – teils wenig effektive – Risikominimierungsstrategien bei gleichzeitig schwacher Orientierung an den Normen des *Safer Sex* ergeben bei der vergleichsweise hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe eine Gemengelage, die den überproportional hohen Anteil neuer HIV-Diagnosen plausibel erklären kann.

Es liegen ferner Hinweise vor, dass auch „szeneferne“ MSM mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr über Sexualpartner, die sie im Internet kennenlernen, Anschluss an Kernbereiche sexueller Interaktion finden. Hinsichtlich des Erwerbs bakterieller STI ist das Internet als hauptsächlicher „Ort“ der Anbahnung von Sexualekontakten für „szeneferne“ MSM mit mehr als 10 Sexualpartnern im Jahr als ein Risikokontext zu werten.

Somit können die Schlussfolgerungen aus der KABA-STI-Studie bestätigt werden, dass es unter dem Gesichtspunkt wirkungsvoller Prävention sinnvoll wäre, wenn eine fokussierte Sexualanamnese „Eingang in die Routineuntersuchung der Hausärztes finden könnte“, um MSM mit besonders hohem HIV-Risiko zu identifizieren und diesen gezielt *Screening*-Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen anzubieten, da STI das pro-Kontakt-Risiko für eine Infektion mit HIV deutlich erhöhen. Dieser Personengruppe ist außerdem eine individuelle Beratung zu den Übertragungswegen (und entsprechend Schutzmöglichkeiten) und Symptomen von STI anzubieten. Letzteres ist freilich nicht nur für Hausärztinnen und -ärzte relevant, sondern für sämtliche Akteure in der HIV-Primär- und -Sekundärprävention.

## Häufigkeit von Risikokontakten insgesamt

Seit 1996 wird die Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte mit Sexualpartnern erhoben, deren HIV-Testergebnis unbekannt oder diskordant war. Hierbei wurde jeweils unterschieden zwischen dem festen (primären) Partner, Partnern, die der Befragte schon vor dem Sexualekontakt kannte und unbekannt Partnern.

Insgesamt geben 25 Prozent der Befragten an, in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem Sexualpartner gehabt zu haben, dessen HIV-Testergebnis unbekannt war; drei Prozent geben mindestens einen ungeschützten anal-genitalen Kontakt mit einem serodiskordanten Sexualpartner an (zwischen diesen beiden Grup-

---

<sup>158</sup> vgl. Schmidt, Marcus et al. 2007

pen gibt es starke Überschneidungen, die Prozentwerte lassen sich daher nicht addieren; die kleinere Gruppe geht nahezu vollständig in der größeren auf). Ob es sich dabei um den festen Partner handelt, oder um bekannte oder unbekannte nicht-feste Sexualpartner, spielt dabei eine Rolle hinsichtlich der *Häufigkeit* ungeschützten Analverkehrs: Außerhalb fester Beziehungen entfällt etwa die Hälfte ungeschützter anal-genitaler Kontakte auf seltene Ereignisse (1 bis 2 ungeschützte Kontakte im Jahr vor der Befragung), innerhalb fester Partnerschaften entfällt die mit 39 Prozent größte Gruppe auf wöchentliche Ereignisse.

Das Alter der Befragten hat nur einen geringen Einfluss auf die Häufigkeit sexueller Risikokontakte: unter-20-Jährige geben zu 60 Prozent an, im Jahr vor der Befragung bei sexuellen Kontakten kein Risiko hinsichtlich einer HIV-Infektion eingegangen zu sein; ab einem Alter von 25 Jahren liegt dieser Anteil durchgehend bei über 70 Prozent. Einen gewissen Schutzeffekt hat der sozioökonomische Status der Befragten: Je höher der Schicht-Index, desto seltener werden Risiken eingegangen.

## Drogenkonsum und Risikoverhalten

Drogenkonsum bei MSM wurde im Rahmen der SMA-Befragungen erstmalig 1996 abgefragt. Die von den meisten Befragten konsumierte Substanz war wie in den vorangegangenen Erhebungen „Poppers“ (29% der Befragten), gefolgt von Cannabis (17%) und Phosphodiesterase-5-Hemmstoffen, besser bekannt unter ihren Handelsnamen „Viagra“, „Cialis“ oder „Levitra“ (9%). Substanzen, die unter dem Begriff „Partydrogen“ zusammengefasst werden können, wurden durchschnittlich von vier Prozent der befragten MSM konsumiert, Anabolika von einem Prozent.

Das bereits vorgestellte theoretische Konstrukt der Bereiche sexueller Interaktion ist in hohem Maße trennscharf auch für Drogenkonsum bei MSM: Während MSM, die Randbereichen sexueller Interaktion zugeordnet wurden, sich hinsichtlich ihres Konsums von Cannabis oder Partydrogen nicht von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden, liegen die Anteile der dem Kernbereich zugeordneten MSM je nach Substanz drei- bis neunmal so hoch.

## HIV-Antikörpertest

Fast zwei Drittel aller Befragten haben mindestens einmal einen HIV-Test durchführen lassen, etwas mehr als ein Drittel (36%) ist ungetestet. Der Anteil der MSM mit HIV-Test steigt mit zunehmendem Alter, ebenso der Anteil derer mit mehrfachen Tests. Häufiger als zweimal getestet sind 24 Prozent der unter 20-Jährigen, 44 Prozent der 20- bis 29-Jährigen und 55 Prozent der 30- bis 44-Jährigen. Die Mehrheit der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten (61%) hat sich zuletzt im Jahr der Befragung selbst oder im Jahr zuvor testen lassen.

Bei HIV-positiven Befragten sind die Jahre bzw. Zeiträume des letzten HIV-Tests anders verteilt als bei zuletzt HIV-negativ Getesteten. 27 Prozent aller HIV-positiven Befragten haben ihre Diagnose seit 2005 erhalten, 56 Prozent seit dem Jahr 2000.

Die Anzahl der Sexualpartner im Jahr vor der Befragung hat einen vergleichbar starken Einfluss auf das Testverhalten wie das Alter der Befragten. Vor allem Männer mit mehr als fünf Partnern weisen eine deutlich höhere Testfrequenz auf.

Anders als in früheren Erhebungswellen ist ein Zusammenhang zwischen Testverhalten und sozialer Schicht erkennbar. In jeder untersuchten Altersgruppe steigt der Anteil der Getesteten mit steigendem Bildungsgrad und Nettoeinkommen. Letzteres erweist sich als ein von Lebensalter und Partnerzahl unabhängiger Einflussfaktor für die Häufigkeit durchgeführter HIV-Tests. Hierdurch wird erneut die Notwendigkeit niedrigschwelliger Testangebote deutlich, niedrigschwellig auch und vor allem in finanzieller Hinsicht.

Der Anteil positiv getesteter Befragungsteilnehmer liegt bei 6,9 Prozent aller Befragten. Insbesondere die Schwulenmetropolen Berlin (15,9%) und Hamburg, München, Köln, Frankfurt (zusammengefasst 10,7%) weisen deutlich höhere Anteile von positiv Getesteten auf. Wie in früheren Erhebungen zeigt sich auch 2007, dass Besucher der Lederszene (18%) und Besucher von Orten für anonymen/flüchtigen Sex (12%) hohe Anteile von Positiven aufweisen. „Szeneferne“ MSM (5%) unterscheiden sich kaum von regelmäßigen Besuchern von Cafés, Bars,

Diskotheiken (6%). Die Erhebung von 2007 dokumentiert (wie frühere Erhebungen) einen Zusammenhang von HIV-Infektion und sozialer Schicht. In jeder Altersgruppe ist der Anteil Positiver in der untersten sozialen Schicht (der gebildete Indikator weist vier sozioökonomische Schichteinteilungen auf) mindestens doppelt so hoch wie in der höchsten sozialen Schicht. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

Die große Mehrheit der Getesteten (78%) hat den letzten HIV-Antikörpertest aus eigener Initiative durchführen lassen, bei elf Prozent gab der behandelnde Arzt den Anstoß. Sechs Prozent ließen den Test auf Wunsch des festen Partners durchführen, bei vier Prozent verlangte der Arbeitgeber oder eine Versicherungsgesellschaft einen Test. Zwei Prozent wurden ohne ihr Wissen getestet. Ein Drittel der Befragten (36%) ist ungetestet, die meisten von ihnen (71%) halten sich nicht für gefährdet. Diese Einschätzung könnte bei vielen Befragten zutreffen. Drei Viertel der Ungetesteten (76%) haben im Jahr vor der Befragung weniger als fünf Sexualpartner gehabt. Der zweithäufigste Grund (35% der Ungetesteten), sich nicht testen zu lassen, ist die Angst vor einem positiven Testergebnis.

### HIV-Serostatus in festen Partnerschaften

Die im Vergleich zur vorangegangenen Befragung von 2003 festgestellten Verschiebungen der HIV-Testergebnismuster in festen Partnerschaften deuten auf eine zunehmende Durchtestungsrate bei MSM in fester Partnerschaft hin. Da 2007 mehr jüngere und metropolen- bzw. szeneferne MSM erreicht werden konnten als 2003 oder gar 1999, und da jeder dieser drei Aspekte – junges Alter, kleinstädtisches oder ländliches Lebensumfeld, geringer Kontakt zur Schwulenszene – als eher hemmende Bedingungen für die Durchführung eines HIV-Tests gelten können, gehen wir davon aus, dass diese Veränderung der Verteilungsmuster in den jeweiligen Stichproben mit hoher Wahrscheinlichkeit eine real stattfindende Veränderung abbildet. Trotz zunehmender Durchtestungsrate bei MSM gibt ein Anteil von 37 Prozent der Partnerschaften, in denen mindestens einer der beiden Partner nicht auf HIV getestet ist, dazu Anlass, auch MSM in festen Partnerschaften stärker als bisher zur Durchführung eines HIV-Tests zu ermutigen.

In Partnerschaften mit diskordantem HIV-Serostatus (14% der Paare) ist der durchgängige Kondomgebrauch mit einem Anteil von insgesamt 50 Prozent zwar vergleichsweise häufig. Trotzdem kommen Kondome bei 34 Prozent der Paare gar nicht und bei weiteren 16 Prozent nicht durchgängig zum Einsatz. Die absolute Häufigkeit sexueller Kontakte ist in festen Partnerschaften besonders hoch: 28 Prozent der potentiell *diskordanten* Paare hat mindestens wöchentlich, 64 Prozent mindestens monatlich Sex (und somit auch häufig Analverkehr, da für diese Betrachtung Männer ohne Analverkehr herausgefiltert wurden). Das bedeutet, dass ein hoher Anteil ungetesteter oder HIV-negativer Männer innerhalb serodiskordanter Partnerschaften regelmäßig Infektionsrisiken eingeht. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Konzentration infektiöser Partikel in den genitalen und rektalen Sekreten des HIV-infizierten Partners nicht medikamentös unterdrückt ist. Ob HIV-positive Befragte antiretrovirale Medikamente einnahmen, hatte *keinen* Einfluss auf die Durchgängigkeit der Kondomverwendung mit diskordanten festen Partnern.

Zukünftige Präventionsanstrengungen sollten daher die Bedeutung einer kontinuierlichen und auf ihre Wirksamkeit kontrollierten antiretroviralen Therapie HIV-positiver MSM in diskordanten Partnerschaften betonen. Auch wenn die Indikation für eine medikamentöse Behandlung der HIV-Infektion immer eine individuelle Entscheidung ist und bleiben muss, die in erster Linie auf den sekundärpräventiven Gewinn des HIV-Infizierten abzielt, sollte nicht übersehen werden, dass ohne eine antiretrovirale Behandlung des Infizierten ein ausgesprochen hohes HIV-Übertragungsrisiko innerhalb der festen Beziehung besteht.

### Serosorting und Kommunikation über den Serostatus

*Serosorting* als vorrangige individuelle Strategie zur Verminderung von HIV-Übertragungen – definiert als die Zustimmung zur der Aussage „*Ich habe ungeschützten Analverkehr nur noch mit Männern mit dem gleichen HIV-Testergebnis*“, bei gleichzeitiger Ablehnung von *Safer Sex* bzw. eines monogamen Lebensstils – wird von vier Prozent aller Befragten genannt. Dabei zeigen sich



erhebliche Unterschiede nach HIV-Serostatus: *Serosorting* als alleiniger oder wesentlicher Versuch, HIV-Infektionsrisiken zu vermeiden bzw. auf das Kondom verzichten zu können, findet sich bei drei Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten, jedoch bei 20 Prozent der HIV-Positiven.

Im Vergleich mit „klassischen“ Strategien zur Verminderung der HIV-Übertragung (wie *Safer Sex*) führt derart definiertes *Serosorting* bei HIV-positiven Befragten zu einer Vervierfachung des Anteils derer mit bakteriellen STI in den zwölf Monaten vor der Befragung (39% vs. 9%). Bei zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten ist dieser Effekt sehr viel geringer (7% vs. 5%), obwohl sowohl HIV-positive als auch HIV-negative „Serosorter“ doppelt so häufig mehr als zehn Sexualpartner im selben Zeitraum angeben wie Befragte mit „klassischen“ Strategien. *Serosorting* als individuelles Risikomanagement erhöht somit das Risiko für HIV-positive Männer, sich mit bakteriellen STI anzustecken oder solche an andere weiterzugeben.

Wird nach dem letzten Analverkehr mit einem nicht-festen Sexualpartner gefragt, ergibt sich im Vergleich zur Analyse des sexuellen Lebensstils ein präziseres Bild: Während bei HIV-positiven Befragten – vergleichbar dem oben genannten Anteil – 20 Prozent *de facto Serosorting* betrieben und auf das Kondom verzichtet haben, weil nach eigener Einschätzung der HIV-Serostatus des Sexualpartner konkordant war, findet auch bei zuletzt HIV-negativ getesteten Befragten ein Anteil von etwa 16%, die beim letzten Analverkehr *de facto Serosorting* betrieben und deshalb auf das Kondom verzichtet haben. Hieraus kann geschlossen werden, dass *Serosorting* bei HIV-Negativen weniger eine Risikomanagement-Strategie darstellt als vielmehr eine situativ gefällte Entscheidung; zudem zeigt sich, dass *Serosorting* mit dem daraus folgendem Kondomverzicht beim Analverkehr weniger verbreitet ist, als einige Stellungnahmen zur HIV-Prävention nahe legen. *Serosorting* hat insbesondere bei HIV-Positiven erhebliche Auswirkungen auf die Häufigkeit anderer, insbesondere bakterieller STI. *Serosorting* trägt daher indirekt zu einer Erhöhung der pro-Kontakt-Wahrscheinlichkeit für HIV-Übertragungen bei.

Immerhin zwei Drittel aller Befragten, die nicht ohnehin durchgängig *Safer Sex* betreiben, haben sich vor dem letzten Analverkehr direkt über den HIV-Serostatus ausgetauscht (65 Prozent geben an, dass die Einschätzung des HIV-Serostatus beim Sexualpartner auf direkter Nachfrage oder direkter Mitteilung beruhte). 23 Prozent haben diese Einschätzung an Äußerlichkeiten festgemacht, und zehn Prozent gingen allein deshalb von einem konkordanten HIV-Serostatus aus, weil der Sexualpartner nicht auf Kondomverwendung bestand.

Primärpräventive Botschaften (für Nicht-HIV-Infizierte) sollten die Notwendigkeit einer direkten Kommunikation über den HIV-Serostatus als Mindeststandard betonen, wenn *Safer Sex* nicht gewünscht bzw. die Verwendung eines Kondoms nicht möglich ist. Selbst bei erfolgreicher Kommunikation über den eigenen HIV-Serostatus und den des Sexualpartners bleibt jedoch gerade bei eher flüchtigen Kontakten ein gewisses Risiko bestehen, dass das kommunizierte negative Testergebnis nicht mehr aktuell ist. Gerade in der frühen Phase der (noch nicht diagnostizierten) HIV-Infektion ist die Übertragungswahrscheinlichkeit besonders hoch. *Serosorting* ist somit zwar besser als gar keine präventive Maßnahme (und im Sinne von *Negotiated Safety* im Rahmen fester Partnerschaften eine sinnvolle Ergänzung), bei eher flüchtigen Sexualkontakten birgt *Serosorting* jedoch ein nicht unerhebliches HIV-Infektionsrisiko.

Unter individuell-primärpräventiven Aspekten ist *Serosorting* unter HIV-Positiven dann unproblematisch, wenn der Serostatus *eindeutig offengelegt* wurde und nicht auf impliziten Vorannahmen beruht. Sekundärpräventive Botschaften für HIV-Positive sollten jedoch auf das durch *Serosorting* stark erhöhte Risiko anderer sexuell übertragbarer Infektionen fokussieren, die gesundheitliche Beeinträchtigungen (beispielsweise durch Syphilis oder Hepatitis C) nach sich ziehen können. Indirekt trägt *Serosorting* bei HIV-Positiven über die Erhöhung der STI-Prävalenzen in dieser Gruppe vermutlich nicht unwesentlich dazu bei, die durchschnittliche Pro-Kontakt-Wahrscheinlichkeit für sexuelle HIV-Übertragungen bei schwulen Männern zu erhöhen (*community transmission risk*). *Serosorting* unter HIV-Positiven kann sich somit indirekt auch negativ auf die HIV-Primärprävention ausüben.

## HIV-Test und präventives Verhalten

Wesentlicher Bestandteil des bundesdeutschen Gesamtkonzepts der HIV-Prävention war bislang neben der Formulierung allgemeiner und gruppenspezifischer Präventionsbotschaften der Aufruf, sich nach definierten Risikosituationen *freiwillig* – und wenn gewünscht *anonym* – im Rahmen eines ausführlichen Beratungsgesprächs auf HIV-Antikörper testen zu lassen. Anfang der 1990er Jahre wurde in Anbetracht der Möglichkeit, bei fortgeschrittener HIV-Infektion prophylaktisch Medikamente gegen opportunistische Infektionen einzunehmen, die zuvor eher ablehnende Haltung gegenüber dem HIV-Test aufgeweicht und der Test unter *sekundärpräventiven* Gesichtspunkten für sinnvoll erachtet. Spätestens seit der Verfügbarkeit nachhaltig wirksamer antiretroviraler Medikamente wird der HIV-Antikörpertest als Mittel der *Sekundärprävention* zunehmend befürwortet. Breit beworben wird der HIV-Antikörpertest von Seiten der AIDS-Hilfen in Deutschland jedoch erst seit etwa 2005; in Form des sogenannten „Bilanztests“ (um bei konkordantem Testergebnis innerhalb einer festen Partnerschaft auf Kondome verzichten zu können), auch unter *primärpräventiven* Gesichtspunkten.

Der „Bilanztest“ wird von einem Viertel aller jemals auf HIV-getesteten MSM und von fast der Hälfte (46%) aller Befragten in fester „monogamer“ Partnerschaft als Grund für die Durchführung eines HIV-Tests angegeben; hier wiederum vor allem von jüngeren MSM.

Kein Zusammenhang konnte festgestellt werden zwischen Testhäufigkeit und der Anzahl ungeschützter anal-genitaler Kontakte (bei unbekanntem oder diskordantem Serostatus der Sexualpartner) oder der Durchgängigkeit im Kondomgebrauch beim Analverkehr mit Sexualpartnern außerhalb fester Partnerschaften.

Werden positiv und negativ getestete Befragte miteinander verglichen, fällt auf, dass 34 Prozent der HIV-Positiven als Grund für ihren letzten (positiven) Test angeben, Krankheitszeichen bemerkt zu haben – der Test wurde somit aus *sekundärpräventiven* Gründen durchgeführt, da von einer bereits erfolgten HIV-Infektion ausgegangen wurde und die Bestätigung durch den positiven HIV-Test dazu beiträgt, dass Maßnahmen ergriffen werden können, die weitere negative Krankheitsfolgen der HIV-Infektion begrenzen – bei zuletzt negativ Getesteten beträgt dieser Anteil nur fünf Prozent. Werden inhaltlich ähnliche Antwortmöglichkeiten berücksichtigt, zeigt sich, dass *sekundärpräventive* Aspekte bei HIV-positiven Befragten nach eigenen Angaben in 49 Prozent der Fälle dazu geführt haben, den letzten HIV-Test durchführen zu lassen – gegenüber 17 Prozent bei zuletzt negativ getesteten Befragten.

## Antiretrovirale Therapie und präventives Verhalten

Zwei Drittel (66%) der HIV-positiven Befragten nehmen derzeit antiretrovirale Medikamente ein. Von denen, die *keine* antiretrovirale Therapie (ART) erhalten, geben 85 Prozent als Grund an, ihr Arzt hätte noch nicht zu einer ART geraten. 2003 betrug dieser Anteil noch 58 Prozent. Gleichzeitig hat sich der Anteil derer, die eine antiretrovirale Therapie kategorisch ablehnen, zwischen 2003 (19%) und 2007 (10%) halbiert. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Angst vor physischen, psychischen und lebenspraktischen Belastungen der ART gesunken ist. In Anbetracht der in diesem Zeitraum doch erheblich vereinfachten Therapieschemata (Einnahme zum Teil nur einmal täglich) wäre eine solche Reaktion durchaus plausibel.

Die lebensverlängernde Wirkung der Kombinationstherapien wird von zwei Dritteln (65%) aller Befragten gesehen; bei HIV-Positiven liegt dieser Anteil mit 75 Prozent nur unwesentlich höher. Dass AIDS im Jahre 2007 endgültig „geheilt“ werden kann, glauben nur drei Prozent aller Befragten, 84 Prozent hingegen lehnen diese Aussage vollständig ab. Dies bedeutet wie schon 2003, dass die große Mehrheit der Befragten den therapeutischen Wert der Kombinationstherapien sieht, ohne die Grenzen ihrer Wirksamkeit zu verkennen.

Uneinigkeit unter Wissenschaftlern besteht derzeit in der Frage – gerade auch im Hinblick auf Analverkehr unter MSM – ob das Restrisiko einer sexuellen HIV-Übertragung unter nachhaltig wirksamer antiretroviraler Therapie (ART) sich in der gleichen Größenordnung bewegt wie das Restrisiko beim durchgängigen Kondomgebrauch. Innerhalb der (HIV-Schwerpunkt-)Ärztenschaft sowie bei Betroffenen kursieren seit einigen Jahren anekdotische Berichte, dass in manchen

ärztlichen Beratungsgesprächen die Einnahme antiretroviraler Medikamente als individuelle Risikomanagementstrategie bereits empfohlen wurde, insbesondere wenn der Kondomgebrauch von HIV-infizierten Männern als unakzeptabel oder unpraktikabel wahrgenommen wurde.

Insofern ist hervorzuheben, dass nicht nur 96 Prozent aller Befragten – sondern auch 95 Prozent aller HIV-positiven Befragten – davon ausgehen, dass das Virus auch unter antiretroviraler Therapie *durchaus übertragen werden* kann. Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich das Antwortverhalten von MSM auf diese Frage in der nächsten SMA-Befragung verändert, wenn das Thema „Infektiosität unter ART“ nicht nur subkulturell, sondern auch massenmedial diskutiert worden sein wird.

Nur acht Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten stimmen der Aussage zu, dass sie sich aufgrund eines „Therapieoptimismus“ *selbst* weniger schützen. Dem so bekundeten Festhalten an Schutzmaßnahmen steht wie schon 2003 eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Safer-Sex-Verhaltens *anderer* gegenüber: 67 Prozent der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten gehen davon aus, dass (andere) schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher. Dieser Anteil ist im Jahr 2007 deutlich höher als 2003 (57%) oder 1999 (53%). Das mittlerweile fast geflügelte Wort von der „zunehmenden Sorglosigkeit“ bei MSM hat nicht nur bei HIV-negativen und ungetesteten, sondern auch bei HIV-positiven Männern einen Niederschlag gefunden: Auch sie sind mit 78 Prozent (2007) zunehmend der Meinung, dass andere MSM sich aufgrund der neuen Kombinationstherapien weniger schützen. Obwohl es für Deutschland keine und auch sonst nur wenige belastbare Daten gibt, die ein Nachlassen im Safer-Sex-Verhalten mit Therapieoptimismus in Verbindung bringen, und obwohl das Antwortverhalten HIV-negativer und ungetesteter Befragter weder in den vergangenen SMA-Erhebungen noch in der diesjährigen Befragungen einen solchen Rückschluss nahe legt, ist die Zuschreibung der Nachlässigkeit oder Sorglosigkeit an andere nicht nur diskrepant zur Einschätzung des eigenen Verhaltens, sondern auch im Steigen begriffen.

### Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Eine in Deutschland noch wenig beworbene Möglichkeit der (medizinischen) HIV-Primärprävention ist die so genannte Post-Expositions-Prophylaxe (PEP). Dabei werden bis zu 72 Stunden nach einem relevanten Risikokontakt vier Wochen lang antiretrovirale Medikamente eingenommen, um eine Infektion mit HIV (trotz zunächst möglicherweise erfolgter Übertragung) zu verhindern.

In Anspruch genommen wurde die PEP von insgesamt 0,9 Prozent der HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten. Das Altersspektrum der PEP-Nutzer hat sich im Vergleich zur Befragung von 2003 in Richtung jüngerer Altersgruppen verlagert: Dies unterstreicht die Zunahme der Kenntnis um die Möglichkeit der PEP in jüngeren Altersgruppen. PEP-Nutzer sind vorwiegend gut gebildete MSM aus Groß- und insbesondere Millionenstädten. Etwa ein Drittel der HIV-negativen oder ungetesteten Befragten – weitgehend unabhängig von der Altersgruppe – gibt an, noch nie von der Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe gehört zu haben.

Von besonderem Interesse ist die PEP für HIV-negative MSM mit serodiskordanten Sexualpartnern, sei es der feste Partner, oder diskordante Sexualpartner im Allgemeinen. Hier besteht immer die Gefahr, dass das Kondom reißt, abrutscht oder aus sonstigen Gründen nicht wirksam schützt. Für diese HIV-negativen MSM mit diskordanten Sexualpartnern ist es somit von großer Wichtigkeit, nicht nur allgemein über die PEP Bescheid zu wissen, sondern auch darüber, wo und wie sie am jeweiligen Wohnort am besten zu erhalten ist. Tatsächlich findet sich bei HIV-negativen MSM mit serodiskordantem festem Partner der niedrigste Anteil derer, die noch nie von einer PEP gehört haben sowie der höchste Anteil derer, die eine solche bereits in Erwägung gezogen haben; sechs Prozent haben bereits eine PEP eingenommen. Jedoch kennen 20 bis 32 Prozent HIV-negativer MSM, die aktuell in fester Partnerschaft mit einem HIV-positivem Mann leben (und mit diesem auch Analverkehr praktizieren) die Möglichkeit einer PEP *nicht*, und weitere 9 bis 15 Prozent wissen nicht, wo sie eine solche erhalten können. Hier besteht mit Sicherheit Beratungsbedarf. Wichtige Akteure wären neben den AIDS-Hilfen in diesem Zusammenhang auch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen der HIV-positiven festen Partner.

Die Befürchtung, das Wissen um die Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe könne bei MSM dazu führen, dass bei Sexualkontakten mehr HIV-Infektionsrisiken eingegangen werden, ist – neben Unsicherheit der Kostenübernahme einer PEP – der wesentliche Grund dafür, dass die PEP bislang noch nicht stark beworben wurde. Das Wissen um die PEP scheint jedoch eher ein Indikator für eine hohe Bereitschaft zu *Safer Sex* bei gleichzeitig hoher sexueller Aktivität und hoher Partnerzahl zu sein; und nicht – wie häufig behauptet oder befürchtet – für eine hohe Risikobereitschaft. Die PEP sollte daher bei MSM insgesamt breiter beworben werden.

### Informationsverhalten, -quellen und -niveau

Zu den Themen HIV und AIDS haben sich im Jahr vor der Befragung 79 Prozent der MSM informiert, 25 Prozent regelmäßig; 21 Prozent haben sich in diesem Zeitraum *nicht* informiert. Der am häufigsten genannte Grund, sich nicht informiert zu haben, ist die Einschätzung, bereits ausreichend informiert zu sein (80%).

Einen starken Einfluss auf das Informationsverhalten haben der Test- und der Serostatus der Befragten. 95 Prozent der Positiven haben sich informiert, 65 Prozent regelmäßig. 18 Prozent der zuletzt negativ Getesteten und 29 Prozent der Ungetesteten haben keine Informationen zu HIV und AIDS eingeholt. Einen nennenswerten Einfluss auf das Informationsverhalten hat zudem das allgemeine (Aus-)Bildungsniveau der Befragten. 19 Prozent derer mit Abitur, aber 33 Prozent derer mit Hauptschulabschluss haben sich nicht zu HIV und AIDS informiert.

Für Männer, die den Fragebogen der Erhebung einer Schwulenzeitung entnommen haben, stellt die „Schwule Presse“ das am stärksten herangezogene Informationsmedium dar, online Befragte nutzten vor allem das Internet zur Information. Im Vergleich zur vorhergehenden Erhebung von 2003 ist festzustellen, dass das Medium Internet auf Kosten des Mediums „Schwule Presse“ an Bedeutung gewinnt (dies ist vor allem bei offline Befragten festzustellen). Während die Nutzung personalkommunikativer Informationsangebote (Arzt, Gespräch im Freundeskreis, Beratung im Gesundheitsamt oder in Klinikambulanzen) sich im Vergleich zu früheren Befragungen kaum verändert hat, scheint die Nutzung der Medien Radio, Fernsehen, Tages- und Wochenzeitungen zugunsten des Internets abzunehmen.

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind einer großen Mehrheit der Befragten bekannt. Es bestehen (geringfügige) Unterschiede im Bekanntheitsgrad der Materialien nach Größe des Wohnorts. Während ungefähr ein Zehntel der Befragten in Wohnorten mit unter 500.000 Einwohnern keinerlei Materialien der AIDS-Hilfen zur Kenntnis genommen haben, sind es in Wohnorten mit über 500.000 Einwohnern nur 6 Prozent. Der Bekanntheitsgrad der Materialien ist ebenfalls (schwach) abhängig vom Alter der Befragten. 16 Prozent der unter 20-Jährigen und 18 Prozent der über 44-Jährigen kennen keine Materialien der AIDS-Hilfen, lediglich 7 Prozent der MSM in der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen. Mehr als die Hälfte aller Befragten (58%) gibt an, AIDS-Hilfe-Materialien in Bars, Cafés, Diskotheken oder Schwulensaunen erhalten oder gesehen zu haben, 24 Prozent in Kliniken, Apotheken oder Arztpraxen, 13 Prozent in Gesundheitsämtern, zehn Prozent beim Besuch einer regionalen AIDS-Hilfe und sieben Prozent bei Gesprächen mit AIDS-Hilfe-Mitarbeitern in der schwulen Subkultur (aufsuchende Präventionsarbeit).

Um das Basiswissen der Befragungsteilnehmer zur HIV-Infektion abzubilden, wurde erfragt, wodurch sich HIV übertragen lässt: Blut und Sperma (zutreffend), Speichel, Kot/Urin, Hautkontakte (nicht zutreffend). Auf dieser Basis können 82 Prozent der Befragten (und 92% der positiv Getesteten) als angemessen informiert zu den Übertragungswegen gelten. Unterschiede nach Altersgruppen bestehen kaum, auch MSM unter 20 Jahren sind nicht schlechter informiert. Blut wurde von 99 Prozent und Sperma von 97 Prozent der Befragten korrekt als möglicher Übertragungsweg genannt, Unterschiede im Grad der Informiertheit sind somit bedingt durch Differenzen in den Fehleinschätzungen der Möglichkeit, HIV durch Küssen (Speichel) oder Händeschütteln (Hautkontakte) zu übertragen. Es überrascht daher nicht, dass sich kein Zusammenhang feststellen lässt zwischen dem Grad der Informiertheit und dem Eingehen von Infektionsrisiken beim Analverkehr. Ein Zusammenhang lässt sich hingegen zwischen dem Grad der Informiertheit und dem Bildungsniveau feststellen. Zudem sind MSM, die sich in nur

geringem Umfang in kommunikativem Austausch mit anderen schwulen Männern befinden, häufiger fehlinformiert als jene, die häufig Orte „schwuler Geselligkeit“ frequentieren, und jenen, die sich als Homosexuelle akzeptiert fühlen.

### MSM mit Migrationshintergrund

Mit der Befragung von 2007 konnten lediglich 280 MSM (3,5% aller Befragten) mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft erreicht werden, ein Anteil, der weniger als die Hälfte des Anteils ausländischer Staatsbürger an der Gesamtbevölkerung in Deutschland repräsentiert. Da die Staatsbürgerschaft allein kein zureichender Indikator für einen „Migrationshintergrund“ darstellt, wurde zusätzlich nach der Sprache gefragt, die im Elternhaus gesprochen wird. Unter Berücksichtigung dieses zusätzlichen Indikators können 399 Männer (4,9% aller Befragten) als Befragte mit Migrationshintergrund angesehen werden. Auswertungen nach einzelnen Herkunftsländern verbieten sich, da die jeweiligen Fallzahlen zu gering sind. Die Gruppe der MSM mit Migrationshintergrund wurde für bestimmte Auswertungen lediglich in zwei Untergruppen aufgeteilt.

- MSM aus Ländern, in denen die Homosexualität ähnlich akzeptiert bzw. ähnlich gelebt wird wie in Deutschland: *vergleichbare Länder* (z.B. Benelux-Länder, Frankreich, Großbritannien, skandinavische Länder). Dies sind insgesamt 242 Personen (3% aller Befragten).

- MSM aus Ländern, in denen ein deutlich größeres Ausmaß an Stigmatisierung und Kriminalisierung von Homosexualität herrscht: *andere Länder* (z.B. Bosnien-Herzegowina, Polen, Türkei, Ukraine). Dies sind 157 Personen (1,9% aller Befragten).

MSM mit „Migrationshintergrund“ (sowohl aus vergleichbaren wie auch aus anderen Ländern) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Zusammensetzung zum Teil deutlich von den „deutschstämmigen“ Befragten. Befragte aus vergleichbaren Ländern sind etwas älter (Altersmedian 37 vs. 35 Jahre), haben höhere Bildungsabschlüsse und wohnen häufiger in den deutschen Schwulenmetropolen Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt. Befragte aus anderen Ländern sind hingegen erheblich jünger (Altersmedian 26 vs. 35 Jahre) und haben ebenfalls höhere Bildungsabschlüsse als die Deutschstämmigen. Die Befragten aus den anderen Ländern unterscheiden sich in ihren soziodemographischen Merkmalen somit von denen der klassischen Arbeitsmigranten (aus Italien, Ex-Jugoslawien und der Türkei), die ein niedrigeres Bildungsniveau aufweisen als die deutschstämmige Bevölkerung.

Hinsichtlich der Akzeptanz der Homosexualität im familiären Umfeld sind keine Unterschiede zwischen den „deutschstämmigen“ MSM und jenen aus *vergleichbaren* Herkunftsländern festzustellen, während diese bei MSM aus *anderen* Ländern niedriger ausfällt.

Was den Besuch der schwulen Subkultur angeht, fällt bei den MSM mit „Migrationshintergrund“ in allen Altersgruppen eine im Vergleich zu den „deutschstämmigen“ MSM eine stärkere Frequentierung von Treffpunkten für schwule Männer auf.

Trotz höherer Partnerzahlen gehen MSM mit „Migrationshintergrund“ nicht zu einem höheren Anteil sexuelle HIV-Übertragungsrisiken ein. Sie sind ebenso gut über die wesentlichen Übertragungswege von HIV wie auch über die lebensverlängernde Wirkung antiretroviraler Therapien und die derzeitige Unmöglichkeit einer endgültigen Heilung von AIDS informiert wie die deutschstämmigen MSM, was in Anbetracht des hohen Bildungsniveaus der mit der Befragung erreichten MSM mit „Migrationshintergrund“ nicht weiter erstaunlich ist.

MSM mit „Migrationshintergrund“ sind somit in der vorliegenden Erhebung nicht nur deutlich unterrepräsentiert. Vor allem MSM mit einem kulturellen Hintergrund aus Ländern, in denen Homosexualität massiv stigmatisiert (zum Teil kriminalisiert) wird, wurden mit dieser Befragung kaum erreicht. Dies verweist auf die Notwendigkeit, diese Untergruppe mit anderen (qualitativ) orientierten Erhebungsmethoden zu befragen.

## Schlussfolgerungen für die Prävention

### Erfolge der Prävention:

Die Ergebnisse der Erhebung von 2007 dokumentieren zunächst einen großen Erfolg der HIV/AIDS-Prävention für MSM in Deutschland. Werden die sechs Befragungen von 1991 bis 2007 betrachtet, so zeigt sich, dass zeitstabil mehr als zwei Drittel (ca. 70%) der Befragten keine Risikokontakte (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus) für die 12 Monate vor der Befragung angeben. Hieraus lässt sich eine nach wie vor weit verbreitete Orientierung an den Normen des *Safer Sex* schlussfolgern. Diese relative Zeitstabilität im Risikoverhalten der befragten MSM zeigt sich sowohl beim Vergleich der Gesamtstichproben der sechs Befragungen wie auch bei der Analyse adjustierter Stichproben, die nur MSM ab 25 Jahren in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern in den jeweiligen Stichproben berücksichtigen.

Ein Drittel der MSM (ca. 30%) berichtet in den Befragungen über Risikokontakte; diese Gruppe kann unterteilt werden in die Untergruppe der Männer (ein Fünftel aller Befragten) mit *sporadischen* Risikokontakten (weniger als 5 in den 12 Monaten vor der Befragung) und eine Untergruppe von Männern mit *häufigeren* Risikokontakten (ein Zehntel aller Befragten). Auch diese Ergebnisse können als Erfolge der HIV/AIDS-Prävention angesehen werden: sie bedeuten nämlich, dass relativ zeitstabil neun Zehntel der Teilnehmer an den jeweiligen Befragungen berichten, gar nicht oder nur sporadisch Infektionsrisiken eingegangen zu sein.

Durch die Kooperation mit den Internetportalen für MSM konnten insgesamt mehr MSM für eine Beteiligung an der Umfrage gewonnen werden, als dies früher der Fall war, insbesondere auch mehr jüngere (vor allem unter 20 Jahren) und mehr ältere MSM (über 55 Jahren). Das Online-Angebot zur Befragung verbesserte zudem die Erreichbarkeit von „szenefernen“ MSM, von Männern, die in kleinen Orten wohnen und von Männern mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Dieser Erfolg der besseren Einbeziehung von Gruppen, die in früheren Erhebungen stärker unterrepräsentiert waren, unterstreicht die Notwendigkeit der verstärkten Nutzung des Internets für die Prävention.

### Problembereiche, die in der zukünftigen Präventionsarbeit besonders berücksichtigt werden sollten:

Elf Prozent der befragten Männer berichteten 2007 über *häufigere Risikokontakte* (5 oder mehr Episoden ungeschützten Analverkehrs mit einem Sexualpartner, dessen HIV-Serostatus unbekannt oder diskordant war). Diese Untergruppe ist sehr heterogen zusammengesetzt. Sie besteht zum einen zu einem höheren Anteil aus MSM, die gelegentlich oder häufiger bestimmte (zum Teil bewusstseinsverändernde) Substanzen konsumieren – erhoben wurden in diesem Zusammenhang der Konsum von „Poppers“, Cannabis, „Ecstasy“, „Speed/Crystal“, Ketamin, LSD oder Kokain, aber auch von Anabolika und „Viagra“ (oder vergleichbaren Handelspräparaten). Für die Analyse des Eingehens von Risikokontakten wurden bestimmte Substanzen zu Partydrogen zusammengefasst. 80 Prozent der Männer, die keine der aufgezählten Substanzen in der 12 Monaten vor der Befragung konsumierten, geben an, keinen Risikokontakt (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit ungekanntem oder diskordantem Serostatus) eingegangen zu sein; dieser Anteil geht zurück auf 69 Prozent bei den MSM, die selten oder gelegentlich eine der Substanzen konsumierten, er fällt auf 60 Prozent bei Männern mit häufigerem oder regelmäßigem Konsum von Cannabis oder Poppers; der niedrigsten Anteil derer ohne Risikokontakte findet sich bei MSM mit häufigerem oder regelmäßigem Konsum von Partydrogen oder Anabolika.

Sowohl *Drogenkonsum* wie auch die *Anzahl* der Sexualpartner sind Elemente eines Lebensstils, der sich unter schwulen und bisexuellen Männern vor allem in den großen Schwulenmetropolen und in anderen Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern in Deutschland (und nicht nur dort) entwickelt hat. Dieser Lebensstil entzieht sich zum Teil dem Einfluss von Maßnahmen der AIDS/HIV-Prävention. Die Erhebung von 2007 enthält – wie auch vorhergehende Erhebungen – viele Hinweise darauf, dass einfache kausale Beziehungen zwischen Drogenkonsum oder der

Anzahl der Sexualpartner und dem Eingehen von Infektionsrisiken nicht bestehen. Zu vermuten ist eher eine vorgängige Risikobereitschaft, die einen bedeutsamen Anteil von MSM dazu bringt, Sexualkontakte mit einer größeren Anzahl von Partnern zu haben und Drogen zu konsumieren. Erhebungen in den 1990er Jahren erbrachten Hinweise darauf, dass bei einer bestimmten Gruppe von MSM auch die Nachfrage oder das Angebot von bezahlten sexuellen Dienstleistungen zu einem risikofreudigeren Lebensstil gehört. Präventionskampagnen können die Kontexte thematisieren, die risikoreicheres Verhalten fördern. Solche Kampagnen sind vermutlich wirksamer bei MSM, die sich noch auf der Schwelle zu einem riskanteren Lebensstil befinden als bei jenen, die einen solchen schon seit Jahren leben. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass 52 Prozent der zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten mit „häufigen“ Risikokontakten (s.o.) im Jahr vor der Befragung gar keine der angegebenen Drogen konsumiert haben (Alkohol wurde nicht erfragt), und 77 Prozent dies maximal 1- bis 2-mal taten. 63 Prozent aus dieser Gruppe haben im gleichen Zeitraum weniger als elf Sexualpartner gehabt, 51 Prozent können als „szenefern“ gelten.

Die Erhebung von 2007 dokumentiert, dass ein bedeutsamer Anteil von MSM Strategien der Risikominderung praktizieren, deren präventiver Erfolg zum Teil fragwürdig ist. Hierzu gehören die Praxis des „*Serosorting*“, die Strategie der „ausgehandelten Sicherheit“ (*Negotiated Safety*) in Paarbeziehungen, die der „strategischen Positionierung“ und die des „*Dipping*“. In den Präventionskampagnen für MSM sollte deutlich gemacht werden, dass *Serosorting* bei negativ Getesteten innerhalb einer Paarbeziehung (in diesem Zusammenhang als *Negotiated Safety* bezeichnet) nur dann sinnvoll ist, wenn hinreichende präventive Vorkehrungen bei Sexualkontakten außerhalb der Beziehungen gewährleistet sind. Ins Bewusstsein gehoben werden sollte auch, dass bei einem Drittel der Männer in Paarbeziehungen keine Kenntnis des Serostatus des Partners bzw. des eigenen vorliegt. Bei vielen vorliegenden Testergebnissen von Männern in Paarbeziehungen dürfte zudem fraglich sein, ob das negative Testergebnis noch aktuell ist.

In gegenwärtigen und zukünftigen Kampagnen sollte besonders betont werden, dass *Serosorting* zwischen als negativ getestet wahrgenommenen Sexualpartnern außerhalb fester Beziehungen leicht zu einem *Seroguessing* (Raten des Serostatus des Partners) werden kann. Der festzustellende Trend zu einem häufigeren HIV-Test sollte in Präventionskampagnen verstärkt werden. Ein hoher Anteil von zeitnahen Testergebnissen schafft eine realistischere Grundlage für das Absehen von präventiven Vorkehrungen in festen Beziehungen. Es vermindert gleichzeitig die Gefahren des *Seroguessing* bei Sexualkontakten außerhalb fester Beziehungen, vorausgesetzt, es findet eine Kommunikation über das Testergebnis statt.

Die Studie von 2007 gibt Hinweise darauf, dass eine Ausdifferenzierung der Präventionsbotschaften in Hinblick auf bestimmte Teilgruppen der Gesamtgruppe der MSM sinnvoll ist. Dies gilt besonders für Männer in Paarbeziehungen und für positiv getestete Männer. Eine sekundärpräventive Botschaft der AIDS-Hilfen und der BZgA ist mit der Zunahme des HIV-Tests in der Zielgruppe angekommen. Die zeitnahe Kenntnis eines positiven HIV-Status ermöglicht, dass HIV-Infektionen rechtzeitig medikamentös behandelt werden können. Die Kenntnis des aktuellen Serostatus verbessert zudem die Grundlagen für ein informiertes *Serosorting* bei negativ und positiv getesteten MSM.

Der hohe Bekanntheitsgrad der DAH-Materialien (Plakate, Postkarten, Faltblätter, Anzeigen in der Schwulenpresse) auch unter vorwiegend online befragten MSM stellt weiterhin eine gute Grundlage für zielgruppengerichtete Präventionsarbeit dar. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass die Befragten den Informationsmaterialien der AIDS-Hilfen immer weniger Bedeutung für (besonders aktuelle, so unsere Deutung) Informationen zusprechen. Dies gilt für online und für offline Befragte. Angesichts der großen Bedeutung, die dem Internet sowohl für die Informationsbeschaffung als auch für andere Lebensbereiche bei MSM zukommt, ist den AIDS-Hilfen anzuraten, ihre Internet-Angebote auszubauen und diese offensiv zu bewerben. Eine regelmäßige Evaluation dieser Angebote durch ihre Nutzer sollte als Bestandteil dieser Präsenz der AIDS-Hilfen im Netz angesehen werden.

## XII Fragebogen



## AIDS - Wie leben schwule Männer heute?

Schwerpunkt dieser Befragung ist die Reaktion schwuler Männer auf AIDS, doch auch andere Aspekte der Lebensverhältnisse schwuler Männer sollen berücksichtigt werden.

Für die Auswertung der Befragung sind Michael Bochow und Axel J. Schmidt verantwortlich. Michael Bochow betreute auch schon die Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1991, 1993, 1996, 1999 und 2003. Grundlage der Fragebogenaktion ist wiederum die Wahrung strikter Anonymität, eine Re-Identifizierung von Personen ist ausgeschlossen. Die erhobenen Daten werden mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt, wie sie bei früheren Befragungen selbstverständlich war. Die Untersuchung wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanziert.

### I. WIE LEBEN SIE?

1) **Wie würden Sie Ihr Sexualverhalten in den letzten zwölf Monaten beschreiben?** (bitte nur eine Angabe)

- ausschließlich homosexuell
- überwiegend homosexuell mit heterosexuellen Anteilen
- bisexuell mit homosexueller Präferenz
- bisexuell mit heterosexueller Präferenz
- überwiegend heterosexuell mit homosexuellen Anteilen
- ausschließlich heterosexuell

2) **Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?** (bitte nur eine Angabe)

- homosexuell
- schwul
- bisexuell
- heterosexuell
- homophil
- transgender
- pädophil
- lehne Selbstdefinition ab

3) **Mit wie vielen Menschen hatten Sie Sex in den vergangenen zwölf Monaten?** (bitte Anzahl der Partner bzw. Partnerinnen angeben)

mit \_\_\_\_\_ Männern, mit \_\_\_\_\_ Frauen

4) **Wie oft hatten Sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Sex mit einem Mann?**

- überhaupt nicht
- ein- oder zweimal
- gelegentlich
- unregelmäßig, aber mit intensiven Phasen
- mehrere Male im Monat
- mehrere Male in der Woche
- täglich, fast täglich

5) **Wie oft hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Geschlechtsverkehr mit einer Frau?**

- überhaupt nicht
- ein- oder zweimal
- gelegentlich

- unregelmäßig, aber mit intensiven Phasen
- mehrere Male im Monat

6) **Haben Sie augenblicklich eine feste Beziehung mit einem Mann?**

- Nein (bitte weiter mit Frage 8)
- Ja, eine Beziehung mit einem Mann – ohne Sex mit anderen Männern
- Ja, eine Beziehung mit einem Mann – und zugleich Sex mit anderen Männern

7) **Wie lange besteht die Beziehung zu diesem Mann, Ihrem Freund?** (bitte Anzahl der Monate/oder Jahre angeben)

\_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

8) **Haben Sie augenblicklich eine feste Beziehung mit einer Frau?**

- Nein (bitte weiter mit Frage 10)
- Ja

9) **Wie lange besteht die Beziehung zu dieser Partnerin?** (bitte Anzahl der Monate/oder Jahre angeben)

\_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

10) **Welche Art von Sex hatten Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihrem festen Freund?** (bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)

- Ich hatte in den letzten zwölf Monaten keinen festen Freund

	immer/ fast immer	oft	manch- mal	nie
Wichsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficken lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S/M, Faustficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) **Welche Art von Sex hatten Sie in den letzten zwölf Monaten mit anderen Partnern?**

- Ich hatte in den letzten zwölf Monaten keine anderen Partner

	immer/ fast immer	oft	manch- mal	nie
Wichsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ficken lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S/M, Faustficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) **Bitte rufen Sie sich das letzte Mal ins Gedächtnis, als Sie Analverkehr mit einem Mann hatten: Haben Sie bei diesem letzten Mal ein Kondom verwendet?**

- Ja
- Nein
- O betrifft mich nicht / ich habe keinen Analverkehr

13) **Als Sie das letzte Mal Analverkehr mit einem Mann hatten, war dieser Ihrer Meinung nach...** (bitte nur eine Angabe)

- HIV-negativ
- HIV-positiv
- nicht auf HIV getestet
- Ich weiß es nicht, hätte es aber gerne gewusst

- Ich verwende meistens keine Kondome und frage auch nicht nach dem HIV-Status meiner Sexpartner.

- Diese Information ist für mich nicht interessant, da ich grundsätzlich Safer Sex mache.

14) **Woher haben Sie diese Einschätzung über den HIV-Status Ihres Sexpartners?** (bitte nur eine Angabe)

- Ich habe danach gefragt.
- Er hat es mir gesagt, ohne dass ich ihn danach gefragt habe.
- Mein letzter Sexpartner war mein fester Freund. Er ist *HIV-positiv*.
- Mein letzter Sexpartner war mein fester Freund. Er ist *HIV-negativ*.
- Mein letzter Sexpartner war mein fester Freund. Er hat noch nie einen HIV-Test gemacht.
- Ich wusste es durch Freunde/Bekannte.
- Ich wusste es aus seinem Chatprofil.
- Ich habe es aus seinen Äußerungen geschlossen.
- Ich bin davon ausgegangen, dass er *HIV-positiv* ist, sonst wäre er nicht bereit gewesen, ohne Kondom zu ficken.
- Ich bin davon ausgegangen, dass er *HIV-negativ* ist, sonst wäre er nicht bereit gewesen, ohne Kondom zu ficken.
- Ich habe es aufgrund von Äußerlichkeiten (z.B. Alter, körperliches Erscheinungsbild) vermutet.

15) **Wie oft benutzen Sie bei Analverkehr mit Ihrem festen Freund Kondome?**

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

16) **Wie oft benutzen Sie bei Analverkehr mit anderen Partnern Kondome?**

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

17) **Wie oft haben Sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Lokale, Bars, Cafés, Saunen usw. besucht, in denen hauptsächlich/auch schwule Gäste verkehren?**

	mehr- mals in der Woche	mehr- mals im Monat	gelegent- lich	über- haupt nicht
Cafés, Buchläden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwule Infoläden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bars/Diskos ohne Darkroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bars/Diskos mit Darkroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pornokinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club-/ Sex-Parties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lederlokale, -clubs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwule Saunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiletten/Klappen, Parks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportstudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) **Wie hoch würden Sie den Anteil Ihrer Sexualpartner einschätzen, die Sie in den letzten zwölf Monaten über Kontaktseiten im Internet kennen gelernt haben?**

- alle
- die meisten
- mehr als die Hälfte
- weniger als die Hälfte
- einige
- keinen

19) **Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten folgende Mittel konsumiert?**

	gar nicht	1-2 Mal	gelegentl.	häufiger	regelmäßig
Muskelaufbaupräparate (Anabolika)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poppers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (Marihuana, Hasch etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viagra, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphetamine, Speed, Crystal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamin, Special K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich nehme keine solchen Substanzen

20) **Ist Ihre Homosexualität folgenden Personen bekannt und wird sie von ihnen akzeptiert?** (bitte machen Sie zu allen in Frage kommenden Vorgaben eine Angabe)

	weiß nicht	bekannt	akzeptiert	nicht akzeptiert	nicht vorhanden
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einem od. mehreren Ihrer Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitskollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den meisten Ihrer heterosexuellen Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie mit einer Frau zusammenleben: Ihrer Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21) **Wie setzt sich Ihr engerer Freundeskreis zusammen?** (bitte nur eine Angabe)

- überwiegend aus schwulen Männern
- überwiegend aus nichtschwulen Männern und Frauen
- aus beiden gleichermaßen
- ich habe keinen engeren Freundeskreis

22) **Wohnen Sie...?**

- alleine
- mit Ihrem Freund (feste Beziehung)
- mit Ihrer Frau/Partnerin
- mit schwulen Männern in einer WG
- mit einem oder mehreren Freunden/Freundinnen
- bei Ihren Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten

23) **Im Jahre 2001 ist eine staatlich anerkannte eingetragene Partnerschaft für Schwule und Lesben eingeführt worden. Würden Sie eine solche eingetragene Partnerschaft eingehen?**

- Ja, ich bin eine solche schon eingegangen
- Ja, möglicherweise mit meinem jetzigen Freund
- Ja, unter Umständen
- Nein, wahrscheinlich nicht
- Nein, auf keinen Fall

24) **Wie ist das bei heterosexuellen Menschen, zu denen Sie eine stärkere emotionale Bindung haben: Ist es Ihnen wichtig, dass diese von Ihrer Homosexualität wissen?**

- Ja, dies ist mir wichtig bei allen/fast allen für mich emotional bedeutsamen Menschen
- Ja, dies ist mir wichtig, aber nur bei einigen für mich emotional bedeutsamen Menschen
- Nein, ich ziehe es vor, auch diesen Menschen gegenüber meine Homosexualität zu verbergen

25) **Waren Sie in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalttätigkeiten, die sich gegen schwule Männer richteten?**

- Nein
- Ja, ich wurde angepöbelt, beschimpft, beleidigt
- Ja, ich wurde angerempelt, geschlagen, ohne Verletzungsfolgen
- Ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten mit leichteren Verletzungen
- Ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten mit schwereren Verletzungen (ärztliche Behandlung notwendig)
- Ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten mit lebensgefährlichen Verletzungen

## II. WIE INFORMIEREN SIE SICH UND WAS WISSEN SIE ÜBER AIDS?

26) **Soweit Sie wissen, überträgt sich HIV durch:** (mehrere Angaben möglich)

- Speichel
- Sperma
- Kot, Urin
- Blut
- Hautkontakt

27) **Was sagt ein positives Ergebnis des HIV-Antikörpertests (sog. AIDS-Test) aus?** (bitte nur eine Angabe)

- dass man an AIDS erkrankt ist
- dass man das AIDS-Virus im Körper hat
- dass man gegen AIDS immun ist

28) **Haben Sie sich in den letzten zwölf Monaten zum Thema AIDS informiert?**

- gelegentlich
- regelmäßig
- gar nicht

**Wenn Ja: Woher beziehen Sie Ihre Informationen zum Thema AIDS?** (mehrere Angaben möglich)

- über die Presse (Tages- u. Wochenzeitungen)
- das Fernsehen
- das Radio
- schwule Zeitungen
- medizinische Fachliteratur, -zeitschriften, Allgemeinliteratur
- Informationsmaterial der AIDS-Hilfen
- telefonische Beratung
- Ihren Arzt
- Unterricht an Schulen
- Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Großflächenplakate der BZgA
- Informationsmaterial der BZgA
- die Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen
- durch Gespräche im Freundeskreis
- sonstige Quellen

**Über das Internet:**

- Info-Angebote der AIDS-Hilfen
- Online-Beratung der AIDS-Hilfen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- sonstige Internet-Quellen

**Wenn nicht, weil:**

(bitte nur eine Angabe und dann weiter mit Frage 30)

- zuviel über AIDS gebracht wird
- ich es vorziehe, nichts darüber zu wissen
- ich mich ausreichend informiert fühle

29) **Welches war(en) für Sie die wichtigste(n) Informationsquelle(n) zu AIDS?** (mehrere Angaben möglich)

- die Presse (Tages- u. Wochenzeitungen)
- das Fernsehen
- das Radio
- schwule Zeitungen
- medizinische Fachliteratur, -zeitschriften, Allgemeinliteratur
- Informationsmaterial der AIDS-Hilfen
- telefonische Beratung
- mein Arzt
- Unterricht an Schulen
- Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Großflächenplakate der BZgA
- Informationsmaterial der BZgA
- die Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder med. Untersuchungseinrichtungen
- Gespräche im Freundeskreis
- sonstige Quellen

**Über das Internet:**

- Info-Angebote der AIDS-Hilfen
- Online-Beratung der AIDS-Hilfen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- sonstige Internetquellen

30) **Welche Materialien (Plakate, Faltblätter, Broschüren usw.) der Deutschen AIDS-Hilfe sind Ihnen bekannt?**

- Plakate
- Postkarten
- Faltblätter, Broschüren
- Anzeigen in der Schwulenpresse
- sonstiges
- überhaupt nichts (bitte weiter mit Frage 31)

31) **Wo haben Sie diese Materialien erhalten bzw. gesehen?**

- in Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen
- auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen der AIDS-Hilfe-Gruppen
- auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen anderer Organisationen
- bei Gesprächen mit AIDS-Hilfe Mitarbeitern in der Subkultur
- beim Besuch einer regionalen AIDS-Hilfe
- beim Besuch eines Gesundheitsamtes
- in Kliniken, Apotheken, bei Ärzten
- durch Bekannte und Freunde
- auf sonstigem Wege

## III. SIND FREUNDE, BEKANNTE VON IHNEN ODER SIE SELBST VON AIDS BETROFFEN?

32) **Sind in Ihrem Umkreis?**

	Test positiv	an AIDS erkrankt	an AIDS gestorben
der feste Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
enge Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualpartner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33) Haben Sie den HIV-Antikörpertest (sog. AIDS-Test) machen lassen?**

- Nein (weiter mit Frage 41)
- Ja

wenn Ja, wie oft: \_\_\_\_\_  
(bitte Anzahl der Tests eintragen)

**34) Was war das Ergebnis Ihres letzten HIV-Antikörpertests (sog. „AIDS-Test“)?**

- Ich bin *nicht* mit HIV infiziert (HIV-negativ) (weiter mit 37)
- Ich bin mit HIV infiziert (HIV-positiv)

**35) In welchem Jahr wurden Sie erstmalig HIV-positiv getestet?** (nur wenn HIV-positiv)

\_\_\_\_\_ (bitte das Diagnosejahr eintragen)

- Der positive HIV-Test war mein erster HIV-Test überhaupt (nur wenn HIV-positiv)

**36) Werden Sie gegenwärtig wegen einer HIV-Infektion behandelt?** (nur wenn HIV-positiv)

**Ja:** (mehrere Angaben möglich)

- medikamentöse Kombi-Therapie
- naturheilkundliche Therapie
- Psychotherapie

**Nein:** (mehrere Angaben möglich)

- Ich will keine Therapie
- Mein Arzt hat noch nicht dazu geraten
- Ich will noch warten

**37) In welchem Jahr war Ihr letzter negativer HIV-Test?** (alle Teilnehmer mit Test)

\_\_\_\_\_ (bitte das Diagnosejahr eintragen)

**38) Was gab für Sie den Ausschlag, den letzten Test durchführen zu lassen?** (wenn mehrere Gründe, bitte den Wichtigsten angeben)

- eigene Initiative
- Initiative meines festen Freundes
- der Test wurde ohne mein Wissen durchgeführt
- der Test wurde auf ärztlichen Rat durchgeführt
- der Test wurde auf Veranlassung des Arbeitgebers, einer Versicherungsgesellschaft usw. durchgeführt

**39) Welches waren Ihre Gründe, den letzten Test durchführen zu lassen?** (mehrere Angaben möglich)

- Ich wollte wissen, ob ich infiziert bin
- Ich bemerkte Krankheitsanzeichen, die möglicherweise auf eine AIDS-Erkrankung hinwiesen
- Ich wollte die Möglichkeit haben, mich frühzeitig behandeln zu lassen
- Ich dachte, ich sei so besser vorbereitet, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern
- Ich wurde gezwungen, den Test durchführen zu lassen
- Ich hatte einen/mehrere Risikokontakt(e)
- Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten

**40) Haben Sie mit jemand anderem über das Testergebnis gesprochen?** (mehrere Angaben möglich)

- mit Ihrem festen Freund
- mit engen Freunden/Freundinnen
- mit anderen Freunden, Bekannten
- mit Familienangehörigen
- mit einem/r therapeutischen Berater/in
- mit niemandem

**41) Welches waren Ihre Gründe, keinen Test machen zu lassen?**

- Ich fühle mich nicht gefährdet
- Die Anonymität ist nicht gewahrt
- Ich habe kein Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Testergebnisses
- Das Testergebnis könnte gegen mich verwandt werden
- Ein positives Testergebnis könnte den Ausbruch der Krankheit beschleunigen
- Ich habe Angst vor einem positiven Testergebnis
- Ein Test bringt überhaupt nichts
- eine Beratung zum Test

**42) Wenn sie zur Zeit einen festen Freund haben, ist dieser Freund?**

- nicht getestet
- Test-negativ
- Test-positiv
- an AIDS erkrankt
- Ich weiß es nicht
- Ich habe gegenwärtig keinen festen Freund

**43) Haben Sie von den antiretroviralen Medikamenten (Kombi-Therapien) gegen HIV gehört?**

- Ja, ich fühle mich gut informiert
- Ja, ich bin weniger gut informiert
- Nein

**44) Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?** (bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

**Die antiretroviralen Medikamente (Kombi-Therapien) gegen HIV bewirken:**

	stim-	stim-	stim-	stim-
	me	me	me	me
	voll	eher	nicht	gar
	zu	zu	zu	zu

dass behandelte Menschen mit HIV und AIDS das Virus nicht mehr übertragen

dass nach einem Risiko-kontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann

dass Menschen mit HIV und AIDS länger leben

dass AIDS endgültig geheilt werden kann

als Nicht-Infizierter habe ich wegen der neuen Therapie-möglichkeiten weniger Angst, mich anzustecken

als HIV-Positiver bin ich wegen der neuen Therapie-möglichkeiten weniger besorgt

als HIV-Positiver, der behandelt wird, bin ich weniger besorgt, Sexpart-ner anzustecken

**45) Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?** (bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

**Die antiretroviralen Medikamente (Kombi-Therapien) gegen HIV haben zur Folge:**

	stim-	stim-	stim-	stim-
	me	me	me	me
	voll	eher	nicht	nicht
	zu	zu	zu	zu

dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher

dass ich mich selbst beim Sex weniger schützte als früher

**46) Wann haben Sie sich zuletzt Gedanken darüber gemacht, ob Sie sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit angesteckt haben könnten (nicht HIV)?**

- in den letzten 12 Monaten
- in den letzten 5 Jahren
- länger her
- bisher noch nicht

**Wenn sie sich Gedanken gemacht haben, sind Sie deswegen zum Arzt gegangen?**

- Ja, zum Arzt gegangen
- Nein, nicht zum Arzt gegangen

**47) Hatten Sie schon einmal sexuell übertragbare Krankheiten?**

- Nein
- Ja, in den letzten 12 Monaten
- Ja, davor
- Ja, in den letzten 12 Monaten u. auch davor

**Wenn ja, welche:**

	in den letzten 12 Monaten	da-vor	überhaupt nicht
genitaler Tripper (Gonorrhö im Penis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
analer Tripper (Gonorrhö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
genitale / anale Chlamydieninfektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
genitaler / analer Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feigwarzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**IV. WIE REAGIEREN SIE AUF DIE GEFAHR, SICH ANZUSTECKEN?**

**48) Wie reagieren Sie auf HIV und AIDS in Ihrem Sexualverhalten?** (mehrere Angaben sind möglich)

- Ich achte auf das gesunde Aussehen meiner Sexualpartner
- Ich vermeide bestimmte Treffpunkte
- Mein fester Freund und ich haben keinen Sex mit anderen Männern
- Ich benutze beim Sex mit anderen Partnern immer Kondome
- Ich habe ungeschützten Analverkehr nur noch mit Männern mit dem gleichen Test-ergebnis
- Ich habe mich entschlossen, mein Sexualverhalten nicht zu ändern, auch wenn ich manchmal Risiken dabei eingehe
- Es fällt mir schwer, mein Sexualverhalten zu ändern, um das Infektionsrisiko zu vermindern
- Ich ficke meinen festen Freund ohne Kondom und ziehe raus, bevor ich komme
- Ich ficke andere Partner ohne Kondom und ziehe raus, bevor ich komme
- Ich lasse mich von meinem festen Freund ohne Kondom ficken und er zieht raus, bevor er kommt
- Ich lasse mich von anderen Partnern ohne Kondom ficken und sie ziehen raus, bevor sie kommen
- Ich nehme beim Analverkehr vor allem die eindringende Position ein
- Ich nehme beim Analverkehr vor allem die aufnehmende Position ein

**49) Spritzen Sie beim Sex mit anderen Partnern in deren Mund ab?**

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

**50) Spritzen andere Partner in Ihrem Mund ab?**

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

**51) Haben Sie zur Zeit Kondome zu Hause oder in Ihrer Tasche?**

- Ja
- Nein

**52) Oft ist die Ansicht zu hören, Kondome seien beim Sex sehr störend: Halten Sie diese Meinung für zutreffend?**

- trifft völlig zu
- trifft nur zum Teil zu
- trifft nicht zu
- ich finde die Frage schwer zu beantworten

**53) Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen Testergebnis Sie nicht kannten?**

- Ja
- Nein

**Wenn Ja: Wie oft kam dies in den vergangenen zwölf Monaten vor?**

	1-2 Mal	3-4 Mal	5-10 Mal	jeden Monat	jede/ fast je- de Wo.
mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**54) Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, der ein anderes Testergebnis hatte als Sie?**

- Ja
- Nein
- ich weiß es nicht

**Wenn Ja: Wie oft kam dies in den vergangenen zwölf Monaten vor?**

	1-2 Mal	3-4 Mal	5-10 Mal	jeden Monat	jede/ fast je- de Wo.
mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**55) Haben Sie jemals nach einem ungeschützten sexuellen Kontakt daran gedacht, Medikamente einzunehmen, um eine HIV-Infektion zu verhindern?**

- Ja, ich habe solche Medikamente bereits eingenommen
- Ja, daran habe ich schon gedacht, aber noch keine Medikamente eingenommen
- Nein, davon habe ich noch nie gehört
- Nein, davon habe ich zwar gehört, aber ich weiß nicht, wohin ich gehen müsste
- In einer solchen Situation würde ich keine Medikamente einnehmen

**V. FRAGEN ZU IHRER PERSON**

**56) Sind Sie**

- männlich
- weiblich

**57) In welchem Jahr sind Sie geboren?**

19\_\_\_\_\_ (bitte Ihr Geburtsjahr eintragen)

**58) Sind Sie**

- ledig
- verheiratet
- eingetragene Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

**59) Haben Sie Kinder?**

- Nein
- Ja

**Wenn Ja: Leben Sie mit Ihren Kindern zusammen?**

- Nein
- Ja

**60) Welchen Bildungsabschluss haben Sie bzw. welchen Abschluss streben Sie an?**

- Haupt- oder Volksschule bzw. Polytechnische Oberschule (8./9. Klasse)
- Mittlere Reife, Fachschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule (10. Klasse)
- Abitur, erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss bzw. Abitur
- Abschluss einer höheren Fachschule (z. B. Ingenieurschule, Fachhochschule)
- Hochschulabschluss

**61) Sind Sie augenblicklich in einer oder mehreren dieser Organisationen und Gruppen aktiv oder Mitglied? (mehrere Angaben möglich)**

- DGB-Gewerkschaften
- politische Parteien
- Schwulengruppen
- Aids-Hilfe
- Bürgerinitiativen u. ähnliches
- Kirchen/Glaubensgemeinschaften
- in keiner

**62) Welcher Glaubensgemeinschaft gehören Sie an, bzw. welche hat Sie am meisten beeinflusst? (bitte nur eine Antwort)**

- katholische Kirche
- evangelische Kirche (einschl. Freikirchen)
- Judentum
- Islam
- andere Religionen
- Laizismus, Freidenkertum
- keine

**63) Welche berufliche Stellung nehmen Sie gegenwärtig ein? (wenn Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind, machen Sie bitte auch eine Angabe zu Ihrer letzten beruflichen Stellung)**

- einfacher oder mittlerer Angestellter
- höherer oder leitender Angestellter
- Beamter des einfachen oder mittleren Dienstes
- Beamter des gehobenen oder höheren Dienstes
- ungelernter od. angelernter Arbeiter
- Facharbeiter
- freiberuflich Tätiger (z. B. Architekt, Rechtsanwalt)
- Selbständiger (z. B. Handwerker, Gewerbetreibender)
- geringfügig beschäftigt

- arbeitslos
- Rentner/Pensionär
- Wehr-/Ersatzdienst
- Student
- Auszubildender
- Schüler

**64) Wie viel Geld haben Sie monatlich zur Verfügung (Netto-Einkommen)?**

- unter 400 €
- 401 - 600 €
- 601 - 1000 €
- 1001 - 1500 €
- 1501 - 2000 €
- 2001 - 3000 €
- 3001 - 5000 €
- mehr als 5000 €

**65) Wie viele Einwohner hat Ihr gegenwärtiger Wohnort?**

- weniger als 20 000
- 20 000 - 100 000
- 100 000 - 500 000
- 500 000 - 1 Mio.
- über eine Mio.

**66) Wenn Sie gegenwärtig in einem Ort mit weniger als 500 000 Einwohnern leben: Wie weit ist die nächste Großstadt (Stadtzentrum) mit mehr als 500 000 Einwohnern entfernt?**

- weniger als 50 km
- 51 - 100 km
- mehr als 100 km

**67) In welcher Postleitzahlregion leben Sie überwiegend?**

\_\_\_\_\_ (bitte die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl eintragen)

- ich lebe nicht in Deutschland sondern in:

\_\_\_\_\_ (bitte Staat eintragen)

**68) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**

- deutsche
- andere: \_\_\_\_\_

**69) Welche Sprache wird bei Ihnen zuhause überwiegend gesprochen?**

\_\_\_\_\_ (bitte Sprache angeben)

**70) Haben Sie sich an dieser Umfrage in früheren Jahren beteiligt?**

- Nein
- Ja

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in einem frankierten Briefumschlag zurück an:

**Befragung über die schwule Presse  
Michael Bochow / Axel J. Schmidt  
c/o Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Dieffenbachstraße 33  
10967 Berlin**

### XIII Literatur

- Antoniou T & Tseng AL (2002). Interactions Between Recreational Drugs and Antiretroviral Agents. *The Annals of Pharmacotherapy*. 36(10): 1598-1613
- Arbeitsgemeinschaft Online Forschung (AGOF) (2007). Internet facts 2007-II. <http://www.agof.de/berichtsbaende-internet-facts.296.html>
- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R & Puren A (2005). Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Medicine*. 2(11): e298
- Bailey RC, Moses S, Partker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, Williams CFM & Campbell RT (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *The Lancet*. 369(9562): 643-656
- Benotsch EG, Kalichman S & Cage M (2002). Men who have met partners via the internet: Prevalence, predictors, and implications for HIV prevention. *Archives of Sexual Behaviour*. 31(2): 177-183
- Bochow M (1993). *Die Reaktionen homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1994). *Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS - Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum Bd. 16
- Bochow M (1997). *Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum Bd. 31
- Bochow M (2001). *Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. Neue Entwicklungen. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum Bd. 40
- Bochow M, Wright MT & Lange M (2004). *Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, AIDS-Forum Bd. 48
- Bochow M (2005). *Ich bin doch schwul und will das immer bleiben. Schwule Männer im dritten Lebensalter*. Hamburg: Männerschwarm Skript Verlag
- Bochow M, Schmidt AJ & Grote S (2008). "Das schnelle Date". Internetgestützte Sexkontakte und HIV-Infektionsrisiko. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Internetbefragung (2006).
- Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L & Elford J (2005). Gay men who look for sex in the Internet: is there more HIV/STI risk with online partners? *AIDS*. 19: 961-968
- Bolding G, Davis M, Hart G, Sherr L & Elford J (2006). Heterosexual men and women who seek sex through the Internet. *International Journal of STI and AIDS*. 17: 530-534
- Boos C, Wulff P, Kujath P & Bruch H-P (1998). Medikamentenmißbrauch beim Freizeitsportler im Fitneßbereich. *Deutsches Ärzteblatt*. 95(16): A-953-A957
- Bundesagentur für Arbeit (2007). Monatsbericht April 2007. 4 & 49,
- BZgA (2006). Repräsentativerhebung: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005 - Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS - Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

- Campo J, Perea MA, del Romero J, Cano J, Hernando V & Bascones A (2006). Oral transmission of HIV, reality or fiction? An update. *Oral diseases*. 12: 219-228
- Colfax G & Guzman R (2006). Club Drugs and HIV infection: A Review. *Clinical Infectious Diseases*. 42(10): 1463-1469
- Crepaz N, Hart T & Marks G (2004). Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA*. 292: 224-236
- Dannecker M (1994). Im Liebesfall. *Aktuell - Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe*. 7: 16-20
- Dannecker M (2000). Wider die Verleugnung der sexuellen Wünsche. *AIDS Infothek*. 12(1): 4-10
- Dannecker M (2002). Erosion der HIV-Prävention. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 15(1): 58-64
- Deutsche AIDS-Hilfe (1992). Positionspapier des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe zum Test.
- Deutsche AIDS-Hilfe (2005). test? Informationen rund um den HIV-Test. 5. Auflage, herausgegeben von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin.
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, Kiwanuka N, Moulton LH, Quinn TC & Wawer MJ (2007). Male circumcision for HIV prevention for men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *The Lancet*. 369(9562): 657-666
- Green AI & Halkitis PN (2006). Crystal methamphetamine and sexual sociality in an urban gay subculture: An elective affinity. *Culture, Health & Sexuality*. 8(4): 317-333
- Halkitis PN & Parsons JT (2003). Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*. 15(3): 367-378
- Hospers HJ, Kok G, Haterink P & de Zwart O (2005). A new meeting place: chatting on the Internet, e-dating and sexual risk behaviour among Dutch men who have sex with men. *AIDS*. 19(10): 1097-1101
- Klitzman R (2006). From "Male Bonding Rituals" to "Suicide Tuesday": A Qualitative Study of Issues Faced by Gay Male Ecstasy (MDMA) Users. *Journal of Homosexuality*. 51(3): 7-32
- Lampinen TM, Mattheis K, Chan K & Hogg RS (2007). Nitrite inhalant use among young gay and bisexual men in Vancouver during a period of increasing HIV incidence. *BMC Public Health*. 7: 35
- Maneo (2007). Gewalterfahrungen von schwulen und bisexuellen Jugendlichen und Männern in Deutschland. Ergebnisse der MANEO-Umfrage 2006/2007.  
<http://www.maneo.de/umfrage-berichti.pdf>
- Martin J, Roland M, Neilands T, Krone M, Bamberger J & Kohn R (2004). Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behaviour. *AIDS*. 18: 787-792
- May MT, Sterne JA, Costagliola D, Sabin CA, Phillips AN, Justice AC, Dabis F, Gill J, Lundgren J, Hogg RS, de Wolf F, Fätkenheuer G, Staszewski S, Monforte A, Egger M & ART-Cohort-Collaboration (2006). HIV treatment response and prognosis in Europe and North America in the first decade of highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis. *Lancet*. 368: 451-458

- McFarlane M, Bull S & Rietmeijer C (2000). The internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA*. 284(4): 443-446
- Migration Research Group (2007). focus migration. Länderprofil. Deutschland. [www.focus-migration.de/Deutschland\\_Update.1509.o.html](http://www.focus-migration.de/Deutschland_Update.1509.o.html)
- Orenstein A (2001). Substance Use Among Gay and Lesbian Adolescents. *Journal of Homosexuality*. 41(2): 1-15
- Peugh J & Belenko S (2001). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*. 33(3): 223-232
- Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, David-Spickermann M & Bartsch G (2007). Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2006/2007.
- Plankey MW, Ostrow DG, Stall RD, Cox C, Li X, Peck JA & Jacobson LP (2007). The relationship between methamphetamine and popper use and risk of HIV seroconversion in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 45(1): 85-92
- Robert Koch-Institut (2007). Syphilis in Deutschland im Jahr 2006 und Trends seit 2001. *Epidemiologisches Bulletin*. 29: 257-263
- Roloff J (2004). Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand und Veränderungen des Gesundheitszustandes. Ergebnisse des Lebenserwartungssurveys des BiB. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft., Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)
- Romanelli F & Smith KM (2004). Recreational Use of Sildenafil by HIV-Positive and -Negative Homosexual/Bisexual Males. *The Annals of Pharmacotherapy*. 38(6): 1024-1030
- Rosenbrock R & Schaeffer D (2002). *Die Normalisierung von AIDS. Politik - Prävention - Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung, Bd. 23*. Berlin
- Schechter M, do Lago R, Mendelsohn A, Moreira R, Moulton L & Harrison L (2004). Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure prophylaxis for HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 35: 519-525
- Schmidt AJ, Marcus U & Hamouda O (2007). KABaSTI-Studie - Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen. Aufbau einer deutschlandweiten 2nd Generation Surveillance für HIV und andere übertragbare Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. mimeo, Robert Koch-Institut: Berlin
- Şen F (2002). Türkische Minderheit in Deutschland. In: Informationen zur politischen Bildung (Heft 277). Bundeszentrale für politische Bildung
- Statistisches Bundesamt Deutschland, WZB & ZUMA (2006). *Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung

- Templeton DJ, Jin F, Prestage G, Donovan B, Imrie J, Kippax S, Kaldor J & Grulich A (2007). Circumcision status and risk of HIV seroconversion in the HIM cohort of homosexually active men in Sydney. <http://www.ias2007.org/pag/Abstracts.aspx?SID=55&AID=2465>
- Terney R & McLain LG (1990). The use of anabolic steroids in high school students. *American Journal of Diseases of Children*. 144(1): 99-103
- Tewksbury R (2003). Bareback sex and the quest for HIV: Assessing the relationship in Internet personal advertisements of men who have sex with men. *Deviant Behaviour*. 24: 467-482
- Urbina A & Jones K (2004). Crystal Methamphetamine, Its Analogues, and HIV-Infection: Medical and Psychiatric Aspects of a New Epidemic. *Clinical Infectious Diseases*. 38(6): 890-894
- Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E & Flepp M (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*. 89(5): 165-169
- Vittinghoff E, Douglas J, McKirnan D, MacQueen K & Buchbinder S (1999). Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology*. 150(3): 306-312
- Waldo CR, Stall RD & Coates TJ (2000). Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behaviour in gay men? *AIDS*. 14(8): 1035-1039
- Wilson T & DeHovitz JA (1997). STDs, HIV, and Crack Cocain: A Review. *AIDS Patient Care and STDs*. 11(2): 62-66
- Young RM & Meyer IH (2005). The Trouble With "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*. 95(7): 1144-1149





