

AiDS-FORUM DAH

61

Schwule Männer und HiV / AiDS 2013

**Schutzverhalten und
Risikomanagement in den Zeiten
der Behandelbarkeit von HiV**

**Jochen Drewes
Martin Kruspe**

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

März 2016
Bestellnummer: 031061
Korrektur und Umschlaggestaltung:
dia° Netzwerk für Kommunikation, Berlin
Gestaltung: Oliver Miersch, Berlin
Druck: Druckerei Conrad GmbH, Berlin

Spenden an die DAH

Berliner Sparkasse
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELADEVB33XXX
Online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen,
indem Sie Fördermitglied werden.

Nähere Informationen unter
www.aidshilfe.de oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und
besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschafts-
beiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Schwule Männer und HIV/AIDS 2013

Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV

Jochen Drewes

Martin Kruspe

**Dieser Bericht wurde unter Mitarbeit
von Tilmann Wagner und Jennifer Ebert angefertigt.**

Die Autoren danken (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Michael Bochow

Martyna Gassowski

Dr. Burkhard Gusy

Stefan Jäkel

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Gesa Kupfer

2

Dr. Ulrich Marcus

Ines Perea

Todd Sekuler

Dr. Dirk Sander

Dr. Axel J. Schmidt

Jürgen Töppich

Dr. Ursula von Räden

Die Autoren danken zudem allen Teilnehmern, die den Onlinefragebogen beantwortet haben. Dank gilt auch den Betreibern der Internetportale, die uns bei der Gewinnung von Teilnehmern unterstützt haben:

planetromeo.com

gayroyal.com

queer.de

homo.net

dbna.de

und allen anderen Betreibern von Websites sowie Privatpersonen, die in der Zielgruppe auf diesen Onlinefragebogen hingewiesen haben.

**Den Fragebogen schicken wir Ihnen gern als PDF zu:
zentrale@dah.aidshilfe.de**

Dieses Forschungsvorhaben wurde gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	9
I. Einleitung und Methodik	27
1.1 Vorgeschichte der Studie	28
1.2 Ziele und Vorgehen	29
1.3 Durchführung der Erhebung und realisierte Nettostichprobe	31
1.4 Aufbau des Berichts	33
II. Zusammensetzung der Stichprobe	35
2.1 Zugangswege zur Befragung	35
2.2 Alter	37
2.3 Größe des Wohnorts	38
2.4 Bundesland	39
2.5 Bildung und sozioökonomischer Status	40
2.6 Migrationshintergrund	44
2.7 Diskussion der Stichprobencharakteristika	47
III. Lebenssituation schwuler und anderer Männer, die Sex mit Männern haben	53
3.1 Sexuelle Orientierung	53
3.2 Beziehungsstatus, Beziehungsdauer und Beziehungswunsch	55
3.3 Offenheit hinsichtlich der sexuellen Orientierung gegenüber dem familiären Umfeld	60
3.4 Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld	63
3.5 Zusammensetzung des Freundeskreises	65
3.6 Besuche schwuler Szeneorte	67
3.7 Besuche schwuler Kontaktportale im Internet	71
3.8 Zusammenfassung und Fazit	74

IV. Psychische Gesundheit, Substanzkonsum und Gewalterfahrungen	77
4.1 Psychisches Wohlbefinden	78
4.2 Inanspruchnahme professioneller Hilfe	85
4.3 Internalisierte Homonegativität	89
4.4 Übermäßiger Alkoholkonsum	94
4.5 Substanzkonsum	97
4.6 Methamphetamin	100
4.7 Antihomosexuelle Gewalterfahrungen	104
4.8 Zusammenfassung und Fazit	107
V. Sexualität und Risikoverhalten von schwulen und anderen MSM in festen Beziehungen mit einem Mann	113
5.1 Sexuelle Praktiken mit dem festen Partner	114
5.2 Kondomnutzung mit dem festen Partner	116
5.3 Zur Häufigkeit von Risikokontakten in festen Beziehungen	123
5.4 Negotiated Safety – ausgehandelte Sicherheit	124
5.5 Zusammenfassung und Fazit	130
VI. Sexualität und Risikoverhalten von HIV-negativen und ungetesteten schwulen und anderen MSM außerhalb fester Beziehungen	133
6.1 Anzahl der anderen Sexualpartner	134
6.2 Sexuelle Praktiken mit anderen Sexualpartnern	136
6.3 Kondomgebrauch mit anderen Sexualpartnern	138
6.4 Einstellungen zu Kondomen	143
6.5 Ungeschützter Analverkehr und Häufigkeit von Risikokontakten	145
6.7 Nutzung von Risikomanagementstrategien	159
6.8 Zusammenfassung und Fazit	166

	VII. HIV-Testverhalten	173
	7.1 Aktueller HIV-Test	174
	7.2 Gründe und Setting des letzten negativen HIV-Tests	182
	7.3 Zusammenfassung und Fazit	191
	VIII. HIV-positive schwule und andere MSM: Lebenssituation, Umgang mit der HIV-Infektion und Sexualverhalten	193
	8.1 Zur Lebenssituation HIV-positiver schwuler und anderer MSM	194
	8.2 Umgang mit der HIV-Infektion	195
	8.3 Internalisiertes HIV-Stigma	198
	8.4 Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand und psychische Gesundheit in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus	202
6	8.5 Sexuelles Risiko- und Schutzverhalten in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus und der Viruslast	206
	8.5.1 Anzahl der Sexualpartner und sexuelle Praktiken	206
	8.5.2 Kondomgebrauch und Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern	208
	8.6 Zur Bedeutung der Viruslast für das sexuelle Risikoverhalten	216
	8.7 Zusammenfassung und Fazit	219
	IX. Medizinische Präventionsstrategien	223
	9.1 Postexpositionsprophylaxe	224
	9.2 Präexpositionsprophylaxe	227
	9.3 Wahrgenommene Konsequenzen der antiretroviralen Medikamente	233
	9.4 Wahrgenommene Konsequenzen der antiretroviralen Medikamente aus Sicht von HIV-Positiven	239
	9.5 Zusammenfassung und Fazit	241

X. Sexuell übertragbare Infektionen	245
10.1 Testverhalten hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen	246
10.2 Lebenszeitprävalenzen und Inzidenzen viraler sexuell übertragbarer Infektionen	248
10.3 Inzidenzen bakterieller sexuell übertragbarer Infektionen	252
10.4 Zusammenfassung und Fazit	255
XI. Informationsverhalten und Informationsbedarfe	257
11.1 Informationsbedarfe zu sexuell übertragbaren Infektionen	259
11.2 Kenntnis und Nutzung von Präventionsangeboten	263
11.3 Kenntnis von Präventionsmaterialien	268
11.4 Reichweite und Bewertung der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU	271
11.5 Zusammenfassung und Fazit	278
Literatur	282
Anhang: Abbildungen und Tabellen	291

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

9

Methodik und Vorgehen

- Der vorliegende Bericht dokumentiert die Ergebnisse der zehnten Erhebung der deutschlandweiten Wiederholungsbefragung „Schwule Männer und HIV/AIDS“ (SMHA2013), die von November 2013 bis Januar 2014 durchgeführt wurde.
- Die Erhebung wurde vollständig internetbasiert durchgeführt, die teilnehmenden schwulen und anderen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), wurden über Internetportale rekrutiert, die sich an diese Zielgruppe wenden.

- Die Analysestichprobe umfasst 16.734 schwule und andere MSM mit einer geschlechtlichen Identität als Mann und einem aktuellen Wohnsitz in Deutschland, die mindestens ein Kriterium für eine homo- oder bisexuelle sexuelle Orientierung erfüllen: a) sexuelle Kontakte mit Männern, b) ein auf Männer gerichtetes sexuelles Begehren oder c) eine Identifikation als schwul, homosexuell oder bisexuell.
- Bei der Stichprobe handelt es sich um ein sogenanntes „Convenience Sample“, das nicht auf einer Zufallsauswahl beruht und aus diesem Grund keine Repräsentativität für die Gesamtheit aller schwulen und anderen MSM in Deutschland beanspruchen kann.

Zusammensetzung der Stichprobe

10

- Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer wurde über die Datingplattform planetromeo.com erreicht. Andere Internetplattformen (u. a. dbna.de, queer.de, gayroyal.com, homo.net) spielen eine untergeordnete Rolle. Durch diese Art der Rekrutierung der Befragungsteilnehmer werden sexuell aktive schwule und andere MSM eher erreicht und sind entsprechend in der Stichprobe überrepräsentiert.
- Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 37,6 Jahre, die Teilnehmer sind damit im Durchschnitt älter als die Teilnehmer der vorherigen Erhebungen.
- Fast die Hälfte der Teilnehmer lebt in einem Ort mit weniger als 100.000 Einwohnern. Im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen leben damit mehr Teilnehmer der aktuellen Erhebung in kleineren Städten und Gemeinden.
- In der aktuellen, wie auch in den vorherigen Erhebungen, zeigt sich ein deutlicher Bias hinsichtlich des sozioökonomischen Status und insbesondere des Bildungsniveaus der Teilnehmer. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Männer mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem niedrigen schulischen Bildungsabschluss deutlich unterrepräsentiert.

Lebenssituation

- Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer definiert sich als schwul oder homosexuell. Der Anteil der schwul identifizierten Männer ist in der Zeitreihe rückläufig, Teilnehmer berichten häufiger, dass sie sich als bisexuell identifizieren oder eine andere Bezeichnung vorziehen. Es kann nicht entschieden werden, inwiefern dieses Ergebnis tatsächlich als eine Entwicklung in der Population interpretiert werden kann oder auf Methodeneffekte zurückzuführen ist.
- Die Hälfte der Teilnehmer bezeichnet sich als Single, 38 Prozent sind in einer Beziehung mit einem Mann oder mehreren Männern, elf Prozent mit einer Frau. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer in einer Beziehung mit einem Mann erklären, in einer monogamen Beziehung zu leben, 35 Prozent geben eine offene Beziehung an, die übrigen Teilnehmer haben das Beziehungsmodell mit ihrem Partner nicht besprochen.
- Vor allem jüngere Teilnehmer sind Singles. Unter allen Singles wünschen sich 82 Prozent eine Beziehung, am weitesten verbreitet ist dieser Wunsch unter den jüngeren Teilnehmern.
- Die Homosexualität der Teilnehmer ist der Mutter und Geschwistern häufiger bekannt als dem Vater. Mutter und Geschwister werden auch häufiger als akzeptierend erlebt als der Vater. Die Bekanntheit und Akzeptanz der Homosexualität hängt vom sozioökonomischen Status der Teilnehmer ab, d. h. bei Teilnehmern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist die Homosexualität in der Familie seltener bekannt und seltener akzeptiert. Nur einer Minderheit der weiblichen Partnerinnen ist die Homosexualität ihrer männlichen Partner bekannt.
- Der Besuch der schwulen Szene ist abhängig vom Alter und vom sozioökonomischen Status. Jüngere Teilnehmer und Teilnehmer mit einem höheren sozioökonomischen Status suchen Orte der schwulen Szene häufiger auf.

Psychische Gesundheit, Gewalterfahrungen und Substanzkonsum

- Zur Einordnung der Daten wurde als Bezugsrahmen das Konzept der „Syndemieproduktion“ (z. B. Stall et al. 2008) herangezogen. Hier wird von einem wechselseitigen Zusammenhang von Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt, internalisierter Homonegativität, dem psychischen Wohlbefinden, dem Drogenkonsum und dem Gesundheitsverhalten ausgegangen.
- Die psychische Gesundheit der Teilnehmer wurde in der aktuellen Erhebung zum ersten Mal erfasst, dazu wurde ein kurzes Screeninginstrument zur Erfassung ängstlich-depressiver Symptomatik (PHQ-4) in den Fragebogen integriert. Außerdem wurde nach Diagnosen psychiatrischer Erkrankungen und nach der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen psychischer Probleme und Krisen gefragt.
- Neun Prozent der Teilnehmer erreichen auf diesem Screeninginstrument Werte, die für eine moderat ausgeprägte ängstlich-depressive Symptomatik sprechen, fünf Prozent erreichen Werte, die für eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik sprechen.
- Ein Vergleich mit männlichen Teilnehmern der bevölkerungsrepräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) zeigt, dass die Teilnehmer der SMHA-Studie über alle Altersgruppen zu einem höheren Anteil eine depressive Symptomatik aufweisen.
- 32 Prozent der Teilnehmer haben bereits psychotherapeutische oder ärztliche Leistungen wegen einer Krise oder psychischer Probleme in Anspruch genommen. Bei 18 Prozent der Teilnehmer wurde bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert.
- Ein schlechtes psychisches Wohlbefinden ist besonders bei jüngeren Teilnehmern und bei Teilnehmern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verbreitet, ein Ergebnis, das sich ähnlich auch in der Gesamtbevölkerung zeigt.

- Internalisierte Homonegativität gilt in der wissenschaftlichen Literatur als ein Prädiktor des psychischen Wohlbefindens schwuler und anderer MSM. Tatsächlich hängen beide Variablen in der vorliegenden Stichprobe zusammen. Internalisierte Homonegativität ist stärker bei jüngeren Teilnehmern und bei Teilnehmern, die in kleineren Orten leben, ausgeprägt. Teilnehmer, die gegenüber ihrem sozialen Umfeld offener mit ihrer Homosexualität umgehen, zeigen eine geringer ausgeprägte internalisierte Homonegativität, zugleich legen Teilnehmer mit einer höher ausgeprägten internalisierten Homonegativität ihre sexuelle Orientierung seltener gegenüber ihrem Hausarzt offen.
- Zur Erfassung eines übermäßigen, und damit eventuell problematischen Alkoholkonsums, wurde das Screeninginstrument AUDIT-C eingesetzt. Bei 37 Prozent der Teilnehmer kann danach ein übermäßiger Alkoholkonsum festgestellt werden. Es gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass die Teilnehmer der SMHA-Studie im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung erhöhte Prävalenzen von übermäßigem Alkoholkonsum aufweisen.
- Cannabis ist die von den Teilnehmern am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz, insgesamt 20 Prozent haben Cannabis in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert, fünf Prozent mehrmals im Monat. Insgesamt haben 23 Prozent der Teilnehmer mindestens eine psychoaktive Substanz in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert. Ein Anstieg des Konsums sogenannter „Partydrogen“ (Ecstasy und andere Amphetamine, Methamphetamin, Kokain sowie andere Substanzen) im Vergleich zur vorherigen Erhebung zeigt sich nicht.
- Psychoaktive Substanzen werden häufiger von jüngeren Teilnehmern und von HIV-positiven Teilnehmern konsumiert. Der Substanzkonsum hängt deutlich mit dem psychischen Wohlbefinden zusammen. Teilnehmer, die eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik berichten, konsumieren häufiger psychoaktive Substanzen.

- Methamphetamin-Konsum in den vergangenen zwölf Monaten (einmal oder mehrmals im Jahr) wird von zwei Prozent aller Teilnehmer berichtet (n = 250), allerdings liegt dieser Anteil mit neun Prozent unter den HIV-positiven Teilnehmern deutlich höher (n = 106). Insbesondere in Großstädten und in den Bundesländern, die an Tschechien grenzen, können erhöhte Konsumprävalenzen beobachtet werden.
- „Slamming“ (intravenöse Applikation von Methamphetamin und anderen Substanzen zur Intensivierung des sexuellen Erlebens) tritt fast ausschließlich bei einer kleinen Gruppe HIV-positiver Teilnehmer auf.
- Beim „Slamming“ werden überwiegend die Safer-Use-Regeln berücksichtigt, es wird also nur in wenigen Fällen das Spritzbesteck mit anderen Personen geteilt. Bei nasalem Konsum von Substanzen, wie Kokain, werden nur von einer Minderheit von 40 Prozent die Safer-Use-Regeln (kein Teilen des Röhrchens oder Geldscheins, um Hepatitis-C-Übertragungen zu vermeiden) immer eingehalten.

14

- 13 Prozent der Teilnehmer haben in den vergangenen zwölf Monaten nach ihrem Empfinden wegen ihrer sexuellen Orientierung verbale Gewalt und zwei Prozent physische Gewalt erfahren. Dieser Anteil ist im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen konstant (mit Ausnahme der Erhebung von 2010, bei der die Frage nach den Gewalterfahrungen anders formuliert war). Besonders jüngere Teilnehmer berichten Gewalterfahrungen, mehr als ein Drittel der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer berichten entweder symbolische oder physische Gewalterfahrungen. Gewalterfahrungen wirken sich deutlich negativ auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen aus.
- Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM notwendig ist. Schwule Männer sind spezifischen gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt, die sie vulnerabel für psychische, aber auch für physische Erkrankungen machen. Vor diesem Hintergrund ist zum Beispiel ein weiterer Ausbau von adäquaten Beratungs- und Betreuungsangeboten für schwule Männer und Angehörige anderer sexueller Minderheiten dringend erforderlich.

Schutz- und Risikoverhalten von schwulen und anderen MSM in festen Beziehungen mit einem Mann

- Die Kondomnutzung mit dem festen Partner stellt unter den Teilnehmern nicht die Regel dar. 60 Prozent der Teilnehmer, die Analverkehr mit ihrem festen Partner hatten, haben dabei in den vergangenen zwölf Monaten niemals Kondome verwendet, während 19 Prozent immer Kondome verwendet haben. In der Zeitreihe ist die Kondomnutzung innerhalb fester Partnerschaften seit 2007 rückläufig.
- Am seltensten werden Kondome in Beziehungen genutzt, in denen beide Partner den gleichen HIV-Serostatus haben. Aber auch in mehr als 50 Prozent der Beziehungen, in denen der HIV-Serostatus von mindestens einem der Partner unbekannt ist, verzichten die Teilnehmer beim Analverkehr immer auf Kondome.
- Bei HIV-serodiskordanten Paaren, unter denen generell die Kondomnutzung am meisten verbreitet ist, finden sich Hinweise auf eine aktive Nutzung der Methode „Schutz durch Therapie“, sie nutzen also die Schutzwirkung der HIV-Therapie des positiven Partners. Nur ein geringer Anteil praktiziert ungeschützten Analverkehr in dieser Konstellation, wenn die Viruslast des HIV-positiven Partners nicht unter der Nachweisgrenze ist.
- Die hohe Nichtnutzung von Kondomen unter HIV-negativ serokonkordanten Paaren ist teilweise auch Ausdruck der Risikomanagementstrategie *Ausgehandelte Sicherheit* („*Negotiated Safety*“). Bei dieser Strategie wird zwischen HIV-negativen festen Partnern dann auf Kondome in der Beziehung verzichtet, wenn ein aktuelles negatives HIV-Testergebnis für beide Partner vorliegt, wenn eine Vereinbarung über die konsistente Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern außerhalb der festen Beziehung und eine Vereinbarung über den Umgang mit Verstößen gegen diese Regel getroffen wurde. 88 Prozent der Teilnehmer in einer offenen, HIV-negativ serokonkordanten Beziehung sind eine derartige Vereinbarung über die Kondomnutzung mit ihrem festen Partner eingegangen.

- Zwar berichten Teilnehmer mit einer solchen Vereinbarung häufiger einen aktuellen HIV-Test als andere Teilnehmer in festen Beziehungen, aber auch in dieser Gruppe kann immerhin die Hälfte der Teilnehmer keinen aktuellen HIV-Test vorweisen. Zudem wird über Verstöße gegen die Vereinbarung, die von einem Fünftel der Teilnehmer berichtet werden, nur unzureichend mit dem Partner kommuniziert.
- Die HIV-Prävention muss aus diesem Grund noch deutlicher die Bedeutung eines regelmäßigen HIV-Tests für Männer in festen Beziehungen betonen, insbesondere wenn zwischen den Partnern auf die Nutzung von Kondomen verzichtet wird. Darüber hinaus sollte der Wert von Kommunikation über Beziehungsmodelle und Risikomanagementstrategien in der HIV-Prävention herausgestellt werden.

Sexualität und Risikoverhalten von HIV-negativen und ungetesteten schwulen Männern und anderen MSM außerhalb fester Beziehungen

16

- Drei Viertel der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichten sexuelle Kontakte mit anderen Partnern, das heißt mit Sexualpartnern, die nicht der feste Partner sind, in den vergangenen zwölf Monaten.
- Oralverkehr, gegenseitige Masturbation und der Austausch von Zärtlichkeiten sind die am häufigsten ausgeübten sexuellen Praktiken. Analverkehr wird von 84 Prozent der Teilnehmer praktiziert, ein Anteil, der sich im Vergleich zur Erhebung in 2010 kaum verändert hat.
- 58 Prozent der Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten, nutzen immer, zehn Prozent nie Kondome mit diesen Partnern. Im Vergleich mit den Erhebungen vor 2010 ist die Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern rückläufig, im Vergleich zu 2010 aber weitgehend stabil. Insgesamt kann entsprechend gefolgert werden, dass die Kondomnutzung mit anderen Partnern unter HIV-negativen/ungetesteten schwulen Männern und anderen MSM in den vergangenen sechs Jahren deutlich abgenommen hat.

- Ein Viertel der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichtet Risikokontakte – definiert als ungeschützter Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus – in den vergangenen zwölf Monaten. 17 Prozent sind diese Risiken sporadisch eingegangen, neun Prozent häufiger, das heißt fünf Mal und öfter in den letzten 12 Monaten. Kondomloser Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem HIV-Serostatus (25 Prozent) wird von deutlich mehr Teilnehmern praktiziert als kondomloser Analverkehr mit einem Sexualpartner mit positivem HIV-Serostatus (3 Prozent). Insgesamt ist der Anteil von Teilnehmern, die Risikokontakte berichten, seit 2010 stabil. Dies bedeutet, dass kein Anstieg des ungeschützten Analverkehrs mit HIV-positiven Sexualpartnern, deren Viruslast man nicht kennt, zu verzeichnen ist, wie es nach dem EKAF-Statement und der Diskussion um „Schutz durch Therapie“ vermutet wurde.
- Da die Kondomnutzung rückläufig ist, aber kein Anstieg in der Häufigkeit des kondomlosen Analverkehrs mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus verzeichnet werden kann, ist die rückläufige Kondomnutzung wahrscheinlich Ausdruck der Zunahme der Risikomanagementstrategie Serosorting, bei der HIV-negative Männer beim Analverkehr mit anderen HIV-negativen Männern auf Kondome verzichten. Die vorliegenden Daten erlauben allerdings leider keine Prüfung dieser Hypothese.
- Das psychische Wohlbefinden hängt – übereinstimmend mit dem Syndemieansatz – mit der Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern zusammen. Teilnehmer, die eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik berichten, nutzen seltener Kondome und berichten zu einem größeren Anteil Risikokontakte als Teilnehmer ohne Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens. Die HIV-Prävention sollte deshalb die internationalen Ergebnisse zur Existenz von Syndemien unter schwulen und anderen MSM berücksichtigen und, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM, Strategien entwickeln, die diese syndemischen Zusammenhänge aufgreifen.

- Strategien zur Reduzierung von HIV-Infektionsrisiken beim kondomlosen Analverkehr werden von 79 Prozent der Teilnehmer, die nicht durchgängig Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, berichtet. Risikomanagementstrategien werden häufiger von den Teilnehmern genutzt, die inkonsistent Kondome nutzen, als von denen, die niemals Kondome verwenden.
- Serosorting ist die am häufigsten praktizierte Strategie, wobei auch Sero-guessing weit verbreitet ist. Unter den Befragten, die explizit Serosorting betreiben, berichten nur ein Drittel eine konsequente Nutzung dieser Strategie, die übrigen Teilnehmer gehen auch Risikokontakte mit HIV-positiven Sexualpartnern und Sexualpartnern, deren HIV-Serostatus sie nicht kennen, ein.
- Die Anwendung von Risikomanagementstrategien erfordert nicht nur aktuelles Wissen über komplexe Sachverhalte, sondern stellt auch erhöhte Anforderungen an die Kommunikationskompetenzen der Anwender. Eine wichtige Aufgabe der HIV-Prävention ist deshalb nicht nur die Vermittlung von Wissen, sondern auch die Stärkung von Kommunikationskompetenzen und die Ermutigung von Kommunikation zwischen Sexualpartnern.
- Jüngere Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern nutzen unterdurchschnittlich häufig Kondome und berichten überdurchschnittlich häufig Risikokontakte. Allerdings haben in dieser Gruppe der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer viele Teilnehmer (noch) gar keine sexuellen Kontakte. Auf alle jüngeren Teilnehmer bezogen kann deshalb nicht angenommen werden, dass jüngere Männer durch ihr Verhalten generell höheren HIV-Infektionsrisiken ausgesetzt sind als ältere Männer.
- Teilnehmer, die inkonsistent Kondome nutzen, stellen eine Zielgruppe dar, die besondere Anforderungen an die HIV-Prävention stellen. Diese Männer berichten mehr Sexualpartner, eine häufigere Nutzung von Risikomanagementstrategien und mehr Risikokontakte als Männer mit konsistenter Nutzung oder Nicht-Nutzung von Kondomen. Kondomnutzung und Nutzung von Risikomanagementstrategien scheinen in dieser Gruppe nur zu einer begrenzten Risikominimierung zu führen.

Der HIV-Antikörpertest

- Bezogen auf die Gesamtheit der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer haben sich 35 Prozent der Teilnehmer noch nie auf HIV testen lassen, 38 Prozent berichten einen aktuellen HIV-Test (d. h. nicht älter als zwölf Monate), und bei 27 Prozent der Teilnehmer liegt der letzte HIV-Test mehr als ein Jahr zurück.
- Das HIV-Testverhalten hängt deutlich vom Alter ab, es sind vor allem die jüngeren Teilnehmer, die sich noch nie auf HIV testen lassen. Auch der Umgang mit der eigenen Homosexualität hängt mit dem HIV-Testverhalten zusammen. Wer seine eigene sexuelle Orientierung als problembehaftet erlebt, damit sind hier Männer gemeint, die ihre Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld geheim halten und Teilnehmer, die eine vergleichsweise hohe internalisierte Homonegativität zeigen, ist häufiger ungetestet und seltener aktuell auf HIV getestet. Die gesellschaftliche Abwertung der Homosexualität kann sich also auf das HIV-Testverhalten schwuler und anderer MSM auswirken.
- Das Ergebnis, dass Männer, die mehr Sexualpartner oder keine bzw. inkonsistente Kondomnutzung berichten, sich auch zu einem höheren Anteil überhaupt oder aktuell testen ließen, weist auf einen bewussten Umgang mit dem eigenen HIV-Infektionsrisiko hin, wie es auch in der HIV-Prävention empfohlen wird. Allerdings lässt sich ein substanzieller Anteil der Männer, die nie oder inkonsistent Kondome verwenden, gar nicht (bis zu 39 Prozent) oder nicht regelmäßig auf HIV testen (bis zu 22 Prozent).
- Wichtige Barrieren zur Durchführung eines HIV-Tests unter ungetesteten Männern sind die eigene Bewertung eingegangener Risiken als unbedeutend, das Stigma der HIV-Infektion und ein wenig selbstbewusster Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung. Ein vermeintlich hoher Preis des HIV-Tests oder der mangelnde Zugang zu Testeinrichtungen spielen unter den ungetesteten Männern kaum eine Rolle.

- In der Zeitreihe zeigt sich keine einheitliche Tendenz, so dass davon ausgegangen werden muss, dass das HIV-Testverhalten insgesamt in den letzten Jahren konstant geblieben ist. Allerdings finden sich auch Hinweise, dass der Anteil ungetesteter schwuler und anderer MSM im Zeitverlauf abnimmt.
- Knapp die Hälfte der nicht HIV-positiv getesteten Teilnehmer will sich in den kommenden zwölf Monaten auf HIV testen lassen, dabei sind es besonders die aktuell getesteten, bei denen diese Testintention besonders stark ausgeprägt ist.
- Von einer verbreiteten Routinisierung des HIV-Tests unter schwulen und anderen MSM in Deutschland, wie in der HIV-Prävention empfohlen, kann somit nicht gesprochen werden. Nur ein Anteil von maximal einem Drittel der nicht HIV-positiv getesteten Männer lässt sich routinemäßig, das heißt einmal jährlich, auf HIV testen.

20

HIV-positive schwule und bisexuelle Männer: Lebenssituation, Umgang mit der HIV-Infektion und Sexualverhalten

- Neun Prozent der Teilnehmer sind HIV-positiv. Da HIV-positive MSM in dieser Studie überrepräsentiert sind, kann diese Zahl nicht mit der HIV-Prävalenz in dieser Population gleichgesetzt werden.
- HIV-positive Teilnehmer sind älter als HIV-negative Teilnehmer, leben häufiger in größeren Städten und Metropolen, definieren sich häufiger als schwul oder homosexuell und bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als HIV-negative Teilnehmer.
- Die Internalisierung von HIV-stigmatisierenden Einstellungen wird von bis zu einem Viertel der HIV-positiven Teilnehmer berichtet. Junge Teilnehmer und kürzlich HIV-positiv getestete Teilnehmer zeigen die stärksten Ausprägungen von internalisiertem HIV-Stigma.

- Fast alle HIV-positiven Befragungsteilnehmer befinden sich in regelmäßiger medizinischer Behandlung, 90 Prozent nehmen eine antiretrovirale Therapie und 80 Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer berichten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze.
- Die Adhärenz zur ART ist in der Population sehr hoch, nur zwei Prozent haben an mehr als zwei Tagen in den vergangenen zwei Wochen ihre Medikamente nicht vorschriftsgemäß eingenommen.
- Wie in den vorhergehenden Erhebungen auch, berichten HIV-positive Teilnehmer mehr Sexualpartner und häufiger anale Sexualpraktiken als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Auch wenn die absolute Häufigkeit von sexuellen Akten nicht erfasst wurde, deuten die Informationen zu Sexualpartnern und Sexualpraktiken darauf hin, dass HIV-positive Teilnehmer in der Regel deutlich mehr Sex haben als HIV-negative Teilnehmer. Dies korrespondiert mit dem Umstand, dass schwule und andere MSM mit mehr Sexualpartnern ein höheres HIV-Infektionsrisiko haben.
- Ein deutlich geringerer Anteil der HIV-positiven Teilnehmer nutzt generell Kondome. Stattdessen werden andere Schutzstrategien wie Schutz durch Therapie sehr häufig von diesen Teilnehmern berichtet.
- Zwar finden sich in HIV-serodiskordanten Beziehungen Hinweise darauf, dass HIV-positive Männer, deren Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist, häufiger mit ihren HIV-negativen Partnern Kondome verwenden, ein solcher Zusammenhang zeigt sich jedoch kaum bei sexuellen Kontakten mit anderen Partnern.
- Eine relativ kleine Gruppe aller HIV-positiven Teilnehmer hat trotz einer Viruslast über der Nachweisgrenze ungeschützten Analverkehr mit Partnern, deren HIV-Serostatus ihnen nicht bekannt ist. Es findet sich kein Anstieg von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem HIV-Serostatus im Zeitverlauf.

Medizinische Präventionsstrategien

- Nur eine Minderheit der Teilnehmer fühlt sich über die Postexpositionsprophylaxe (PEP) gut informiert, und unter den Teilnehmern, die die PEP kennen, gibt wiederum nur eine Minderheit an, sicher zu wissen, wo sie die PEP im Ernstfall erhalten können.
- Obwohl die Wahrscheinlichkeit, die PEP zu kennen, mit der Wahrscheinlichkeit, dass die PEP benötigt wird, steigt, ist auch unter den schwulen und anderen MSM, die Risikokontakte eingehen oder eine hohe Anzahl an Sexualpartnern berichten, die Mehrheit eher schlecht über die PEP und ihre Bezugsquellen informiert. Selbst unter HIV-negativen Teilnehmern, die in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Partner leben, liegt der Anteil derer, die gut über die PEP informiert sind und sicher wissen, wo sie die PEP erhalten können, lediglich bei einem knappen Drittel.

22

- Auch wenn sich Tendenzen erkennen lassen, dass der Anteil der schwulen und anderen MSM in Deutschland mit Kenntnissen zur PEP steigt, ist die Informationslage insgesamt weiterhin als eher schlecht zu beurteilen.
- Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist unter den schwulen und anderen MSM in Deutschland zum Zeitpunkt der Erhebung kaum bekannt.
- Unter den Teilnehmern überwiegt der Wunsch nach weiteren Informationen zur PrEP; die meisten wurden wahrscheinlich bei der Beantwortung des Fragebogens zum ersten Mal mit diesem Thema konfrontiert.
- Ein Viertel der Teilnehmer schließt für sich nicht aus, die PrEP selbst zu nutzen, unter den Teilnehmern, die zu den von den CDC definierten Zielgruppen der PrEP gehören, ist dieser Anteil höher.
- Die Mehrheit der Teilnehmer würde die PrEP nur in Verbindung mit Kondomen verwenden, wie es die US-amerikanischen Leitlinien auch vorsehen, was für eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Wirksamkeit der PrEP spricht. Allerdings sagen auch mehr als zwei Fünftel der Nutzungswilligen, dass sie die PrEP mit dem Ziel nutzen würden, auf Kondome zu verzichten.

- Die antiretrovirale Therapie ist fast allen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern bekannt. Das Wissen um die verminderte bzw. Nicht-Infektiosität von antiretroviral behandelten Menschen mit HIV steigt unter MSM in Deutschland im Zeitverlauf deutlich an.
- Aus diesem Wissen werden aber kaum persönliche Konsequenzen für den eigenen Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion gezogen. Nur eine Minderheit (bis zu 23 Prozent) macht sich weniger Sorgen über eine potenzielle HIV-Infektion. Für die Existenz eines angeblich weit verbreiteten unrealistischen Therapieoptimismus, der zu einer „Sorglosigkeit“ von schwulen Männern beim Sex führe, finden sich in dieser Befragung keine Anhaltspunkte.
- HIV-positive Teilnehmer sind deutlich besser informiert und zuversichtlicher hinsichtlich der Auswirkungen der antiretroviralen Therapie auf das Krankheitsbild und die Ansteckungsgefahr als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Allerdings existiert auch unter den HIV-Positiven ein bedeutender Anteil von einem knappen Viertel der Teilnehmer, die dem Schutz durch Therapie skeptisch gegenüberstehen.

Sexuell übertragbare Infektionen

- Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer hat sich jemals auf andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV testen lassen, 29 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten. Die mit Abstand häufigste Untersuchungsmethode ist die Blutuntersuchung, mit der jedoch nur Hepatitiden und die Syphilis diagnostiziert werden können. Untersuchungen, mit denen auch eine Chlamydieninfektion und die Gonorrhö diagnostiziert werden können, wie der Urintest und rektale und urethrale Abstriche, werden deutlich seltener durchgeführt. Insgesamt ist in unserer Studie eine Untererfassung von sexuell übertragbaren Infektionen bei schwulen und anderen MSM in Deutschland anzunehmen.
- Das STI-Testverhalten ist sehr stark vom HIV-Serostatus abhängig, fast alle HIV-positiven Befragungsteilnehmer haben sich jemals auf STI testen lassen, 81 Prozent sogar in den vergangenen zwölf Monaten.

- Die Lebenszeitprävalenzen und 12-Monats-Inzidenzen für virale sexuell übertragbare Infektionen sind im Zeitverlauf konstant oder rückläufig. Lediglich die Lebenszeitprävalenz für Hepatitis C unter den HIV-positiven Männern steigt seit 2007 kontinuierlich an.
- Insgesamt drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten und 20 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer erkrankten in den vergangenen zwölf Monaten an einer von drei bakteriellen STI (Syphilis, Gonorrhö und Chlamydieninfektion). Im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen sind diese Inzidenzen seit 2007 leicht rückläufig.

Informationsverhalten und Informationsbedarfe

- Insgesamt zeigt sich, dass das Informationsverhalten schwuler und anderer MSM zu HIV/AIDS seit 2007 rückläufig ist: Der Anteil der Teilnehmer, die angeben, sich in den vergangenen zwölf Monaten zu HIV/AIDS informiert zu haben, ist von 79 Prozent im Jahr 2007 auf 69 Prozent in der aktuellen Erhebung gesunken.
- Wahrgenommene Informationsbedarfe zu sexuell übertragbaren Infektionen sind vergleichsweise hoch. Zu einigen dieser Infektionen, wie Anal- und Genitalherpes, Chlamydieninfektionen und Anal- und Genitalwarzen fühlen sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer nicht ausreichend informiert.
- Die bekannteste und von den meisten Teilnehmern genutzte Informationsquelle zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen ist die eigene Ärztin bzw. der eigene Arzt. Die Beratung im Gesundheitsamt und die Online-Beratungsangebote der Deutschen AIDS-Hilfe sind in der Population der schwulen und anderen MSM ebenfalls weitgehend bekannt und werden auch häufig genutzt.
- Die hohe Affinität der Teilnehmer zu Online-Kanälen der HIV-Prävention wird durch die hohe Bekanntheit und Nutzung der Internetseiten der Deutschen AIDS-Hilfe (inklusive der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestätigt.

- Die Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind dem überwiegenden Teil der schwulen und anderen MSM bekannt. Den höchsten Bekanntheitsgrad haben die Großflächenplakate und die Fernseh-, Kino- und Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Der Bekanntheitsgrad der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU hat seit 2010 zugenommen, 60 Prozent der Teilnehmer geben in der aktuellen Erhebung an, diese Kampagne zu kennen. Die Kampagnen-Website ist 48 Prozent aller Teilnehmer (d. h. 80 Prozent der Teilnehmer, die die Kampagne kennen) bekannt, 22 Prozent haben diese bereits besucht.
- Insgesamt wird die Kampagne von fast zwei Drittel der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, als sehr gut oder gut bewertet. Ein Viertel der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, geben an, durch sie hilfreiche Informationen erhalten zu haben. Diese Bewertung hängt sehr stark von der tatsächlichen Nutzung der Kampagne ab.

I. EINLEITUNG UND METHODIK

I. Einleitung und Methodik

27

Im Kontext der sozialespidemiologischen Forschung zur besonderen Vulnerabilität schwuler Männer im Hinblick auf HIV/AIDS und anderen STI hat sich für diese Personengruppe der Begriff der Männer, die Sex mit Männern haben („Men having sex with men“, MSM) durchgesetzt. Diese Begriffsschöpfung folgte der Einsicht, dass nicht eine homosexuelle Selbstdefinition ein Infektionsrisiko birgt, sondern gleichgeschlechtliche Sexualkontakte, und nicht jeder Mann, der gleichgeschlechtliche Sexkontakte hat, sich als schwul, homosexuell oder bisexuell identifiziert. Das Kürzel MSM ist zudem viel einfacher zu gebrauchen, als es die Aufzählung der verschiedenen Selbstdefinitionen wäre, wie Bochow et al. anführen (vgl. Bochow, Lenuweit, Sekuler & Schmidt, 2012, S. 12–13). Da der Begriff „schwul“ nicht nur titelgebend für diese Studie, von großer Bedeutung für die Identität vieler schwuler Männer und mit ihrer Emanzipationsgeschichte eng verknüpft ist, werden wir in der vorliegenden Studie den Begriff „schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben“ (kurz „schwule und andere MSM“) verwenden (vgl. dazu auch die Kritik von Young & Meyer, 2005).

1.1 Vorgeschichte der Studie

Seit mehr als 25 Jahren werden die schwulen und anderen MSM, die in Deutschland leben, im Abstand von ein bis drei Jahren gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, der sich mit ihrer Lebenssituation und ihrem Umgang mit der Bedrohung durch HIV/AIDS befasst. Zunehmend mehr schwule, aber auch andere Männer, die Sex mit Männern haben, folgten dieser Bitte und leisteten damit einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung und als Grundlage von wirksamer, zielgruppengerechter Prävention.

Seit 1987 sind diese Wiederholungsbefragungen, die unter dem Titel „SMA“ für „Schwule Männer und AIDS“ firmieren, mit dem Namen von Dr. Michael Bochow verknüpft. Die ersten beiden Befragungen, 1987 und 1988, wurden von Dr. Michael Bochow noch im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH) durchgeführt. Seit 1991 werden diese Befragungen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, finanziert.

28

Wurden die ersten Befragungen anhand von vierseitigen Papierfragebögen realisiert, die Monatszeitschriften für schwule Männer (sowohl kostenlose Programmzeitschriften als auch Monatsmagazine im Verkauf mit regionaler oder bundesweiter Reichweite) beigelegt wurden, setzte man ab 2003 auf die Möglichkeiten, die das gerade unter schwulen Männern immer populärer werdende Internet bot. Die Befragungen 2003 und 2007 wurden sowohl über Fragebögen in Printmagazinen als auch über einen Online-Fragebogen realisiert und ermöglichten interessante Vergleiche hinsichtlich der Stichprobensammensetzung und der inhaltlichen Ergebnisse zwischen beiden Erhebungsmethoden (Bochow, Schmidt & Grote, 2010; Bochow, Wright & Lange, 2004).

Die im Jahr 2010 durchgeführte SMHA-Studie stellte in verschiedener Hinsicht eine Ausnahme dar. Sie fand eingebettet in den „European MSM Internet Survey“ (EMIS) statt, einem von der Europäischen Union kofinanzierten Gemeinschaftsprojekt von Regierungs- und akademischen Institutionen sowie Nicht-Regierungsorganisationen aus 38 europäischen Ländern. Wie im selbstbewussten Motto „Be part of something huge“ angekündigt, gelang es diesem Konsortium, mit mehr als 180.000 Teilnehmern eine der umfangreichsten

MSM-Stichproben, die jemals erreicht wurden, zu rekrutieren. Zu diesem Erfolg trug die deutsche Teilstichprobe mit 54.387 MSM, das größte nationale Sample, nicht unwesentlich bei. Die Realisierung einer derart großen Stichprobe war nur möglich durch die Kooperation einer großen Zahl an nationalen und internationalen Informations- und Datingportalen, die sich an eine schwule Zielgruppe wenden und die ihre Nutzer aktiv zur Teilnahme an der EMIS/SMHA-Studie aufforderten. Für die deutsche Stichprobe war die Unterstützung durch den Anbieter Planetromeo (planetromeo.de, früher gayromeo.de) maßgeblich, über 80 Prozent der Teilnehmer fanden über dieses Portal den Zugang zum Online-Fragebogen. Zwar hatte Planetromeo bereits die SMHA-Studien in den Jahren 2003 und 2007 unterstützt, aber das aktive Anschreiben aller Nutzer, wie es im Rahmen der EMIS/SMHA-Erhebung erfolgte, war um ein Vielfaches effektiver als ein zentral auf der Startseite platzierter Link zum Online-Fragebogen. Die SMHA-Studie unterscheidet sich nicht nur durch die Teilnehmerzahl von den vorhergegangenen Studien, sondern auch inhaltlich. Die Themen des Fragebogens und der Wortlaut der Fragen wurden gemeinsam mit den europäischen Kooperationspartnern entwickelt und wichen mehr oder weniger stark von den bisherigen Inhalten der SMHA-Studie ab. Um die Kontinuität bei der Erfassung für den deutschen Kontext zentraler Fragen zu sichern, wurden Fragen, die nicht Eingang in die EMIS/SMHA-Erhebung fanden, in einem deutschen Zusatzfragebogen erfasst. Dieser wurde von über 40.000 in Deutschland lebenden Teilnehmern der EMIS/SMHA-Erhebung ausgefüllt (Bochow, Lenuweit, Sekuler & Schmidt, 2012).

1.2 Ziele und Vorgehen

Die zehnte Studie „Schwule Männer und HIV/AIDS 2013“ (SMHA2013) knüpft an die bisherigen neun Befragungen an. Sie wurde wiederum als Online-Befragung durchgeführt und über diverse Dating- und Informationsportale für schwule und andere MSM beworben. Die so entstandene „anfallende Stichprobe“ (convenience sample) ist allerdings nicht repräsentativ für die Population aller in Deutschland lebender schwulen und anderen MSM. Denn statistische Repräsentativität setzt eine Zufallsauswahl aus allen Personen, die einer Population angehören, voraus. Eine Zufallsauswahl aus einer Population, deren Umfang unbekannt ist, wie es bei schwulen und anderen MSM der Fall

ist, ist unmöglich, so dass repräsentative Studien mit umfangreichen Zufallsstichproben für diese Population bisher nicht durchgeführt werden konnten.

Das vorrangige Ziel der SMHA2013 besteht im Monitoring von sexuellem Schutz- und Risikoverhalten schwuler und anderer MSM. Dieses Ziel umfasst in erster Linie die Abschätzung der Prävalenz und Zeitstabilität von sexuellem Risiko- und Schutzverhalten in dieser Population. Weitere Ziele bestehen unter anderem in der Erfassung von Lebensstilen und Lebenssituation, von sexuellen Praktiken in und außerhalb fester Beziehungen, in der Erfassung des Substanzkonsums, der Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests, der selbstberichteten Diagnosen von STI und des Umgangs von HIV-positiv diagnostizierten MSM mit ihrer HIV-Infektion.

Als ein weiteres wichtiges Ziel zählen die Erfassung des Informationsverhaltens und der Informationsbedarfe schwuler und anderer MSM in Bezug auf HIV/AIDS und anderen STI und die Abschätzung der Nutzung und Kenntnis von Angeboten und Materialien der HIV/STI-Prävention in Deutschland. Dazu zählen auch Fragen der Bekanntheit und Wirksamkeit der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

30

In der SMHA2013-Studie wurden diese Fragestellungen um zwei weitere Themen ergänzt, die aktuelle Entwicklungen in den Debatten zur HIV-Prävention bei schwulen und anderen MSM widerspiegeln. Eines dieser Themen betrifft das psychische Wohlbefinden in dieser Population und ihren Zusammenhang mit dem HIV-bezogenen Schutzverhalten, das andere betrifft die Rezeption biomedizinischer Präventionsstrategien durch schwule und andere MSM.

Ein weiteres Novum stellte die Integration eines biologischen Studienarms dar, bei dem die Teilnehmer der SMHA-Studie die Möglichkeit erhielten, sich kostenlos auf HIV und andere STI testen zu lassen. Die Ergebnisse dieses Studienarms, der unter Federführung des Robert Koch Instituts und mit Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit realisiert wurde, sind nicht Bestandteil dieses Berichts.

1.3 Durchführung der Erhebung und realisierte Nettostichprobe

Im Sommer 2013 wurde in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch Institut und der Deutschen AIDS-Hilfe ein umfangreiches Erhebungsinstrument auf der Basis der Fragebögen der bisherigen SMHA- und EMIS-Studien entwickelt. Das Ziel bei der Konzeption dieses Fragebogens bestand nicht nur in der Fortschreibung jener Inhalte der SMHA-Fragebögen, die für die Abschätzung der Zeitstabilität von HIV-relevanten Verhaltensweisen notwendig sind, sondern auch in der Überarbeitung und der Ergänzung bisheriger Inhalte.

Die endgültige Version des Fragebogens wurde von einem beauftragten Institut als Online-Fragebogen programmiert und ging im November 2013 unter der URL www.sma2013-fragebogen.de online. Auf fünf Internetportalen, die sich an schwule und andere MSM richten, wurde mittels Bannerwerbung und/oder redaktioneller Beiträge für die Teilnahme an der Befragung geworben. Über einen Link konnten potenzielle Teilnehmer direkt auf die Startseite des Fragebogens gelangen. Die fünf Portale, die für eine Kooperation gewonnen werden konnten – planetromeo.com, gayroyal.com, queer.de, dbna.de und homo.net – unterstützten bereits die Bewerbung der SMHA-Studien in 2007 und 2010. Wie im Jahr 2010 auch, sprach der Anbieter Planetromeo seine Nutzer, die als Wohnort Deutschland angegeben hatten, wieder direkt mit einer persönlichen Nachricht an. Eine Kontaktaufnahme mit dem Portal barebackcity.de, das in den letzten beiden Erhebungen Banner zur Bewerbung der Befragung geschaltet hatte, gelang nicht. Alternativ wurde versucht, die Nutzer dieses Portals über Einträge auf der Pinnwand dieser Website auf die Befragung aufmerksam zu machen. Ein Zugang zum Fragebogen war auch über die Website der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU der DAH und über andere Websites, die den Link zur Befragung von anderen Portalen übernahmen, möglich. Auch in sozialen Netzwerken, wie Facebook, wurde der Aufruf zur Teilnahme an der Befragung weiterverbreitet.

Der Fragebogen war vom 4. November 2013 bis zum 13. Januar 2014 freigeschaltet. Da der Ansturm der potenziellen Teilnehmer auf den Fragebogen die begrenzten Kapazitäten der Server des beauftragten Instituts deutlich übertraf, kam es spätestens mit den Aussendungen der privaten Nachrichten an die

Nutzer von planetromeo.com zu Performance-Problemen des Fragebogens, obwohl die Nachrichten bereits zur Abfederung von Belastungsspitzen in mehreren Tranchen von 50.000 Nachrichten verschickt wurden. Konkret kam es zu längeren Ladezeiten der einzelnen Seiten des Fragebogens und zu Abstürzen des Fragebogens, was zu Recht von vielen Teilnehmern beklagt wurde. Als Konsequenz wurde ein leistungsstärkerer Server eingerichtet und eine Beschränkung auf maximal 200 Teilnehmer eingeführt, die den Fragebogen parallel bearbeiten konnten, um Abstürze und lange Ladezeiten zu verhindern. Teilnehmer, die den Fragebogen erreichten, wenn diese Quote von 200 Teilnehmern bereits erfüllt war, wurden über die Belastung des Fragebogens informiert und gebeten, den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzurufen.

Insgesamt wurde die Startseite des Online-Fragebogen während dieser Feldphase der Studie 51.277 Mal aufgerufen. Von der Startseite konnte der Fragebogen gestartet werden. Dazu musste ein Informed Consent (informierte Einwilligung) durch den Teilnehmer erteilt werden, mit dem er bestätigte, dass ihm bewusst ist, dass er an einer wissenschaftlichen Studie teilnimmt, dass er die Ziele der Studie kennt und in die Nutzung der anonymisierten Informationen, die er bei der Beantwortung des Fragebogens angibt, einwilligt.

32

Die Performance-Probleme des Fragebogens führten dazu, dass die Beantwortung des Fragebogens allerdings häufig, vom Teilnehmer beabsichtigt oder nicht, abgebrochen wurde. Diese unvollständigen Fragebögen wurden nicht in die vorliegende Auswertung einbezogen. Datensätze wurden nur dann beibehalten, wenn Angaben zum Geschlecht, zum Alter, zum Aufenthaltsland, zur sexuellen Orientierung und zum HIV-Testverhalten (jemals HIV-Test durchgeführt, wenn ja: Ergebnis des letzten Tests) gemacht wurden. Als weitere Inklusionskriterien für die Beibehaltung eines Teilnehmers in der Stichprobe galten a) die geschlechtliche Identität als Mann, b) ein aktueller Wohnsitz in Deutschland, c) entweder eine Selbstdefinition als „schwul“, „homosexuell“, „bisexuell“, „queer“ oder ein sexueller Kontakt mit mindestens einem Mann in den vergangenen 12 Monaten oder das Gefühl, sich sexuell zu Männern hingezogen zu fühlen.

Nach Ausschluss der Teilnehmer, die diese Kriterien nicht erfüllten, entstand eine Nettostichprobe von 16.734 Teilnehmern. Dass diese Erhebung im

Vergleich zur EMIS/SMHA-Erhebung nur eine deutlich kleinere Stichprobe erreichen konnte, ist wohl eine Konsequenz der zu geringen Serverkapazität. Die Zugriffe auf die Startseite der Befragung verweisen auf ein durchaus vergleichbares Interesse an der Befragung wie an der EMIS/SMHA-Erhebung. Insgesamt fällt die Ausschöpfungsquote von ungefähr 33 Prozent der Startseitenbesucher für eine Online-Befragung jedoch nicht besonders gering aus. Zudem weist die aktuelle Erhebung mit über 16.000 Teilnehmern die umfangreichste Stichprobe aller bisherigen SMHA-Erhebungen vor 2010 auf.

Die Definition der Inklusionskriterien hat zur Konsequenz, dass Teilnehmer, die nach den Fragen zum HIV-Testverhalten¹ die Beantwortung des Fragebogens abgebrochen haben, weiterhin in der endgültigen Stichprobe verblieben sind. Auf diese Weise nimmt die Anzahl der gültigen Antworten auf die folgenden Fragen sukzessive ab. Die abschließende Frage nach dem Zugangsweg zur Befragung wurde nur noch von 12.294 Teilnehmern beantwortet.

1.4 Aufbau des Berichts

33

Der vorliegende Berichtsband gibt einen deskriptiven Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der aktuellen Erhebung. Die Struktur dieses Bandes ist angelehnt an die Berichtsbände vorheriger Erhebungen. Allerdings wurden einige Themen neu gegliedert. So wird das Sexual- und Risikoverhalten von Teilnehmern im Rahmen einer festen Beziehung in einem eigenen Kapitel zusammengefasst. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit dem Sexual- und Risikoverhalten außerhalb fester Beziehungen. Der spezifischen Lebenssituation sowie dem Sexualverhalten von HIV-positiv getesteten Teilnehmern ist ein weiteres Kapitel gewidmet.

Wenn Subgruppenanalysen vorgenommen werden, wird auf eine Berechnung der statistischen Signifikanz der gefundenen Unterschiede verzichtet. Dies hat verschiedene Gründe. Einerseits ist ein Signifikanztest bei einer derart umfangreichen Stichprobe nicht aussagekräftig. Auch kleinste, eher unbedeutende Unterschiede, die sich zwischen zwei Gruppen finden lassen, werden

¹ Diese Fragen waren am Ende des ersten Viertels des Fragebogens platziert.

bei einer großen Stichprobe statistisch signifikant. Dieses Vorliegen von Signifikanz lässt also keine Aussage über eine praktische Bedeutung von Unterschieden zu. Andererseits lassen sich Signifikanztests streng genommen nur für Zufallsstichproben und nicht für anfallende Stichproben berechnen.

Um die Lesefreundlichkeit des Texts zu gewährleisten, finden sich einige Abbildungen, die ergänzende Ergebnisse enthalten, im Anhang dieses Berichtsbands; dieses Vorgehen soll den Lesefluss erleichtern.

ii. ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE

II. Zusammensetzung der Stichprobe

35

2.1 Zugangswege zur Befragung

Die Ansprache potenzieller Teilnehmer erfolgte über verschiedene Onlineportale, die einen Link direkt zum Onlinefragebogen setzten, wie in Kapitel 1 beschrieben. Um zu erfassen, über welches Onlineportal die Teilnehmer auf den Fragebogen gelangten, wurden die Teilnehmer gebeten, selbst anzugeben, wie sie auf den Fragebogen aufmerksam geworden sind. Auf eine automatische Erfassung dieser Information wurde aus Gründen des Datenschutzes verzichtet.

Wie Tabelle 2.1 zeigt, gibt die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer an, über das Datingportal planetromeo.com² auf den Fragebogen gelangt zu sein. Dieser Anteil ist etwas geringer als bei der EMIS/SMHA-Studie im Jahr 2010, wo mehr als 80 Prozent der Teilnehmer über diese Plattform erreicht wurden. Andere Internetportale spielen entsprechend eine deutlich geringere Rolle bei der

2 Auch als gayromeo.com bekannt

Rekrutierung der Teilnehmer. Sieben Prozent erreichten den Fragebogen über dbna.de (dbna steht für „du bist nicht allein“, diese Homepage richtet sich vor allem an jüngere schwule und andere MSM), sechs Prozent über das schwule Nachrichtenportal queer.de, vier Prozent über die Datingseite gayroyal.com und zwei Prozent über das Kontaktforum homo.net. Noch deutlich geringer, auch im Vergleich zu 2010, fällt der Anteil aus, den Nutzer des Datingportals barebackcity.de ausmachen, da eine Bannerwerbung auf dieser Homepage nicht realisiert werden konnte. Die übrigen Teilnehmer erreichten den Fragebogen über andere Quellen, zum Beispiel über die Empfehlung von Freunden. Für die relativ große Anzahl von 4.440 Teilnehmern liegen keine Angaben zu dieser letzten Frage im Fragebogen vor, da sie die Beantwortung des Fragebogens vorher abgebrochen haben.

Tabelle 2.1: Herkunft der Teilnehmer (in %)
Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung

Internetportal	2010 (n = 54.387)	2013 (n = 12.294)
gayromeo.com/ planetromeo.com	82,7	76,1
gayroyal.com	2,7	3,9
queer.de	3,5	6,3
dbna.de	4,2	6,9
homo.net	2,5	2,3
barebackcity.de	1,1	0,4
anderes ...	3,3	4,0

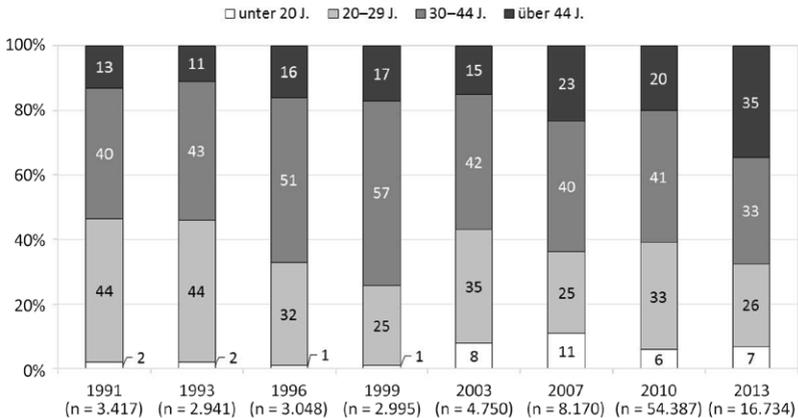
2.2 Alter

Mehr als ein Drittel der Teilnehmer der aktuellen Erhebung sind über 44 Jahre alt, ein weiteres Drittel ist im Alter von 30 bis 44 Jahre, 26 Prozent sind zwischen 20 und 29 Jahre alt und die übrigen sieben Prozent sind zwischen 16 (dem Mindestalter für die Teilnahme) und 19 Jahren alt (Abb. 2.1). Durchschnittlich sind die Teilnehmer der aktuellen Erhebung 37,6 Jahre alt, der Median liegt bei 37 Jahren. Damit sind die Teilnehmer durchschnittlich älter als in den Befragungen von 2007³ und 2010, bei denen das mediane Alter bei jeweils 33 Jahren lag. In der Zeitreihe fällt besonders der vergleichsweise hohe Anteil von Teilnehmern im Alter von mehr als 44 Jahren auf. In keiner der bisherigen Erhebungen wurde ein so hoher Anteil von Teilnehmern aus dieser Altersgruppe berichtet. In einem geringeren Ausmaß sind hingegen die 30- bis 44-jährigen Teilnehmer vertreten, die in den bisherigen Befragungen immer den größten Anteil der Teilnehmer ausmachten, sowie die 20- bis 29-jährigen. Nur der Anteil der sehr jungen Teilnehmer unter 20 Jahren entspricht ungefähr dem Anteil, den diese Altersgruppe auch in den vorherigen drei Erhebungen ausmachte.

37

Abbildung 2.1: Altersstruktur im Zeitverlauf

Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung



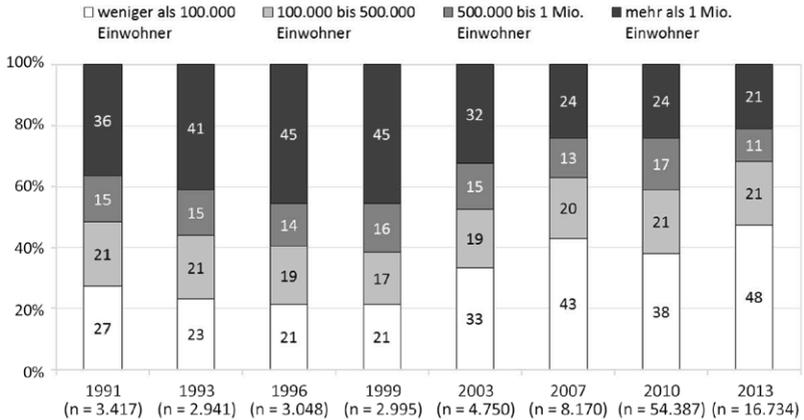
3 Diese Angabe bezieht sich nur auf die Online-Stichprobe.

2.3 Größe des Wohnorts

Seitdem die Erhebungen der SMHA-Studie (auch) online durchgeführt werden, werden mehr Teilnehmer aus kleineren Städten erreicht. Wie die Zeitreihe in Abbildung 2.2 zeigt, leben in den Erhebungen, die ausschließlich einen Printfragebogen nutzten, bis zu 45 Prozent der Teilnehmer in einer der deutschen Metropolen mit mehr als einer Million Einwohnern. Dieser Anteil sinkt deutlich seit 2003 und beträgt in der aktuellen Erhebung nur noch 21 Prozent. Auf der anderen Seite steigt der Anteil der Teilnehmer aus kleineren Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern. In der aktuellen Erhebung gibt fast die Hälfte der Teilnehmer an, in einer solchen kleineren Stadt zu leben. Dieser Anteil ist höher als in allen Erhebungen zuvor und übertrifft auch den Anteil, den diese Teilnehmer in den reinen Online-Erhebungen haben, deutlich. Da im Fragebogen die Antwortoptionen kleinere Kategorien umfassten als in Abbildung 2.2 dargestellt, lassen sich auch differenzierte Aussagen über die Teilnehmer aus den Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern treffen. So zeigt sich, dass 28 Prozent der Teilnehmer aus einer Kleinstadt mit weniger als 20.000 Einwohnern stammen. Allerdings leben auch 48 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung in Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern und nur 16 Prozent leben in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern (Statistisches Bundesamt, 2013), während Städte dieser Einwohnerklasse in der aktuellen Erhebung einen Anteil von 33 Prozent ausmachen. Die Unterschiede, die sich zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Stichprobe der aktuellen Erhebung zeigen, sind allerdings weniger ein Hinweis auf einen Stichprobenbias als auf die Wohnortpräferenzen schwuler und anderer MSM, die in den Großstädten ein höheres Ausmaß an Anonymität, eine größere soziale Freiheit und bessere Kontaktmöglichkeiten zu anderen MSM vorfinden. Werden Alter und Wohnortgröße in Beziehung gesetzt, zeigt sich, dass jüngere Teilnehmer unter 20 Jahren deutlich häufiger angeben, in kleineren Städten zu leben, als ältere Teilnehmer.

Abbildung 2.2: Wohnortgröße im Zeitverlauf

Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung



2.4 Bundesland

Das Bundesland, in dem die Befragungsteilnehmer wohnen, wurde in der aktuellen Erhebung zum ersten Mal erfasst. Wie Tabelle 2.2 zeigt, gehören die drei einwohnerstärksten Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg auch zu den am stärksten in der Stichprobe vertretenen Bundesländern. Den größten Anteil weisen Teilnehmer aus Nordrhein-Westfalen auf (22 Prozent), gefolgt von Bayern mit 14 Prozent. Auf dem dritten Platz in dieser Rangfolge findet sich jedoch Berlin mit elf Prozent noch vor Baden-Württemberg mit zehn Prozent. Alle Bundesländer, auch bevölkerungsschwache wie das Saarland, Mecklenburg-Vorpommern oder Bremen, sind mit mindestens einem Prozent in dieser Erhebung vertreten.

Tabelle 2.2: Bundesland der Teilnehmer (in %)
Basis: alle Teilnehmer (n = 16.721)

Bundesland	%	n
Baden-Württemberg	10	1.745
Bayern	14	2.345
Berlin	11	1.888
Brandenburg	2	375
Bremen	1	191
Hamburg	4	676
Hessen	8	1.300
Mecklenburg-Vorpommern	2	312
Niedersachsen	8	1.298
Nordrhein-Westfalen	22	3.624
Rheinland-Pfalz	4	734
Saarland	1	192
Sachsen	5	857
Sachsen-Anhalt	2	359
Schleswig-Holstein	3	464
Thüringen	2	361
Gesamt	100	16.721

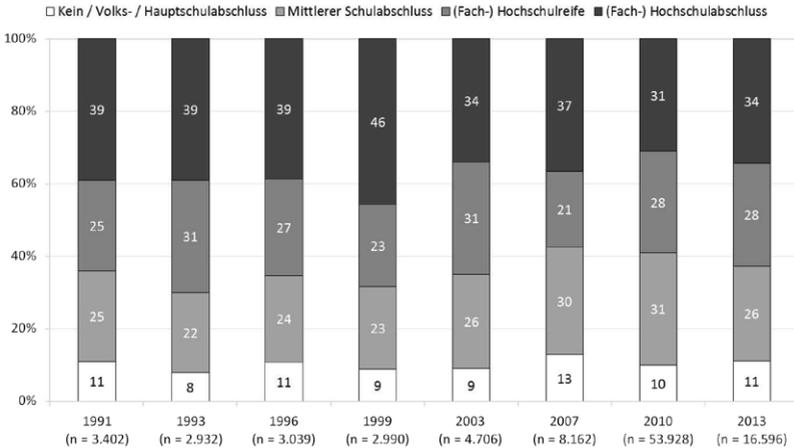
2.5 Bildung und sozioökonomischer Status

In der aktuellen Erhebung zeigt sich, wie in den neun bisherigen Erhebungen, dass die Mehrheit der Teilnehmenden einen hohen Bildungsabschluss und einen hohen sozioökonomischen Status (SES) aufweist. Abbildung 2.3 zeigt, dass fast zwei Drittel der Teilnehmer den Erwerb der Hochschulreife als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss berichten (62 Prozent) und 34 Prozent geben sogar an, dass sie einen Hochschulabschluss besitzen oder gerade an einer Hochschule studieren. Einen mittleren Schulabschluss berichten 26 Prozent der Teilnehmer und nur elf Prozent haben einen Hauptschulabschluss

oder keinen Schulabschluss. In der Zeitreihe der bisherigen Befragungen wird deutlich, dass dieses Verhältnis der Schulabschlüsse seit 1991 keinen größeren Änderungen unterliegt. Selbst die Ergänzung der Erhebungsmethode um den Online-Fragebogen hat nicht dazu geführt, dass schwule und andere MSM mit einem niedrigen Schulabschluss stärker in den jeweiligen Stichproben repräsentiert sind. Einzig ist seit 2003 ein leichter Anstieg des Anteils von Teilnehmern mit einem mittleren Schulabschluss zu verzeichnen.

In der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil der Menschen mit Haupt- oder Volksschulabschluss oder ohne Schulabschluss nach Daten des Mikrozensus bei mehr als einem Drittel. Allerdings ist dieser rückläufig, während unter den Personen, die 65 Jahre und älter sind, zwei Drittel keinen oder einen Haupt-/Volksschulabschluss besitzen, sind dies unter den 20-Jährigen nur noch gut ein Fünftel (Statistisches Bundesamt, 2013). Parallel steigt der Anteil der Menschen mit Hochschulreife von ungefähr 14 Prozent unter den Menschen, die 65 Jahre und älter sind, auf ungefähr 44 Prozent unter den unter 20-Jährigen (insgesamt 27 Prozent). Ein solcher Alterstrend findet sich auch unter den Teilnehmern der aktuellen Erhebung, allerdings auf deutlich höherem Niveau.

Abbildung 2.3: Schulische Bildungsabschlüsse der Teilnehmer im Zeitverlauf
 Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung



Gibt dieser einfache Vergleich zwischen Stichprobe und Allgemeinbevölkerung bereits einen Hinweis auf das Ausmaß der Verzerrung der Stichprobe hinsichtlich des sozialen Status, bringt ein direkter Vergleich hinsichtlich des SES das genaue Ausmaß dieser Verzerrung ans Licht.

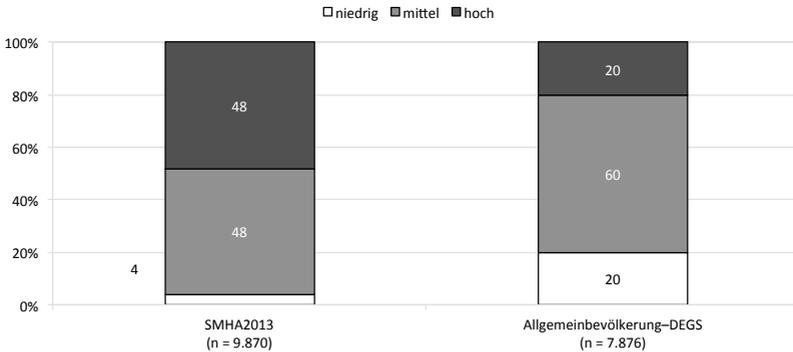
Der SES wurde in dieser Erhebung über vier Indikatoren erfasst. Diese umfassen den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss, den beruflichen Bildungsabschluss, den beruflichen Status und das Haushaltsnettoeinkommen. Diese Indikatoren wurden entsprechend dem Vorgehen in der Studie „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch Instituts erfasst und zu einem Index zusammengefasst (vgl. Lampert, Kroll, Müters & Stolzenberg, 2013). Dabei wird für jeden Teilnehmer ein Rohwert errechnet, der zwischen 3 und 21 liegen kann. Die Rohwerte wurden für die bevölkerungsrepräsentative Stichprobe des DEGS1 zu fünf gleich großen Gruppen zusammengefasst und daraus drei Kategorien gebildet: Das oberste Fünftel wurde als hoher SES, die drei mittleren Fünftel als mittlerer SES und das unterste Fünftel als niedriger SES definiert⁴. In der aktuellen Erhebung der SMHA-Studie wurden die Grenzwerte der jeweiligen SES-Kategorien aus der DEGS1-Studie genutzt, um die Teilnehmer auf der Basis ihres SES-Rohwerts den drei Kategorien zuzuordnen. Abbildung 2.4 zeigt, wie sich die drei SES-Kategorien in der aktuellen SMHA-Stichprobe verteilen. Teilnehmer aus der obersten SES-Kategorie, die in der Allgemeinbevölkerung einen Anteil von 20 Prozent haben, sind in der SMHA2013 mit 48 Prozent deutlich überrepräsentiert. Unterrepräsentiert sind die beiden anderen Kategorien, Teilnehmer mit einem mittleren SES machen in der SMHA2013 einen Anteil von 48 Prozent aus (60 Prozent in der Allgemeinbevölkerung), und Teilnehmer mit einem niedrigen SES sind sogar nur zu vier Prozent vertreten (Allgemeinbevölkerung: 20 Prozent).

42

4 Diese Vorgehensweise erzeugt eine relative Verteilung in Abhängigkeit von der Verteilung der Gesamtstichprobe, diese konstruierten Kategorien sind nicht im Sinne von Schichten oder Klassen zu interpretieren.

Abbildung 2.4: Sozioökonomischer Status der Teilnehmer im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Basis: alle Teilnehmer der Studie SMHA2013 und alle Teilnehmer der Studie DEGS1



43

Diese Zahlen weisen auf eine deutliche Verzerrung der Stichprobe hinsichtlich des sozialen Status hin. Schwule und andere MSM mit einem niedrigen sozialen Status sind, unter der Prämisse, dass sich Schulabschlüsse und andere Indikatoren des SES in dieser Population ähnlich verteilen wie in der Allgemeinbevölkerung, in der SMHA-Stichprobe deutlich unterrepräsentiert. Schwule und andere MSM mit einem hohen sozialen Status sind hingegen deutlich überrepräsentiert⁵. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass nur für knapp 10.000 der über 16.000 Teilnehmer eine Zuordnung zu den SES-Kategorien möglich war, da aufgrund fehlender Werte auf den Indikatoren keine Berechnung des SES-Rohwerts möglich war. Dies lag zu einem großen Teil daran, dass die Fragen zum Einkommen und zum sozialen Status am Ende des Fragebogens platziert waren, und nur etwas mehr

⁵ Diese Verzerrung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wäre natürlich noch drastischer, wenn die Stichprobe der DEGS1-Studie ebenfalls einem Mittelschichtsbias unterläge. Die Autoren dieser Studie äußern sich zu dieser Frage nicht, es kann an dieser Stelle also nur spekuliert werden, inwiefern das Vorgehen bei der Rekrutierung der DEGS1-Teilnehmer ein solches Mittelschichtsbias verhindern konnte.

als 12.000 Teilnehmer diese Fragen überhaupt gesehen haben. Analysen der Personen, die die Beantwortung des Fragebogens vorzeitig beendet haben, zeigen, dass Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsstatus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vorzeitig abgebrochen haben als Teilnehmer mit einem höheren Bildungsstatus. Damit wird die Verzerrung der Stichprobe durch die ausschließliche Betrachtung des SES überschätzt.

2.6 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund wurde in der aktuellen Erhebung, wie in den vorherigen Erhebungen auch, über das Geburtsland des Teilnehmers sowie das Geburtsland von Mutter und Vater des Teilnehmers erfasst. Aus diesen Angaben lässt sich errechnen, welcher Anteil der Befragungsteilnehmer selbst nach Deutschland migriert ist (Migrationshintergrund erster Generation) oder wessen Eltern nach Deutschland migriert sind (Migrationshintergrund zweiter Generation). Insgesamt geben 3,7 Prozent der Teilnehmer an, selbst nach Deutschland migriert zu sein. Die häufigsten Herkunftsländer für Teilnehmer mit einem Migrationshintergrund der ersten Generation zeigt Tabelle 2.3. 2,5 Prozent berichten, dass beide Elternteile nach Deutschland migriert sind, und weitere 6,6 Prozent berichten, dass nur ein Elternteil nach Deutschland migriert ist. Je nachdem, ob man die Teilnehmer der letzteren Gruppe zu den Teilnehmern mit Migrationshintergrund zählt, haben 6,2 oder 12,8 Prozent aller Befragungsteilnehmer einen Migrationshintergrund.

**Tabelle 2.3: Häufigste Herkunftsländer von Teilnehmern mit einem Migrationshintergrund der ersten Generation
Basis: alle Teilnehmer mit einem Migrationshintergrund in der ersten Generation (n = 709)**

Herkunftsland	n (%)
Polen	83 (11,7)
Österreich	76 (10,7)
USA	39 (5,5)
Russland	39 (5,5)
Rumänien	35 (4,9)
Kasachstan	34 (4,7)
Italien	34 (4,7)
Türkei	27 (3,8)
Frankreich	27 (3,8)
Niederlande	26 (3,6)

In der EMIS/SMHA-Erhebung in 2010 war sowohl der Anteil von Teilnehmern mit einem Migrationshintergrund erster oder zweiter Generation (inkl. nur ein migrierter Elternteil) mit 15,4 Prozent höher als in der aktuellen Erhebung, vor allem war auch der Anteil der Teilnehmer, die selbst nach Deutschland migriert sind, mit 8,2 Prozent deutlich höher. Dieser Unterschied wird in einem entscheidenden Unterschied in der Erhebungsmethode beider Studien begründet sein. Bei der EMIS/SMHA-Erhebung konnte der Fragebogen unabhängig vom Wohnort in 25 Sprachen ausgefüllt werden, in der aktuellen Erhebung war eine Beantwortung nur auf Deutsch möglich.

Analog zum Vorgehen der vorherigen Erhebungen wurden die Teilnehmer mit Migrationshintergrund (inkl. nur einem migrierten Elternteil) danach eingeteilt, ob sie aus einem Land stammen, in dem Homosexualität weitgehend akzeptiert ist (Gruppe I), oder ob sie aus einem Land stammen, in dem Homosexualität nicht akzeptiert ist (Gruppe II)⁶. Die Bildung dieser Gruppen wird in Bochow et al. (2012: 31f.) ausführlich beschrieben. Unter anderem wurde dabei auf Publikationen der International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Intersex Association (ILGA) zurückgegriffen (Ottoson, 2009; ILGA, 2010). Sechs Prozent der Teilnehmer stammen aus Ländern der Gruppe I, sieben Prozent aus Ländern der Gruppe II.

6 Zur Gruppe I werden die folgenden Länder gezählt: Andorra, Argentinien, Australien, Belgien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dänemark, Finnland, Frankreich mit Überseegebieten, Griechenland, Grönland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Südafrika, Tschechische Republik, Großbritannien mit Überseegebieten, USA, Uruguay.

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

2.7 Diskussion der Stichprobencharakteristika

Der Überblick über die Verteilungen der soziodemographischen Merkmale in der Stichprobe zeigt, dass es gelungen ist, eine umfassende, heterogene Stichprobe schwuler und anderer MSM zu erreichen. Aufgrund der Stichprobengröße, immerhin die zweitgrößte Stichprobe unter allen zehn SMHA-Erhebungen, ist es möglich, Analysen auch für Subgruppen durchzuführen, die hier unterrepräsentiert sind.

Andererseits ergeben sich einige Fragen. Welche Konsequenzen hat die Art der Rekrutierung der Teilnehmer? Welche Konsequenzen ergeben sich aufgrund der technischen Probleme? Was bedeuten die Verzerrungen hinsichtlich des sozialen Status der Teilnehmer? Welche Bedeutung haben Unterschiede in den Verteilungen zwischen den Erhebungen, vor allem hinsichtlich Alter und Wohnortgröße?

Die Stichprobe ist eine anfallende Stichprobe, die nicht repräsentativ für die Population der schwulen und anderen MSM in Deutschland ist, weil aus dieser Population keine Zufallsauswahl getroffen werden konnte. Der genaue Umfang und die Verteilung soziodemographischer Merkmale in dieser Population ist unbekannt; Marcus, Schmidt, Kollan und Hamouda (2009) schätzen den Anteil der Männer, die Sex mit Männern haben, in Deutschland auf 2,5 bis 3,4 Prozent der männlichen Gesamtbevölkerung.

Bei einer statistisch repräsentativen Stichprobe muss jedes Mitglied einer Population dieselbe Chance haben, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Repräsentative bundesweite Stichproben sind aus diesem Grunde eigentlich nur über die Nutzung von Daten der Einwohnermeldeämter oder über zufällig generierte Telefonnummern möglich. Für die Gewinnung einer repräsentativen Zufallsstichprobe schwuler und anderer MSM sind beide Methoden kaum geeignet (für spezifische Ansätze zur Gewinnung repräsentativer Stichproben schwuler und anderer MSM wird auf den Aufsatz von Cochran & Mays, 2013, verwiesen).

Werden schwule und andere MSM nun, wie hier für die Teilnahme an Studien gewonnen, wo sie sich konzentriert im Internet aufhalten, also auf zielgruppenspezifischen Chat- und Datingseiten, produziert man damit nicht nur einen

Selbstselektionsbias, d. h. es nehmen nur diejenigen Mitglieder der Population teil, die die Hinweise auf die Studie wahrnehmen, und sich aus welchen Gründen auch immer für die Teilnahme interessieren. Sondern man erreicht mit einer größeren Wahrscheinlichkeit sexuell aktive schwule und andere MSM, und diese werden umso besser erreicht, je intensiver sie diese Plattformen nutzen. Dieser Effekt wird in der aktuellen Erhebung durch die direkte Ansprache aller Nutzer von planetromeo.com abgemildert, weil dadurch tatsächlich jeder Nutzer mehr oder weniger unabhängig von der Nutzungsfrequenz die Chance hatte, an der Befragung teilzunehmen. Nichtsdestotrotz sind die Nutzer dieser Plattform mit großer Wahrscheinlichkeit durchschnittlich sexuell aktiver als die Nichtnutzer dieser Plattform. Aus diesem Grund wird tendenziell die Prävalenz und Frequenz der sexuellen Aktivität und wahrscheinlich auch des sexuellen Risikoverhaltens überschätzt, wenn populationsbezogene Aussagen getroffen werden.

48

Die technischen Probleme bei der Durchführung der Online-Befragung können den Selbstselektionsbias verstärkt haben, denn Teilnehmer mit einer geringeren Motivation, den Fragebogen zu beantworten, werden wahrscheinlich die Teilnahme eher abgebrochen haben als Teilnehmer, die hoch motiviert waren. Also werden auch Aussagen über die Nutzung und Kenntnis von Angeboten der HIV-Prävention tendenziell die wahre Ausprägung in der Population überschätzen. Abbrecher-Analysen zeigen, dass jüngere Teilnehmer, weniger gebildete Teilnehmer sowie Teilnehmer, die sich nicht als homosexuell oder schwul identifizieren, die Beantwortung des Fragebogens mit einer größeren Wahrscheinlichkeit abgebrochen haben. Die technischen Probleme haben die Unterschiede in der Altersverteilung zwischen den vorangegangenen und der aktuellen Erhebung also mitverursacht. Insgesamt spielt der Selbstselektionsbias allerdings mit zunehmender Größe der Stichprobe in der Regel eine geringere Rolle, so dass angesichts des Umfangs der aktuellen Erhebung dieser Bias weniger ins Gewicht fällt.

Stärker ins Gewicht fallen hingegen die Verzerrungen, die die Stichprobe hinsichtlich des sozialen Status aufweist. Die Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Gesamtbevölkerung hinsichtlich des Bildungsgrads sind bereits als groß zu bezeichnen, noch gravierender fällt allerdings der Unterschied hinsichtlich des SES aus.

Nur bei einem geringen Anteil von maximal elf Prozent der Teilnehmer lässt sich ein niedriger sozialer Status vermuten, wenn man nur den Bildungsgrad also Indikator betrachtet, was eine massive Unterrepräsentierung von sozioökonomisch schlechter gestellten schwulen und anderen MSM bedeutet.

Eine solche Verzerrung ist allerdings kein alleiniges Merkmal der SMHA-Studien. Auch aus anderen Feldern der Umfrageforschung ist dieser sogenannte Mittelschichtsbias bekannt, wird aber nur selten thematisiert [Ausnahmen stellen der Epidemiologische Suchtsurvey (Kraus & Pabst, 2009) und die ALLBUS-Untersuchungen (Bandilla, Kaczmirek, Blohm & Neubarth, 2009) dar]. Hartmann und Schimpl-Neumann (1992) folgern, dass es sich bei diesem Mittelschichtsbias im Grunde um einen Bildungsbias handelt, und halten mangelnde kognitive Ressourcen bei Menschen mit einem niedrigen SES für dessen Ursache. Proner (2011) verweist auf einen weiteren ressourcenorientierten Erklärungsansatz, der den Mittelschichtsbias in politischen Umfragen auf das Fehlen von civic skills genannten Bürgerkompetenzen bei Menschen mit einem niedrigen SES begründet. Eine misstrauische Einstellung gegenüber Umfragen und ein geringes thematisches Interesse bei weniger gebildeten Personen wird als Ursache des Mittelschichtsbias im Epidemiologischen Suchtsurvey diskutiert (Kraus & Pabst, 2009).

49

Weitere Faktoren vergrößern bei schwulen und anderen MSM diesen Mittelschichtsbias zusätzlich. Zur Erläuterung der massiven Unterrepräsentierung von Teilnehmern mit einem niedrigen SES in allen Studien, die mit schwulen und anderen MSM durchgeführt werden, sind verschiedene Erklärungsansätze ins Feld geführt worden. Dannecker und Reiche (1974) stellen in ihrem Sample eine überdurchschnittlich hohe berufliche Aufstiegsmobilität schwuler Männer fest. Stimmt diese These, wäre die Population schwuler Männer durchschnittlich gebildeter und sozioökonomisch bessergestellt als die Allgemeinbevölkerung. Bochow (1997) sieht eher die Tendenz, dass schwule Männer statt in klassischen Blue-collar-Jobs in Dienstleistungsberufen arbeiten. Mit dieser anderen Berufsstruktur ginge aber nicht zwangsläufig eine höhere berufliche Position oder ein höherer beruflicher Status einher. Andere Ansätze nehmen stärker die Homosexualität als gesellschaftliches Stigma in den Fokus. Schwule Männer mit einem niedrigen sozialen Status leiden unter dieser gesellschaftlichen Stigmatisierung stärker und unvermittelter (Bochow, 1997). Konsequenzen daraus können sein, dass die Entwicklung einer schwulen Identität für

diese Männer ungleich schwieriger ist, dass das Schwulsein versteckt gelebt wird und eine stärkere Anpassung an die heterosexuelle Mehrheitsgesellschaft stattfindet (Biechele, 1996). Dies geht mit einer geringeren Involviertheit in die schwule Community einher (Barrett & Pollack, 2005) und führt nicht nur zu einer geringeren Teilnahmemotivation, sondern auch zu einer geringeren Erreichbarkeit durch sozialwissenschaftliche Befragungen. Biechele (1996) weist auf einen weiteren Punkt hin, nämlich eine mögliche Mittelschichtslastigkeit der Erhebungsinstrumente. Tatsächlich zeichnen sich sozialwissenschaftliche Befragungen, und die SMHA-Studie sei hier explizit nicht ausgenommen, oft durch eine gehobene Wortwahl mit einer Tendenz zu komplizierten Sätzen aus, die aus Sicht der Forschenden notwendig sind, um die oft komplexen Sachverhalte, die in den Items angesprochen werden, angemessen auszudrücken.

50

Aus diesen Überlegungen lassen sich drei Schlussfolgerungen ziehen. 1) Wenn die Auswirkungen verschiedener Stigmata bei schwulen und anderen MSM mit einem niedrigen SES intersektional miteinander agieren, werden sich gesundheitliche Belastungen (und damit auch die Vulnerabilität für HIV) in dieser Population ebenfalls in potenziert Form finden lassen. Daraus lässt sich 2) eine besonders hohe Notwendigkeit ableiten, diese Männer durch gesundheits- und sozialwissenschaftliche Studien zu erreichen, um valide Aussagen über gesundheitliche Belastungen, Gründe dieser Belastungen und Ansatzpunkte für die Prävention treffen zu können. Allerdings werden 3) diese schwulen und anderen MSM mit einem niedrigen SES durch Forschung schlechter erreicht, und wahrscheinlich sind die erreichten MSM aus dieser Gruppe durch eine erhöhte Teilnahmemotivation und andere Faktoren nicht repräsentativ für die Population der schwulen und anderen MSM in Deutschland.

Für die vorliegende Erhebung bedeutet dies, dass Zusammenhänge interessierender Variablen mit dem SES tendenziell unterschätzt werden, und dass Aussagen über die Gruppe der Männer mit niedrigem SES nur mit Vorbehalt zu interpretieren sind.

Ein weiteres Problem stellen die unterschiedlichen Verteilungen von soziodemographischen Merkmalen zwischen der aktuellen und den vorherigen Erhebungen dar. Abweichungen ergeben sich hier vor allem hinsichtlich des Alters und der Größe der Wohnorte der Teilnehmer.

Die SMHA-Erhebungen stellen querschnittliche Trendstudien dar, bei denen die Teilnehmer bei jeder Erhebung neu rekrutiert werden. Unterschiede zwischen den Erhebungen hinsichtlich soziodemographischer Variablen sind dabei nicht vermeidbar, können allerdings durch äquivalente Rekrutierungsstrategien minimiert werden. Auch in den bisherigen Erhebungen waren die Verteilungen der soziodemographischen Merkmale nicht konstant, besonders der Wechsel von Printfragebögen zu Online-Erhebungen hat zu deutlichen Veränderungen geführt. So wurden zum Beispiel mehr jüngere Teilnehmer und mehr Teilnehmer, die in kleineren Städten wohnen, erreicht.

Als Erklärung des höheren Anteils an älteren Teilnehmern und Teilnehmern aus kleineren Städten kommen eventuell die technischen Probleme in der Feldphase in Frage. Es könnte zum Beispiel sein, dass die Frustrationstoleranz bei diesen MSM höher war, vielleicht weil ihre Teilnahmemotivation höher war.

Unterschiede zwischen Erhebungen spielen immer dann eine Rolle, wenn Vergleiche über die Erhebungen hinweg gemacht werden sollen, um zum Beispiel die Zeitstabilität von Verhaltensmustern oder Einstellungen zu analysieren, und wenn davon ausgegangen werden kann, dass die ungleich verteilten soziodemographischen Merkmale mit den interessierenden Variablen zusammenhängen. In der vorliegenden Erhebung hängen zum Beispiel Aspekte der sexuellen Aktivität und des HIV-Testverhaltens mit dem Alter und der Wohnortgröße zusammen. Ergeben sich Veränderungen in der Verteilung dieser Variablen zwischen den vorherigen Erhebungen und der aktuellen Erhebung, so kann also nicht mit Gewissheit gesagt werden, ob diese Veränderungen auf eine entsprechende Veränderung in der Population aller schwulen und anderen MSM zurückzuführen sind oder lediglich durch die veränderte Zusammensetzung der Stichprobe bedingt sind.

Es ist möglich, Stichproben mithilfe statistischer Verfahren vergleichbarer zu machen und die unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzungen zu kontrollieren. Eine solche statistische Bereinigung der Daten zur Berechnung von Zeitreihen für die wichtigen Variablen des Risiko- und Testverhaltens wird in 2015 erfolgen und ist daher nicht Teil dieses Berichts.

iii. LEBENSITUATION SCHWULER UND ANDERER MÄNNER, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

III. Lebenssituation schwuler und anderer Männer, die Sex mit Männern haben

53

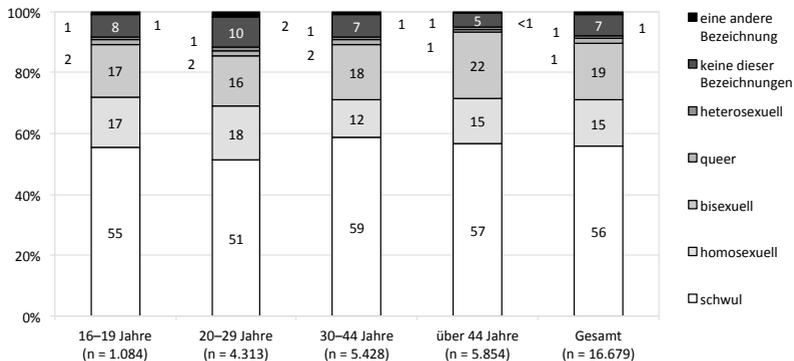
3.1 Sexuelle Orientierung

Der Begriff der sexuellen Orientierung umfasst im heutigen Verständnis drei Dimensionen: das sexuelle Verhalten, die Selbstdefinition der sexuellen Orientierung und das sexuelle Begehren. Diese drei Dimensionen müssen in einer Person nicht zwangsläufig übereinstimmen. Männer, die Sex mit Männern haben, können sich zum Beispiel heterosexuell identifizieren, oder es ist möglich, dass Männer, die sich von anderen Männern sexuell angezogen fühlen, nie Sex mit einem Mann hatten. Wie bereits erwähnt, galt als Einschlusskriterium für diese Studie, dass Teilnehmer sich entweder als schwul, homosexuell oder bisexuell identifizieren, sich (auch) von Männern sexuell angezogen fühlen oder in der Vergangenheit Sex mit Männern hatten. Folglich können sich die Teilnehmer hinsichtlich der benannten Dimensionen unterscheiden.

Die sexuelle Selbstdefinition wurde mit einer Reihe von Antwort-Kategorien, die in früheren SMHA-Erhebungen vorgegeben wurden, erfasst (vgl. Abb. 3.1). Der größte Teil der Befragungsteilnehmer gibt an, sich als schwul (56 Prozent) oder homosexuell (15 Prozent) zu definieren. Die Bezeichnung bisexuell wählen 19 Prozent für sich als zutreffend. Ein Prozent der Befragungsteilnehmer bezeichnet sich als heterosexuell, ein weiteres Prozent als „queer“. Weitere sieben Prozent der Befragungsteilnehmer lehnen die vorgegebenen Kategorien ab bzw. geben eine andere Bezeichnung an (1 Prozent). Verglichen mit den Erhebungen von 2007 (85 Prozent) und 2010 (76 Prozent) geht der Anteil, der sich als schwul oder homosexuell bezeichnet, auf 71 Prozent zurück. Dieser Rückgang geht mit einem Zuwachs der Kategorien „bisexuell“, „queer“ oder mit der Ablehnung dieser Bezeichnungen einher.

Abbildung 3.1: Sexuelle Orientierung: Selbstdefinition nach Altersgruppen
Basis: alle Teilnehmer

54

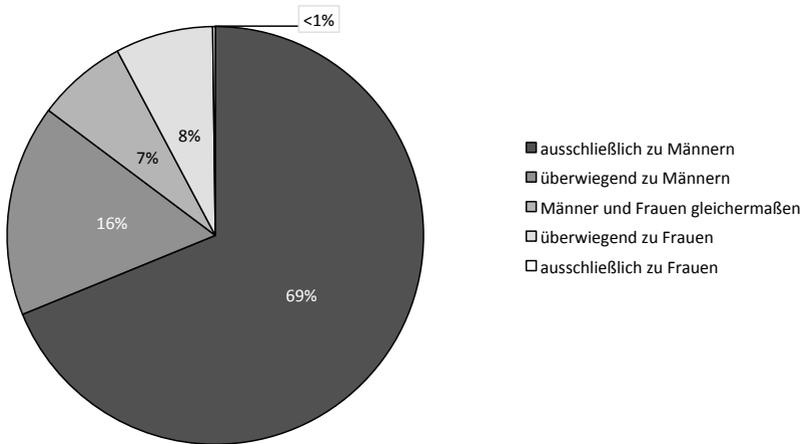


Eine weitere Dimension sexueller Orientierung bildet das sexuelle Begehren, das sich auf Männer, Frauen oder beide Geschlechter beziehen kann. Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer fühlt sich ausschließlich zu Männern (69 Prozent) bzw. überwiegend zu Männern und manchmal zu Frauen (16 Prozent) hingezogen. Weniger Teilnehmer geben an, Männer und Frauen gleichermaßen zu begehren bzw. vorwiegend Frauen sexuell zu begehren. Unter ein Prozent

fühlt sich sexuell ausschließlich zu Frauen hingezogen (Abb. 3.2; Abb. 3.1A im Anhang Seite 291).

Abbildung 3.2: Sexuelle Orientierung: Sexuelles Begehren

Basis: alle Teilnehmer (n = 16.734)

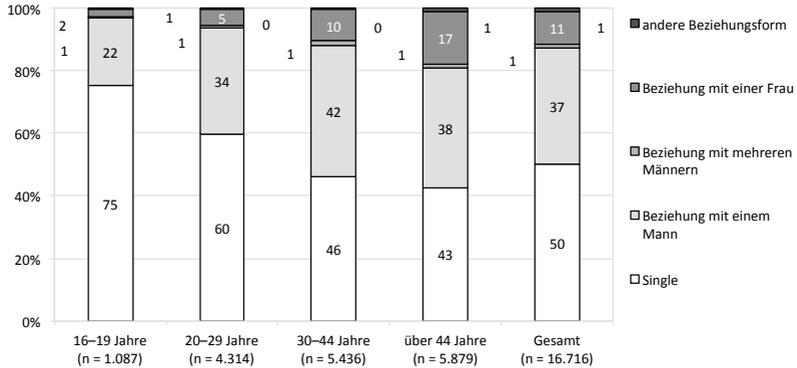


3.2 Beziehungsstatus, Beziehungsdauer und Beziehungswunsch

Die Hälfte der Befragten gibt an, Single zu sein. Dieser Anteil entspricht in etwa den Ergebnissen der beiden vorangegangenen Befragungen. Die meisten Befragungsteilnehmer, die in einer Beziehung leben, führen diese mit einem Mann (37 Prozent). Eine feste Beziehung mit einer Frau ist die zweithäufigste von den Teilnehmern angegebene Beziehungskonstellation (11 Prozent). Unter den über 44-Jährigen ist dieser Anteil mit 17 Prozent am größten. Diese Zusammenhänge replizieren die Ergebnisse früherer SMHA Studien. Beziehungsmodelle mit mehreren Partnern und Partnerinnen werden nur sehr selten berichtet (Abb. 3.3).

Abbildung 3.3: Beziehungsstatus nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

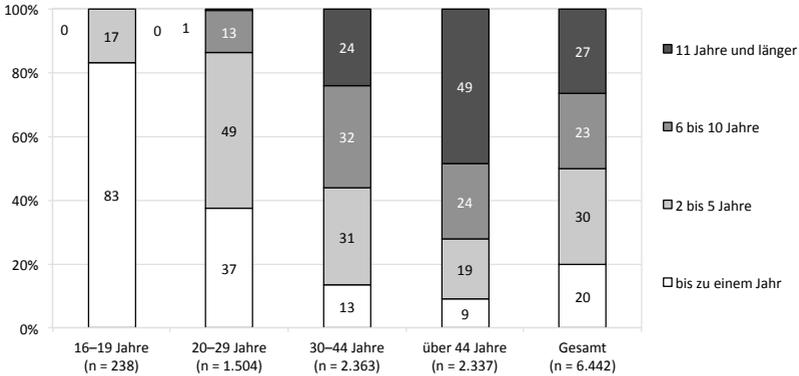


56

Ergänzend zum Beziehungsmodell wurde danach gefragt, wie lang die Beziehung bereits besteht. Im Fall von Beziehungen, die mehr als zwei Personen umfassten, wurden die Teilnehmer gebeten, sich auf den Partner oder die Partnerin zu beziehen mit dem/der sie am längsten zusammen waren. Beziehungen mit einem Mann bestehen bei 30 Prozent der Befragten seit zwei bis fünf Jahren, weitere 50 Prozent geben an, bereits seit sechs Jahren und mehr in dieser Beziehung zu leben. Ein Fünftel der Teilnehmer ist noch nicht länger als ein Jahr mit dem aktuellen Partner zusammen (Abb. 3.4). Erwartungsgemäß steht die Dauer der aktuellen Beziehung in Zusammenhang mit dem Alter der Befragungsteilnehmer.

Abbildung 3.4: Beziehungsdauer mit einem männlichen Partner nach Altersgruppen

Basis: Teilnehmer in einer festen Beziehung mit einem Mann

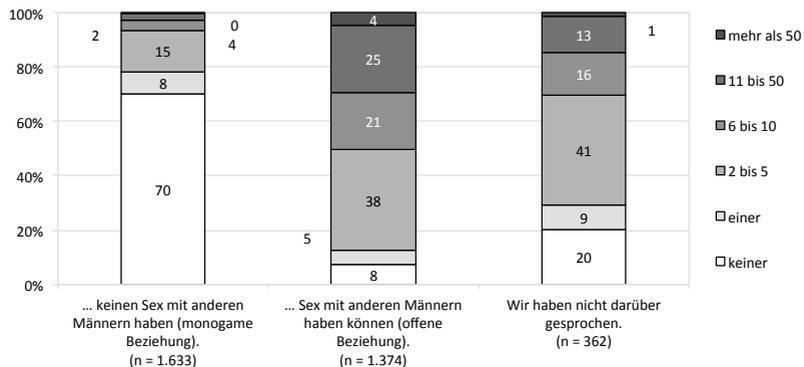


Als Reaktion auf die HIV-Epidemie entwickelten sich auch innerhalb fester Partnerschaften Strategien zum Umgang mit Infektionsrisiken. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang der Umgang mit sexuellen Kontakten außerhalb der Beziehung (vgl. Kapitel 5). Um die Funktionalität dieser Konzepte zu untersuchen, wurden HIV-negative Männer, die in einer Beziehung mit einem Mann leben, nach ihrem Beziehungstypus gefragt. Neben „monogamer“ und „offener“ Beziehung konnte auch angegeben werden, dass darüber (noch) nicht kommuniziert wurde. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer (54 Prozent) in einer Beziehung mit einem Mann gibt an, in einer monogamen Beziehung zu leben. Dieser Anteil bleibt verglichen mit der Erhebung von 2007 (55 Prozent) stabil. Der Anteil offener Beziehungen geht mit 35 Prozent in der aktuellen Erhebung zwar deutlich zurück (vgl. SMHA 2007, 45 Prozent), es handelt sich hierbei vermutlich um ein Methodenartefakt. Geht man davon aus, dass der Anteil eher monogam gelebter Beziehungen relativ zeitstabil ist (vgl. Bochow et al., 2012), scheint es, dass diejenigen, die angeben, nicht darüber gesprochen zu haben, eine offene Beziehung führen. Wie in den vorhergehenden Erhebungen zeigt sich, dass der Anteil monogam gelebter Beziehungen mit der Beziehungsdauer abnimmt, während der Anteil offener Beziehungen zunimmt (Abb. 3.3A im Anhang Seite 292).

Allerdings zeigt sich erneut, dass die Angabe einer „monogamen“ Beziehung sexuelle Kontakte mit anderen Partnern in der Praxis nicht ausschließt, was zudem ein Indiz für die „Ehrlichkeit“ der Befragten bei der Beantwortung des Fragebogens ist. Befragungsteilnehmer, die seit mindestens einem Jahr in einer Beziehung leben und Monogamie vereinbart haben, berichten zu 30 Prozent von mindestens einem anderen Sexualpartner im Jahr vor der Befragung. Darunter sind 15 Prozent, die von zwischen zwei und fünf anderen Sexualpartnern und sechs Prozent, die von mehr als fünf anderen Sexualpartnern berichten (Abb. 3.5).

Abbildung 3.5: Anzahl anderer Sexualpartner nach Beziehungsstatus

Basis: HIV-negative Teilnehmer, die mindestens seit einem Jahr in einer festen Beziehung mit einem HIV-negativen Mann sind



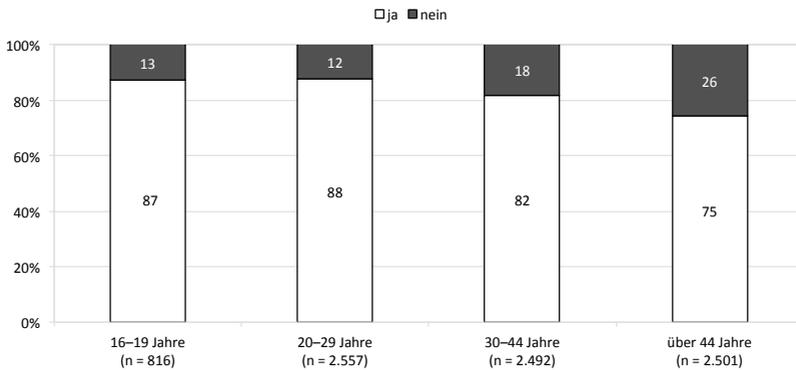
58

Auch für die Teilnehmer, die mit einer Frau in einer festen Beziehung sind, zeigt sich der Einfluss des Lebensalters auf die Dauer der Beziehung. Ungefähr die Hälfte (54 Prozent) dieser Beziehungen bestanden bereits seit mehr als elf Jahren, acht Prozent wurden innerhalb des vergangenen Jahres eingegangen. Wie anfangs bereits erwähnt, sind es insbesondere ältere Männer, die in einer Beziehung mit einer Partnerin leben. Dieses auch in den vorherigen Erhebungen gefundene Ergebnis erklären Bochow et al. (2012) damit, dass diese Beziehungen in jüngerem Alter eingegangen werden, die gleichgeschlechtliche Sexualität aber erst später an Bedeutung gewinnt.

Der Anteil der Singles in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen ist mit 75 Prozent am größten. Mit zunehmendem Alter reduziert sich dieser Anteil und beträgt in der ältesten Altersgruppe nur noch 43 Prozent. Der Anteil der Singles unterscheidet sich jedoch nicht zwischen den unterschiedlichen Wohnortgrößen (Abb. 3.2A im Anhang Seite 292). Teilnehmer, die angeben Single zu sein, wurden zusätzlich gefragt, ob sie gern in einer festen Beziehung wären. Insgesamt 82 Prozent der Singles geben an, sich eine feste Beziehung zu wünschen. In der jüngsten Altersgruppe war dieser Anteil mit 87 Prozent am größten und geht mit zunehmendem Alter auf 75 Prozent bei den über 44-Jährigen zurück (Abb. 3.6).

Abbildung 3.6: Wunsch nach einer festen Beziehung nach Altersgruppen

Basis: Teilnehmer, die nicht in einer festen Beziehung sind



3.3 Offenheit hinsichtlich der sexuellen Orientierung gegenüber dem familiären Umfeld

Um die Offenheit gegenüber dem familiären Umfeld hinsichtlich der sexuellen Orientierung zu erfassen, wurde die Kenntnis der gleichgeschlechtlichen sexuellen Orientierung durch Mutter, Vater, Geschwister und evtl. die eigene Partnerin erhoben. War die Homo-/Bisexualität bekannt, wurde zusätzlich nach der Akzeptanz der sexuellen Orientierung durch die entsprechenden Familienmitglieder gefragt. Wie schon in den vorangegangenen Erhebungen zeigt sich, dass es innerhalb der Familie eher die Mutter (73 Prozent) und die Geschwister (71 Prozent) sind, die Kenntnis von der sexuellen Orientierung haben. Väter werden seltener ins Vertrauen gezogen (65 Prozent) (Abb. 3.7). Bei Betrachtung der wahrgenommenen Akzeptanz erscheint es plausibel, dass die vermutete Akzeptanz auch darüber entscheidet, gegenüber wem ein Coming-out stattfindet. So werden die Mutter und Geschwister eher als akzeptierend wahrgenommen (resp. 85 Prozent; 87 Prozent) als der Vater (74 Prozent) (Abb. 3.8).

60

Abbildung 3.7: Kenntnis der Homo-/Bisexualität im familiären Umfeld

Basis: alle Teilnehmer

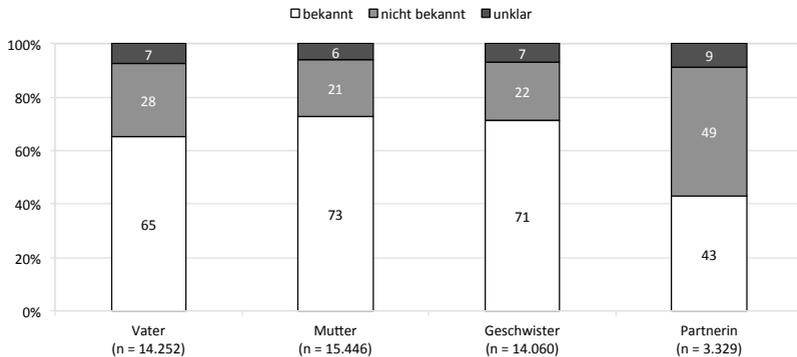
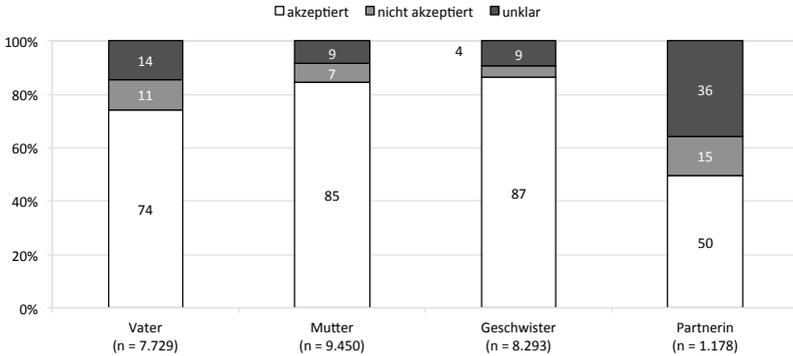


Abbildung 3.8: Akzeptanz der Homo-/Bisexualität im familiären Umfeld

Basis: alle Teilnehmer, deren Homo-/Bisexualität den jeweiligen Familienmitgliedern bekannt ist



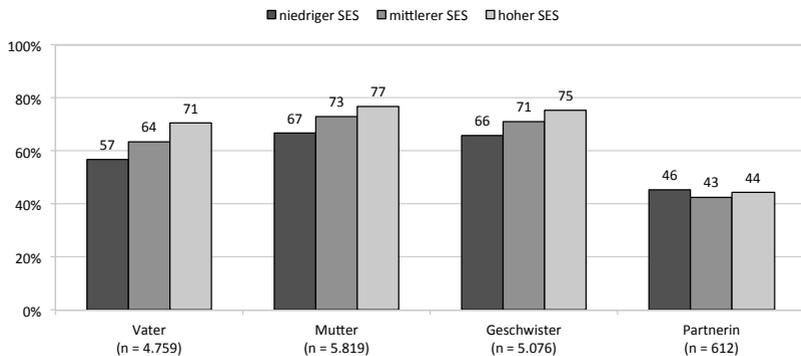
Die Akzeptanz der sexuellen Orientierung weist innerfamiliär Zusammenhänge auf. Unter den Befragten, die angeben, ihr Vater akzeptiere ihre Sexualität nicht, geben noch 57 Prozent an, ihre Mutter akzeptiere die Homo-/Bisexualität. Dieser Anteil steigt auf 97 Prozent, wenn der Vater als akzeptierend wahrgenommen wird (vgl. Abb. 3.4A im Anhang Seite 293). Bei mütterlicher Ablehnung der Homo- bzw. Bisexualität wird der Vater noch von einem Viertel (25 Prozent) als akzeptierend erlebt, während bei Akzeptanz durch die Mutter der Anteil akzeptierender Väter auf 86 Prozent steigt (vgl. Abb. 3.4A im Anhang Seite 293). Ebenfalls hängt die Akzeptanz der Geschwister mit dem innerfamiliären Klima zusammen. Werden beide Elternteile als akzeptierend erlebt, ist das bei 97 Prozent der Geschwister auch der Fall. Ist es nur ein Elternteil, der die Homosexualität akzeptiert, reduziert sich der Anteil unter den Geschwistern auf 82 Prozent. Weniger als die Hälfte der Geschwister (42 Prozent) werden noch als akzeptierend wahrgenommen, wenn beide Elternteile die Homo- bzw. Bisexualität nicht akzeptieren (bzw. das vorhandene Elternteil, wenn nur ein Elternteil vorhanden ist) (Abb. 3.5A im Anhang Seite 293).

Nicht nur die innerfamiliäre Konstellation, auch der SES beeinflusst sowohl die Offenheit gegenüber der engeren Familie als auch die wahrgenommene Akzeptanz. Männer mit einem niedrigeren SES geben seltener an, dass ihre Homo-/Bisexualität bekannt ist und fühlen sich ebenfalls weniger akzeptiert als Männer mit mittlerem und hohem SES. So geben Teilnehmer mit niedrigem SES zu 57 Prozent an, dass ihrem Vater, bzw. zu 67 Prozent, dass ihrer Mutter die Homo-/Bisexualität bekannt ist. Verglichen damit geben Befragungsteilnehmer mit einem hohen SES zu 71 Prozent bzw. 77 Prozent an, dass ihre sexuelle Orientierung ihrem Vater bzw. ihrer Mutter bekannt ist (Abb. 3.9). Bezogen auf die wahrgenommene Akzeptanz der Familienmitglieder zeigt sich der gleiche Zusammenhang. So werden Väter von Teilnehmern mit niedrigem SES nur zu 60 Prozent als akzeptierend wahrgenommen, während Männer mit hohem SES ihre Väter zu 80 Prozent als akzeptierend erleben. Sowohl für Mütter als auch für Geschwister existiert dieser Zusammenhang in gleicher Weise, allerdings weniger stark ausgeprägt. Mütter von Teilnehmern mit niedrigem SES, denen die Homo-/Bisexualität ihres Sohnes bekannt ist, werden zu 81 Prozent als akzeptierend wahrgenommen. Bei einem hohen SES steigt dieser Anteil auf 88 Prozent.

62

Abbildung 3.9: Akzeptanz der Homo-/Bisexualität im familiären Umfeld nach sozioökonomischem Status

Basis: alle Teilnehmer, deren Homo-/Bisexualität den jeweiligen Familienmitgliedern bekannt ist



49 Prozent der Befragungsteilnehmer, die in einer festen Beziehung mit einer Frau waren, geben an, dass die Homo-/Bisexualität der Partnerin nicht bekannt ist. Bei 43 Prozent weiß die Partnerin von der sexuellen Orientierung (vgl. Abb. 3.7). Ist der Partnerin die sexuelle Orientierung bekannt, geben 50 Prozent der Befragten an, dass ihre Homo-/Bisexualität auch akzeptiert wird, jedoch nehmen auch 15 Prozent der Befragungsteilnehmer ihre Partnerinnen als nicht akzeptierend wahr. 36 Prozent der Teilnehmer geben an, nicht zu wissen, ob die Homosexualität von der Partnerin akzeptiert wird (vgl. Abb. 3.8). Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil der Teilnehmer, die angeben, offen gegenüber ihrer Partnerin zu sein. Die gleiche Tendenz zeigt sich beim Zusammenhang mit Beziehungsdauer, allerdings weniger deutlich. In Bezug auf Offenheit gegenüber der Partnerin und deren Akzeptanz spielt der SES des Teilnehmers keine Rolle (vgl. Abb. 3.9).

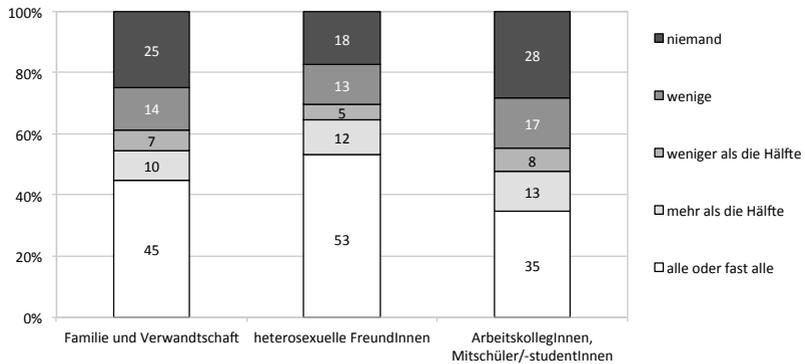
3.4 Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld

Zusätzlich zu den Fragen, die sich auf die engere Familie bezogen, wurde ebenfalls die Kenntnis der Homo-/Bisexualität in der weiteren Verwandtschaft, im Freundeskreis und bei ArbeitskollegInnen erhoben (Abb. 3.10). Bei fast der Hälfte der Befragungsteilnehmer (45 Prozent) wissen alle oder fast alle aus der weiteren Verwandtschaft von der sexuellen Orientierung, 39 Prozent der Teilnehmer geben an, dass nur wenige oder niemand von ihrer Homosexualität Kenntnis hat. Heterosexuellen FreundInnen ist die Homo-/Bisexualität der Teilnehmer häufiger bekannt. 53 Prozent der Befragungsteilnehmer geben an, gegenüber allen oder fast allen offen mit ihrer sexuellen Orientierung umzugehen. 29 Prozent berichten, dass nur wenige oder niemand in dieser Gruppe weiß, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen. Die höchste Vorsicht scheint gegenüber ArbeitskollegInnen bzw. MitschülerInnen/-studentInnen zu bestehen. Ein Drittel (33 Prozent) ist gegenüber allen oder fast allen ArbeitskollegInnen bzw. MitschülerInnen/-studentInnen „geoutet“. Dagegen meinen etwas weniger als die Hälfte (45 Prozent), dass nur wenige oder niemand von ihrer sexuellen Orientierung weiß. Die Erklärung dafür ist vermutlich, wie schon in früheren Befragungen erwähnt, dass Freunde im Gegensatz zu ArbeitskollegInnen bzw. MitschülerInnen/-studentInnen ausgewählt werden können (Bochow et al., 2012). Die Selektion des Freundeskreises bildet damit einerseits die Basis für

mehr Vertrauen und damit auch mehr Offenheit, andererseits kann damit eine Auseinandersetzung mit Menschen, die Homosexualität gegenüber negativ eingestellt sind, umgangen werden. Dieser Auswahlprozess ist an Arbeitsplätzen kaum gegeben und erklärt möglicherweise, warum Befragungsteilnehmer gegenüber KollegInnen und MitschülerInnen weniger offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen.

Abbildung 3.10: Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld

Basis: alle Teilnehmer (n = 16.397)



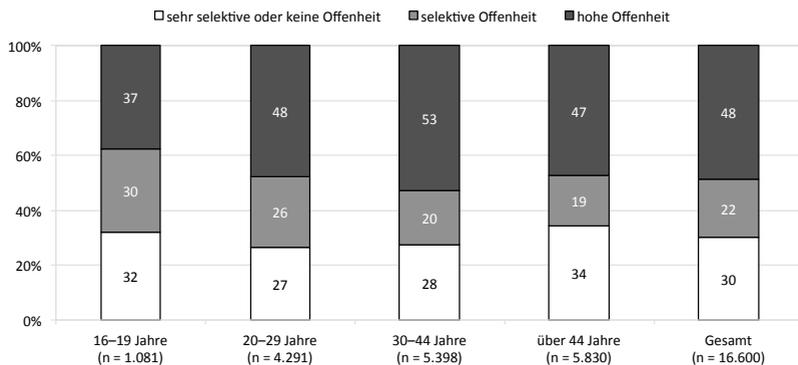
64

Um die Darstellungen von Subgruppenanalysen nach Offenheit im weiteren Bericht übersichtlich und verständlich zu halten, wurden die Antworten auf die drei Items (Familie und Verwandtschaft; FreundInnen; ArbeitskollegInnen, MitschülerInnen und KommilitonInnen) zusammengefasst. Auf der Basis des entstandenen Summenindex wurden die Teilnehmer einer von drei Kategorien zugeordnet. Wissen alle bzw. fast das gesamte Umfeld, dass sich die Befragten zu anderen Männern hingezogen fühlen, wurden sie zur Gruppe mit „hoher Offenheit“ zugeordnet. Teilnehmer, die gegenüber ungefähr der Hälfte ihres sozialen Umfeldes offen leben, wurden der Gruppe „selektive Offenheit“ zugeordnet. Geben die Befragten auf allen drei Skalen an, dass wenige oder niemand von ihrer Homo-bzw. Bisexualität weiß, wurden sie in die Gruppe „sehr selektive / keine Offenheit“ eingestuft.

In der jüngsten Altersgruppe ist eine hohe Offenheit am wenigsten verbreitet (Abb. 3.11); dies mag daran liegen, dass sich die Teilnehmer aus dieser Altersgruppe mehrheitlich noch in einem frühen Stadium des Coming-out-Prozesses befinden. Bei älteren Teilnehmern, die am häufigsten angeben, sehr selektiv mit der Offenlegung der sexuellen Orientierung umzugehen, könnte einem offenerem Lebensstil möglicherweise die stärkere gesellschaftliche Ächtung gleichgeschlechtlicher Sexualität in ihrer Jugend im Weg gestanden haben. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen aber nur gering ausgeprägt.

Abbildung 3.11: Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Die Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld nimmt mit der Größe des Wohnortes zu (Abb. 3.6A im Anhang Seite 294). Dieser Zusammenhang zeigt sich allerdings nur für die über 19-Jährigen. Die Offenheit der Teilnehmer zwischen 16 und 19 Jahren steht dagegen kaum mit der Größe des Wohnortes in Zusammenhang. Je nachdem, ob sich die Teilnehmer ausschließlich zu Männern oder auch zu Frauen hingezogen fühlen, variiert die Offenheit gegenüber ihrem Umfeld. Unabhängig vom Alter der Befragungsteilnehmer sind Männer, die sich ausschließlich zu Männern hingezogen fühlen, deutlich

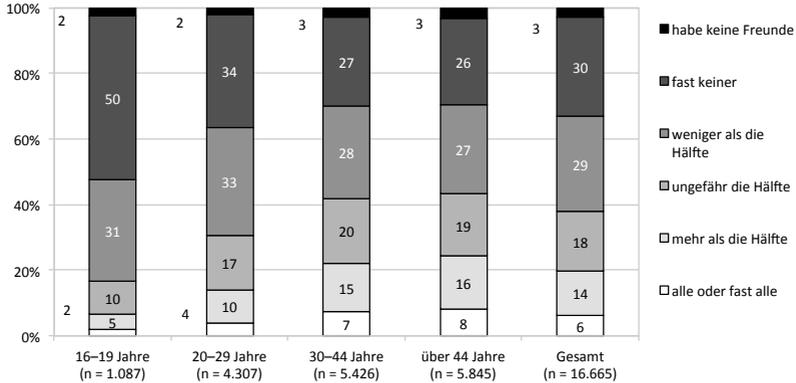
offener als Männer, die ebenfalls ein sexuelles Interesse an Frauen berichten. Diese Tendenz zeigt sich auch hinsichtlich der Offenheit gegenüber einzelnen Familienangehörigen. Der SES wirkt sich ebenfalls auf die Offenheit der Teilnehmer aus. Unter Teilnehmern mit niedrigem SES war der Anteil derer, die sehr selektiv bzw. gar nicht offen waren, mit 41 Prozent am größten, während sozioökonomisch bessergestellte Befragungsteilnehmer mehr Offenheit zeigen (56 Prozent hohe Offenheit; vgl. Abb. 3.7A im Anhang S. 294).

3.5 Zusammensetzung des Freundeskreises

Der Freundeskreis besteht bei den meisten Teilnehmern zum größten Teil aus heterosexuellen Freundinnen und Freunden (59 Prozent). Ein Fünftel der Teilnehmer (20 Prozent) gibt an, dass ihr Freundeskreis hauptsächlich homosexuell sei. Bei 18 Prozent der Teilnehmer ist er zu gleichen Teilen aus homo- und heterosexuellen FreundInnen zusammengesetzt (Abb. 3.12). Mit steigendem Alter berichtet ein größerer Anteil der Teilnehmer einen hauptsächlich homosexuellen Freundeskreis. Männer, die sich als schwul, homosexuell oder queer definieren, haben öfter einen hauptsächlich schwulen Freundeskreis als Männer, die sich als bi- oder heterosexuell bezeichnen. Gerade in der zahlenmäßig kleinen Gruppe der heterosexuell identifizierten Teilnehmer berichtet die Mehrheit von 72 Prozent, dass sie (fast) keine schwulen Männer im Freundeskreis haben (vgl. Abb. 3.8A im Anhang Seite 295). Hinsichtlich der Wohnortgröße besteht ebenfalls ein Zusammenhang mit der Zusammensetzung der Freundeskreise. Je höher die Einwohnerzahl des Wohnortes, umso größer ist der Anteil schwuler Männer im Freundeskreis (vgl. Abb. 3.9A im Anhang Seite 295).

Abbildung 3.12: Anteil schwuler Männer im Freundeskreis nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Von allen Befragungsteilnehmern geben drei Prozent an, keine FreundInnen zu haben. Keine FreundInnen zu haben hängt kaum mit dem Alter oder der Wohnortgröße zusammen. Es zeigt sich aber, dass sieben Prozent der als heterosexuell identifizierten Teilnehmer und elf Prozent der Teilnehmer mit einem niedrigen SES keine FreundInnen berichten.

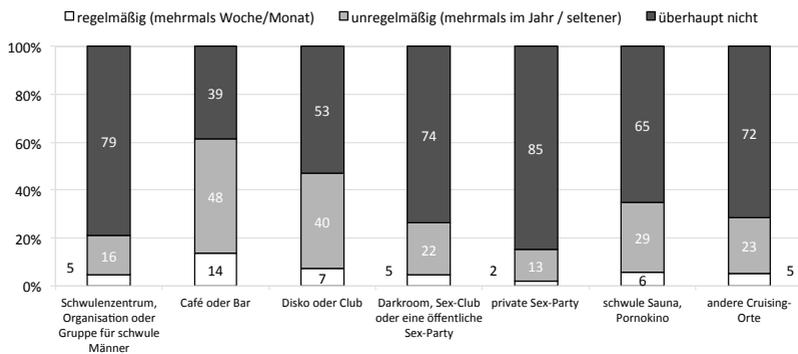
3.6 Besuche schwuler Szeneorte

Um Nutzungsintensität und Nutzungsmuster hinsichtlich der schwulen Szeneorte zu erfassen, wurden die Befragungsteilnehmer gebeten, anzugeben, ob und wie häufig sie verschiedene Einrichtungen und Orte der schwulen Szene besuchen. Neben dem Besuch von Schwulenzentren und Gruppen für schwule Männer wurde auch nach Besuchen von kommerziellen Szeneorten, bei denen die schwule Geselligkeit im Vordergrund steht, wie Cafés und Bars sowie Clubs und Diskos, gefragt. Als Orte, die primär der Anbahnung sexueller Kontakte dienen, wurden die kommerziellen Einrichtungen – „Darkrooms, Sexclubs und öffentliche Sexpartys“, „schwule Saunen und Pornokinos“ – und nicht-kommerzielle Treffpunkte – „private Sexpartys“ und „andere Cruising Orte“

(einzelne Autobahnraststätten, Parks und öffentliche Toiletten/Klappen) – im Fragebogen vorgegeben (Abb. 3.13). Wie in den früheren Berichten wurde für eine übersichtlichere Darstellung die folgende Typologie gebildet: 1) Besucher von Orten schwuler Geselligkeit, 2) Besucher von Orten für schnellen Sex, 3) Besucher von Orten schwuler Geselligkeit und für schnellen Sex, 4) szeneferne Befragungsteilnehmer, die nie einen dieser Orte aufgesucht hatten (Bochow et al., 2012). Zusätzlich werden „regelmäßige Besucher“ (wöchentlich bzw. monatlich) und „sporadische Besucher“ (jährlich bzw. seltener) der einzelnen Orte unterschieden.

Abbildung 3.13: Häufigkeit der Besuche von Orten der schwulen Szene

Basis: alle Teilnehmer (n = 16.709)

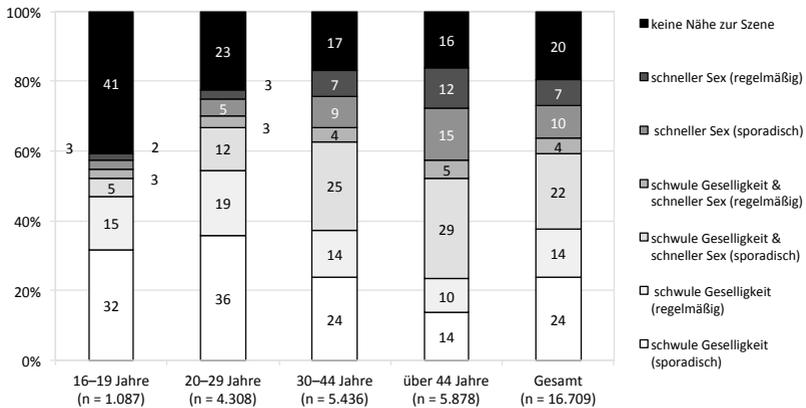


Die am häufigsten frequentierten Orte sind Bars und Cafés, diese werden von 14 Prozent der Befragten regelmäßig aufgesucht. Ungefähr die Hälfte der Befragten (48 Prozent) besucht diese Orte sporadisch. Insgesamt werden Orte schwuler Geselligkeit von 38 Prozent der Befragten besucht, 14 Prozent besuchen diese Orte regelmäßig. 26 Prozent der Teilnehmer besuchen sowohl Orte schwuler Geselligkeit als auch Orte für schnellen Sex. Ein Anteil von 17 Prozent besucht ausschließlich Orte für schnellen Sex, sieben Prozent zählen hier zu den regelmäßigen Besuchern. Ein Fünftel berichtet von gar keinen Kontakten zu den erfragten Einrichtungen und Orten der schwulen Szene und Subkultur. Insgesamt hält etwas mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer eher

sporadischen Kontakt zu wenigstens einem der aufgeführten Orte, während ein Viertel zu regelmäßigen Besuchern der schwulen Szene gezählt werden kann. Subgruppenanalysen bestätigen Trends in der Nutzung von schwulen Szeneorten vorangegangener Erhebungen (vgl. Bochow et al., 2010; 2012). Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Anteil der Befragungsteilnehmer, die gar keinen Kontakt zu Orten der schwulen Szene haben. Eine ähnliche Tendenz findet sich für Teilnehmer, die ausschließlich Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, jüngere Befragungsteilnehmer geben an, diese häufiger zu besuchen als ältere. Die jüngsten Befragungsteilnehmer geben zu 41 Prozent an, in den letzten zwölf Monaten keinen Kontakt zur schwulen Szene gehabt zu haben. In der Gruppe der über 44-Jährigen sind das noch 16 Prozent. Sporadische und regelmäßige Besucher von Orten schwuler Geselligkeit machen in der jüngsten Altersgruppe mit 47 Prozent einen bedeutend größeren Anteil aus als unter den über 44-Jährigen (24 Prozent). Mit zunehmendem Alter intensivieren sich hingegen die Besuche von Orten, die auf sexuelle Kontakte ausgelegt sind (Abb. 3.14).

Abbildung 3.14: Häufigkeit der Besuche von Orten schwuler Geselligkeit und/oder schnellem Sex nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Die Größe des Wohnortes der Befragungsteilnehmer hat ebenfalls einen Einfluss auf die Nutzung der schwulen Szene. Der Anteil regelmäßiger Besucher von Orten schwuler Geselligkeit steigt mit zunehmender Wohnortgröße, während die Gruppe, die keinen Kontakt zu Szeneorten pflegt, abnimmt. Diese Ergebnisse verweisen auf das größere und vielfältigere Angebot an schwulen Treffpunkten und ihre bessere Erreichbarkeit in großen Städten bzw. das weitgehende Fehlen solcher Institutionen in kleineren Städten und Gemeinden. Anders verhält es sich mit den Teilnehmern, die regelmäßig Orte für schnellen Sex aufsuchen, ihr Anteil bleibt über unterschiedliche Wohnortgrößen konstant. Sporadische Besucher von Orten für schnellen Sex sind in kleineren Wohnorten sogar anteilig häufiger vertreten (Abb. 3.10A im Anhang Seite 296).

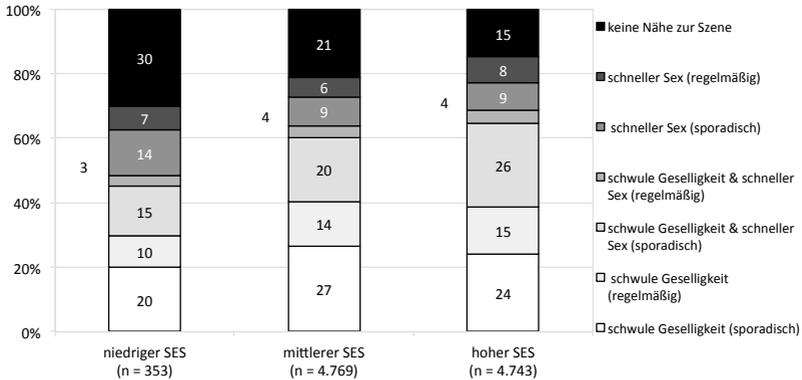
70

Weniger offen lebende schwule und andere MSM suchen Orte schwuler Geselligkeit seltener auf. Ein Grund dafür wird die Angst vor einem ungewollten Coming-out bei einem Besuch eines als Treffpunkt schwuler Männer bekannten Ortes sein, möglich ist aber auch eine emotionale Szenerferne dieser Männer. Befragungsteilnehmer mit hoher Offenheit besuchen Szeneorte mit höherer Regelmäßigkeit und dann vor allem Orte schwuler Geselligkeit bzw. Orte schwuler Geselligkeit und des schnellen Sex. Der größte Anteil der sehr selektiv oder gar nicht offen lebenden Männer besucht die Szene eher sporadisch (und wenn, dann eher Orte für schnellen Sex) oder hat keinen Kontakt zu den aufgeführten Szeneorten (Abb. 3.11A im Anhang Seite 296).

Neben den bereits erwähnten Faktoren spielt bei Besuchen der schwulen Szene auch der SES der Befragungsteilnehmer eine Rolle. Besuche der meisten im Fragebogen thematisierten Treffpunkte sind mit monetären Kosten verbunden, für Eintrittsgelder oder den Konsum von Getränken, und halten vielleicht sozial benachteiligte schwule und andere MSM vom Besuch solcher Lokalitäten ab (Abb. 3.15).

Abbildung 3.15: Häufigkeit der Besuche von Orten schwuler Geselligkeit und/oder schnellem Sex nach sozioökonomischem Status

Basis: alle Teilnehmer

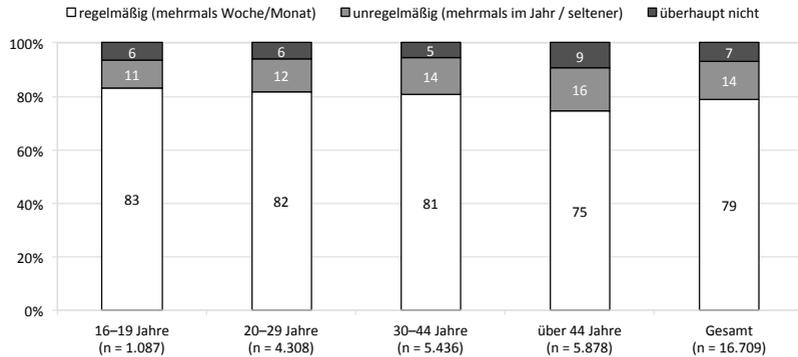


3.7 Besuche schwuler Kontaktportale im Internet

Zusätzlich zu den Orten der schwulen Szene wurde auch nach der Häufigkeit von Besuchen auf schwulen Chat-, Dating- und Kontaktseiten im Internet gefragt. Insgesamt geben 79 Prozent der Befragten an, regelmäßig, d. h. mehrmals wöchentlich oder monatlich, solche Seiten zu besuchen. Nur sieben Prozent der Befragten geben an, entsprechende Seiten im vergangenen Jahr überhaupt nicht besucht zu haben. Junge Männer und Männer im mittleren Lebensalter nutzen diese Online-Angebote etwas häufiger regelmäßig als ältere Männer (Abb. 3.16).

Abbildung 3.16: Nutzung schwuler Kontaktportale im Internet nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

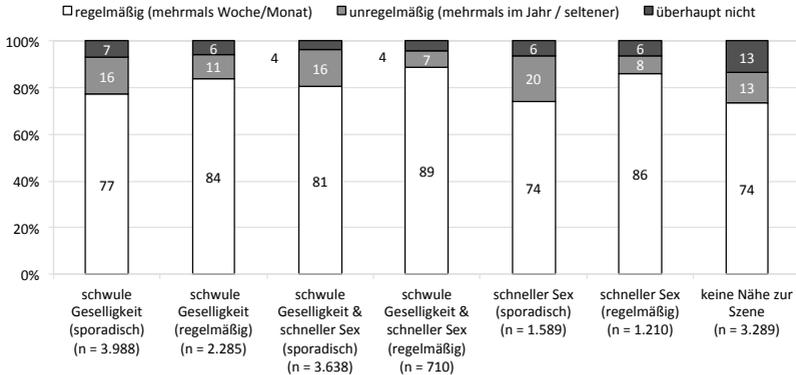


72

Die Wohnortgröße, aber auch die Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld, hängt kaum mit der Nutzungsintensität von Chat-, Dating- und Kontaktseiten zusammen. Damit zeigt sich erneut, dass Online-Angebote schwule und andere MSM in kleineren Ortschaften und Städten sowie weniger offen lebende Männer ebenso gut erreichen wie Männer aus größeren Städten und Befragte, die ihre Homo-/Bisexualität offener leben. Die Nutzung von Chat-, Dating- und Kontaktseiten hängt allerdings auch mit der Regelmäßigkeit, mit der Einrichtungen und Orte der schwulen Szene aufgesucht werden, zusammen. Teilnehmer, die regelmäßig Orte schwuler Geselligkeit oder für schnellen Sex oder beides aufsuchen, nutzen auch häufiger Datingportale im Internet (Abb. 3.17).

Abbildung 3.17: Nutzung schwuler Kontaktportale nach Szenenutzung

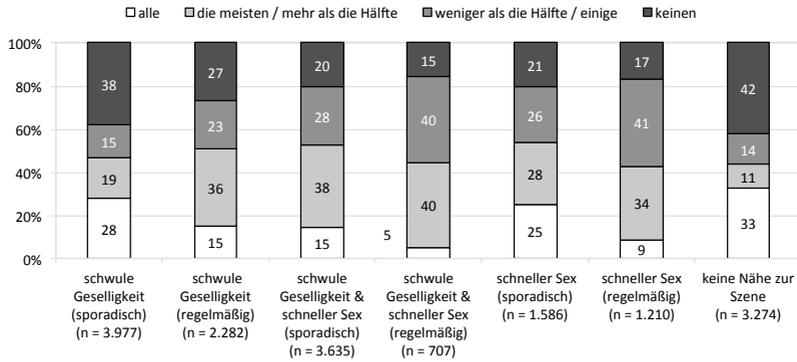
Basis: alle Teilnehmer



Ergänzend wurde erfragt, wie viele ihrer Sexualpartner die Befragungsteilnehmer im Internet kennengelernt hatten. Insgesamt lernen 22 Prozent der Teilnehmer alle ihre Sexualpartner über das Internet kennen. Etwas weniger als ein Drittel (29 Prozent) gibt an, auf diesem Weg keinen Sexualpartner kennengelernt zu haben (Abb. 3.11a im Anhang Seite 296). Je intensiver Orte der schwulen Szene besucht werden, desto geringer ist der Anteil der Onlinebekanntschaften. Ein Drittel der Befragten, die keinen Kontakt zu den aufgeführten Orten schwuler Szene hatten, gibt an, alle Sexualpartner online kennengelernt zu haben. Unter regelmäßigen Besuchern von Szenetreffpunkten beträgt dieser Anteil noch zwölf Prozent. Gleichzeitig ist der Anteil derer, die keinen ihrer Sexualpartner über das Internet kennenlernten, in der szenefernen Gruppe am größten (42 Prozent) und sinkt mit zunehmenden Kontakten zur Szene auf 22 Prozent bei regelmäßigen Besuchern der Szene (Abb. 3.18).

Abbildung 3.18: Anzahl der Sexualpartner, die über Internetportale und Smartphone-Apps kennengelernt wurden, nach Szenenutzung

Basis: alle Teilnehmer



74

Die Kontaktaufnahme über das Internet wird vor allem von jüngeren schwulen und anderen MSM bevorzugt. Ungefähr die Hälfte der beiden jüngsten Altersgruppen (unter 20-Jährige und 20- bis 29-Jährige) gibt an, alle oder die meisten ihrer Sexualpartner über das Internet kennengelernt zu haben. Bei den über 44-Jährigen sind dies noch 41 Prozent. Tendenziell nimmt der Anteil der online geschlossenen Kontakte mit zunehmendem Alter ab (Abb. 3.12A im Anhang S. 297). Die Größe des Wohnorts hat keinen großen Einfluss auf den Anteil der Onlinebekanntschaften. Der Einfluss des SES auf die Partnersuche im Internet ist ebenfalls nur gering ausgeprägt.

3.8 Zusammenfassung und Fazit

Mit 71 Prozent definiert sich die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer als schwul oder homosexuell. 69 Prozent geben zudem an, dass sich ihr Begehren ausschließlich auf Männer richtet. Als bisexuell definiert sich fast jeder fünfte Teilnehmer. Die Identifikation als queer ist sehr selten unter den Teilnehmern und wird von ungefähr einem Prozent der Teilnehmer gewählt. Der Anteil der

sich als schwul definierenden Männer ist in der Zeitreihe rückläufig, Teilnehmer berichten hingegen öfter, dass sie sich als bisexuell identifizieren oder eine andere Bezeichnung vorziehen. Es kann nicht entschieden werden, inwiefern dieses Ergebnis tatsächlich als eine Entwicklung in der Population interpretiert werden kann oder auf Methodeneffekte zurückzuführen ist.

Die Hälfte der Teilnehmer bezeichnet sich als Single, 38 Prozent sind in einer Beziehung mit einem Mann oder mehreren Männern, elf Prozent mit einer Frau. Mehr als die Hälfte der Beziehungen mit einem Mann dauern länger als zehn Jahre. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer in einer Beziehung mit einem Mann geben an, in einer monogamen Beziehung zu leben, 35 Prozent geben eine offene Beziehung an, die übrigen Teilnehmer haben das Beziehungsmodell mit ihrem Partner nicht besprochen. Offene Beziehungen sind mit zunehmender Beziehungsdauer häufiger. Vor allem jüngere Teilnehmer sind Singles. Unter allen Singles wünschen sich 82 Prozent eine Beziehung, am weitesten verbreitet ist dieser Wunsch unter den jüngeren Teilnehmern, die nicht in einer Beziehung sind.

Die eigene Homosexualität ist der Mutter und den Geschwistern häufiger bekannt als dem Vater. Mutter und Geschwister werden auch häufiger als akzeptierend erlebt als der Vater. Die Akzeptanz ist zudem innerfamiliär nicht unabhängig. Akzeptiert ein Elternteil die Homosexualität des Teilnehmers, so ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass auch der andere Elternteil oder die Geschwister diese akzeptieren. Die Bekanntheit und Akzeptanz der Homosexualität hängt auch vom sozioökonomischen Status der Teilnehmer ab, d. h. bei Teilnehmern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist die Homosexualität in der Familie seltener bekannt und seltener akzeptiert. Nur einer Minderheit der weiblichen Partnerinnen ist die Homosexualität ihrer männlichen Partner bekannt.

Gegenüber dem weiteren Umfeld geht fast die Hälfte der Teilnehmer offen mit der eigenen Homosexualität um. Immerhin 30 Prozent gehen allerdings gar nicht offen mit ihrer Sexualität um oder öffnen sich nur sehr selektiv im sozialen Umfeld. Am geringsten ist die Offenheit gegenüber Arbeitskollegen, nur bei einem Drittel der Teilnehmer kennen alle ArbeitskollegInnen, MitschülerInnen oder KommilitonInnen die sexuelle Orientierung des Teilnehmers. Bei

den meisten Teilnehmern besteht der Freundeskreis überwiegend aus heterosexuellen FreundInnen. Der Anteil der homosexuellen Freunde steigt mit zunehmendem Alter an. Der Besuch der schwulen Szene ist abhängig vom Alter und vom sozioökonomischen Status. Jüngere Teilnehmer und Teilnehmer mit einem höheren sozioökonomischen Status suchen gar keine Orte der schwulen Szene auf. Ein Fünftel der Teilnehmer suchen gar keine Orte der schwulen Szene auf, weitere 54 Prozent nutzen die Szene nur sporadisch. Wie bei einer Internetstichprobe zu erwarten war, nutzen vier von fünf Teilnehmern schwule Kontaktportale im Internet regelmäßig, auch Teilnehmer, die gar keine Orte der schwulen Szene aufweisen, nutzen zu 74 Prozent diese Kontaktportale regelmäßig. Entsprechend ist der Anteil der über das Internet kennengelernten Sexualpartner unter den Teilnehmern hoch. Jeder fünfte Teilnehmer hat alle Sexualpartner im Internet kennengelernt.

IV. PSYCHISCHE GESUNDHEIT, SUBSTANZKONSUM UND GEWALTERFAHRUNGEN

IV. Psychische Gesundheit, Substanzkonsum und Gewalterfahrungen

77

Seit einigen Jahrzehnten kann vor allem in den USA und anderen englischsprachigen Ländern eine zunehmende Beschäftigung mit einer umfassenden Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM in den Gesundheitswissenschaften verzeichnet werden. Zahlreiche Studien lenken den Blick auf die Tatsache, dass schwule und andere MSM nicht nur häufiger von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) betroffen sind, sondern die homosexuelle Orientierung auch einen Risikofaktor für den Erwerb anderer Erkrankungen darstellen kann. Psychische Erkrankungen, und dabei vor allem affektive Störungen, Angststörungen, Suizidalität und problematischer Substanzkonsum, finden sich überdurchschnittlich häufig bei schwulen und anderen MSM verglichen mit ausschließlich heterosexuell lebenden Männern (Cochran & Mays, 2013; Plöderl, 2006; Plöderl et al., 2013). Die Ursachen werden dabei nicht in der Homosexualität selbst, also etwaigen genetischen oder anderen biologischen Prädispositionen gesehen, sondern im gesellschaftlichen Umgang mit der Homosexualität und den Stressoren, die dadurch für schwule und andere MSM entstehen (Meyer, 2003). Diese Stressoren sind somit ein

Produkt individueller und struktureller Diskriminierungserfahrungen bei gleichzeitigem Mangel an psychosozialen Ressourcen (Sander, 2006).

Dabei sind die psychischen Erkrankungen nicht nur um ihrer selbst willen ein Thema für Wissenschaft und Prävention: Im Syndemie-Ansatz werden psychische Erkrankungen bei schwulen Männern als eine Epidemie verstanden, die sich mit der HIV-Epidemie wechselseitig beeinflusst. Das bedeutet, dass schwule und andere MSM, die unter einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit leiden, eine erhöhte Vulnerabilität für eine HIV-Infektion aufweisen und umgekehrt, HIV-positive Männer eine erhöhte Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung haben (vgl. Ciesla & Roberts, 2001). Ergebnisse zum Zusammenhang von psychischer Gesundheit und sexuellem Risikoverhalten werden in Kapitel 6 vorgestellt. Als Indikatoren der psychischen Gesundheit wurden in der aktuellen Erhebung das psychische Wohlbefinden (als Vorliegen ängstlich-depressiver Symptome), die selbstberichteten Diagnosen psychischer Erkrankungen und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme oder Krisen erfasst. Die Ergebnisse zu diesen Themenbereichen werden in diesem Kapitel in den Kontext bereits in vorherigen Erhebungen erfasster einschlägiger Themen – wie antihomosexueller Gewalterfahrungen, internalisierter Homonegativität und des Konsums psychoaktiver Substanzen – gestellt.

78

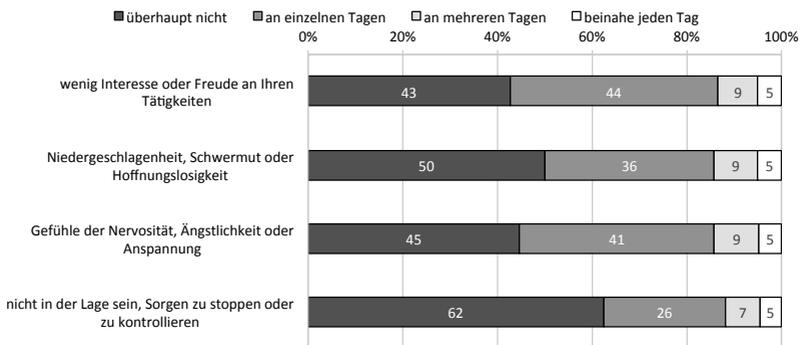
4.1 Psychisches Wohlbefinden

Das psychische Wohlbefinden wurde anhand von vier Items erfasst, die zusammen einen Kurzfragebogen zur Einschätzung des Ausmaßes psychischer Belastungen bilden, den PHQ-4 (vgl. Abb. 4.1). Die vier Items erfassen jeweils zwei Kernsymptome der Depression und der Angststörung (vgl. Abb. 4.1). Die Befragungsteilnehmer gaben dazu auf einer 4-stufigen Skala, von „überhaupt nicht“ (0 Punkte) bis „beinahe jeden Tag“ (3 Punkte) die Intensität der Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen an. Als Warnsignal bzw. Indikator für ein bereits beeinträchtigtes Wohlbefinden aufgrund von moderaten ängstlich-depressiven Symptomen wird dabei das Überschreiten von 6 Punkten betrachtet. Ein Wert zwischen 6 und 8 Punkten bedeutet, dass wenigstens zwei Symptome an mehr als sieben Tagen in den vergangenen zwei Wochen vorlagen.

Dass zusätzlich zur gerade beschriebenen moderaten Symptomatik mindestens eines der Symptome an fast allen Tagen der vergangenen zwei Wochen vorlag, kann ab einem Wert von 9 Punkten angenommen werden. Das Überschreiten dieses Grenzwertes ist ein Hinweis auf eine deutliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens aufgrund schwerwiegender ängstlich-depressiver Symptome (Löwe et al., 2010). Im folgenden Abschnitt wird das Überschreiten des ersten Grenzwertes mit einem weniger guten psychischen Wohlbefinden umschrieben. Bei Überschreitung des zweiten Grenzwertes wird von einem schlechten psychischen Wohlbefinden die Rede sein.

Abbildung 4.1: Verteilung der Antworten für die Items des PHQ-4

Basis: alle Teilnehmer (n = 16.574)

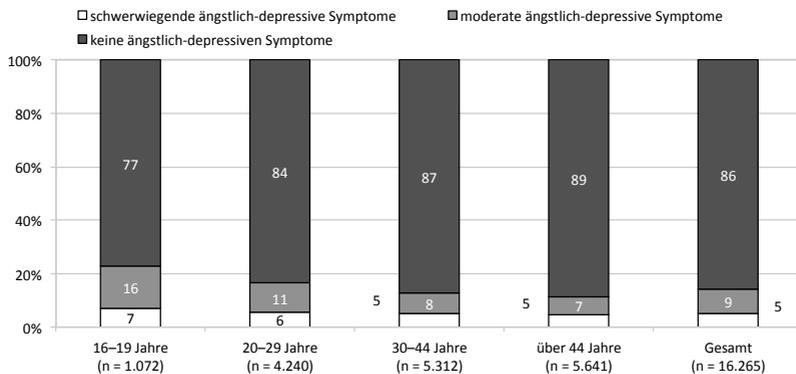


Für die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer (86 Prozent) ergeben sich Werte auf dem PHQ-4, die nicht auf eine ängstlich-depressive Symptomatik schließen lassen, deren psychisches Wohlbefinden also nicht beeinträchtigt ist. Jedoch berichtet fast jeder zehnte Teilnehmer (9 Prozent) von moderaten ängstlich-depressiven Symptomen und einem entsprechend weniger guten psychischen Wohlbefinden. Bei jedem zwanzigsten Befragungsteilnehmer kann zudem von schwerwiegenden ängstlich-depressiven Symptomen gesprochen werden (vgl. Abb. 4.2).

Junge schwule und andere MSM sind am stärksten von psychischen Belastungen betroffen. In der Altersgruppe unter 20 Jahren berichtet fast jeder sechste Befragungsteilnehmer (16 Prozent) von moderaten Symptomen. Bei weiteren sieben Prozent der jüngsten Altersgruppe liegen sogar schwerwiegende ängstlich-depressive Symptome vor. Mit zunehmendem Alter reduziert sich der Anteil derer, die von einer moderaten oder schwerwiegenden Symptomatik berichten (vgl. Abb. 4.2).

Abbildung 4.2: Psychisches Wohlbefinden nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



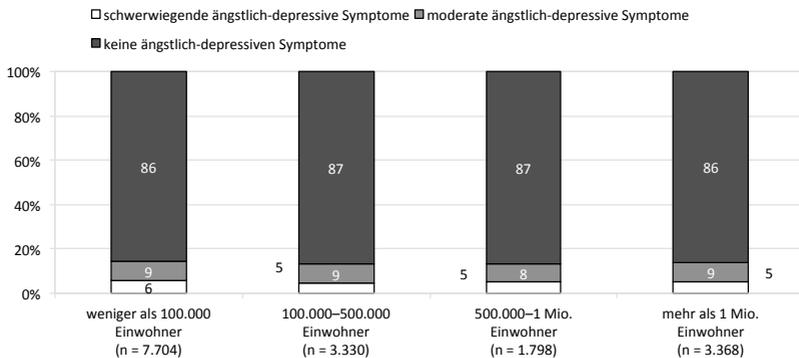
80

Ohne Berücksichtigung des Alters scheint die Größe des Wohnortes keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Befragungsteilnehmer zu haben (vgl. Abb. 4.3). Werden jedoch die einzelnen Altersgruppen miteinander verglichen, zeigt sich, dass sich die Größe des Wohnortes für die verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich auswirkt. Besonders junge schwule und andere MSM, die in kleineren Ortschaften und Städten leben, berichten im Vergleich zu Gleichaltrigen in größeren Städten häufiger von psychischen Belastungen. So berichten 16 Prozent der jüngsten Teilnehmer, die in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern wohnen, moderate ängstlich-depressive Symptome, bei neun Prozent kann von einer schwerwiegenden Symptomatik ausgegangen werden. Gleichaltrige Teilnehmer aus Metropolen hingegen geben zu

zwölf Prozent eine moderate und nur zu drei Prozent eine schwerwiegende Symptomatik an (vgl. Abb. 4.1A im Anhang Seite 297). Ein Trend von dieser Deutlichkeit zeichnet sich in den älteren Altersgruppen nicht ab. Aufgrund der kleineren Gruppengrößen sind diese Ergebnisse zwar mit Vorsicht zu interpretieren, allerdings zeigen sie mögliche Faktoren auf, die mit der besonderen Vulnerabilität junger schwuler und anderer MSM in Verbindung stehen können (vgl. Sander 2006 und 2010).

Abbildung 4.3: Psychisches Wohlbefinden nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



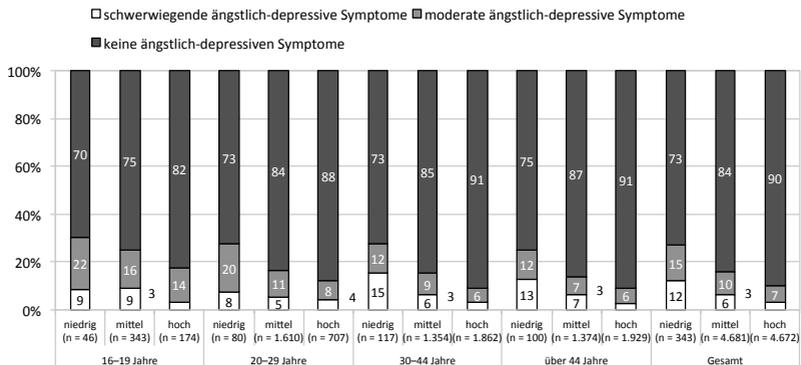
Die Gesundheitswissenschaften waren bisher sehr erfolgreich darin, den SES als wichtige Determinante von Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung zu bestätigen. Dass der SES auch mit der Vulnerabilität für eine HIV-Infektion unter schwulen und anderen MSM zusammenhängt, konnte ebenfalls in verschiedenen Studien demonstriert werden (Biechele, 1996; Bochow, 2000; Luger, 1998). Wie Abbildung 4.4 zeigt, hängt das psychische Wohlbefinden auch mit dem SES schwuler und anderer MSM zusammen. Insgesamt zeigt sich, dass zwölf Prozent der Befragungsteilnehmer mit einem niedrigen SES von schwerwiegenden Symptomen berichten. Dieser Anteil ist viermal so hoch wie in der Gruppe mit dem höchsten SES. Dieser Zusammenhang findet sich auch innerhalb der verschiedenen Altersgruppen. In allen Altersgruppen geht ein

niedrigerer SES auch mit einer höheren psychischen Belastung einher. Zwar lässt sich bei Teilnehmern mit mittlerem und hohem SES der zu erwartende Rückgang in der Intensität ängstlich-depressiver Symptome mit zunehmendem Alter erkennen, bei Befragungsteilnehmern mit niedrigem SES fällt dieser allerdings geringer aus. Lediglich 70 Prozent der unter 20-Jährigen mit niedrigem SES beschreiben keine ängstlich-depressiven Symptome in den letzten zwei Wochen. Der Großteil derer, die von Symptomen berichten, gibt eine moderate Symptomatik an (22 Prozent), bei neun Prozent sind einzelne Symptome schwerwiegend. Die Gruppe mit dem höchsten Anteil, der von schwerwiegenden Symptomen berichtet, ist die Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen mit niedrigem SES. Auch in dieser Gruppe sind es nur 73 Prozent, die keine Symptome berichten, 15 Prozent geben jedoch schwerwiegende ängstlich-depressive Symptome an. Dagegen berichten Männer in vergleichbarem Alter, aber mit hohem SES, zu 91 Prozent keine Symptome und nur zu drei Prozent eine schwerwiegende Symptomatik.

82

Abbildung 4.4: Psychisches Wohlbefinden nach sozioökonomischem Status und Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

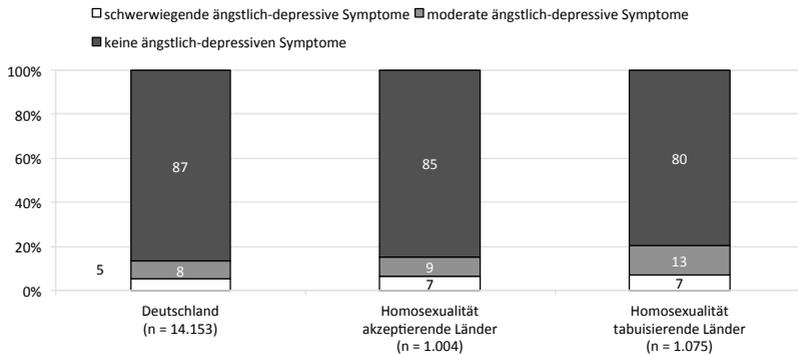


Das psychische Wohlbefinden hängt zudem mit dem Migrationshintergrund der Teilnehmer zusammen. Dabei sind es vor allem schwule und andere MSM,

die entweder selbst oder deren Eltern aus Ländern migriert sind, in denen Homosexualität nicht akzeptiert wird (zur Einteilung vgl. Kapitel 2.6). 20 Prozent dieser Teilnehmer berichten eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik. Unterschiede zwischen Teilnehmern ohne Migrationshintergrund (13 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik) und mit einem Migrationshintergrund aus einem Land, in dem Homosexualität akzeptiert wird (15 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik) finden sich kaum. Die größten Unterschiede zeigten sich in Bezug auf eine moderate Intensität ängstlich-depressiver Symptome (vgl. Abb. 4.5). Aufgrund der vereinfachten Erfassung des Migrationshintergrundes und der nur groben Klassifizierung der Länder nach dem kulturellen Umgang mit Homosexualität ist es wahrscheinlich, dass die hier berichteten Unterschiede bei genauerer Erfassung dieser Merkmale noch deutlicher hervortreten.

Abbildung 4.5: Psychisches Wohlbefinden nach Herkunftsland bzw. Herkunftsland der Eltern

Basis: alle Teilnehmer



Aufschlussreich, wenn auch schwierig zu interpretieren, ist ein Vergleich der Ergebnisse der aktuellen SMHA-Erhebung zum psychischen Wohlbefinden mit Daten zum psychischen Wohlbefinden in der männlichen Allgemeinbevölkerung. Vergleichswerte liefert die gesundheitswissenschaftliche Studie DEGS1

(Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) des Robert Koch Instituts mit ihrer repräsentativen Stichprobe für die deutsche Allgemeinbevölkerung (Busch, Maske, Schlack & Hapke, 2013). Zwei Faktoren schränken allerdings die Vergleichbarkeit der beiden Datenquellen ein. Zum einen setzt die DEGS1-Studie nicht den PHQ-4 zur Erfassung der ängstlich-depressiven Symptomatik ein, sondern nutzt den PHQ-9, der lediglich eine depressive, aber keine ängstliche Symptomatik misst. Der Vergleich beider Studien kann deshalb nur auf der Basis der zwei Items des PHQ-4, die depressive Symptome erfassen, durchgeführt werden. Zwar liefert der PHQ-9 damit genauere Ergebnisse als das in der SMHA-Studie eingesetzte Instrument, aber Studien konnten zeigen, dass die Ergebnisse hinsichtlich der Aussagen über das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, die beide Instrumente zeitigen, vergleichbar sind (Löwe, Kroenke & Gräfe, 2005)⁷. Ein zweiter Faktor beeinträchtigt die Vergleichbarkeit der beiden Studienpopulationen jedoch in stärkerem Ausmaß. Die SMHA-Studie stellt keine repräsentative Stichprobe dar, das heißt, soziodemographische Variablen sind in dieser Stichprobe anders verteilt als in der bevölkerungsrepräsentativen DEGS1-Studie. So liegt der Anteil an Männern mit einem niedrigen SES in der SMHA-Studie bei vier Prozent, in der DEGS1-Studie liegt er jedoch bei ungefähr 20 Prozent. Da der SES, wie gerade gezeigt, deutlich mit dem psychischen Wohlbefinden zusammenhängt, unterschätzt die SMHA-Stichprobe die tatsächliche Prävalenz der depressiven Symptomatik unter schwulen und anderen MSM deutlich. Eine Bereinigung der Stichprobe um diese Effekte, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu erzielen, kann für den vorliegenden Bericht leider nicht erfolgen.

Ungeachtet dieser Probleme zeigt sich im direkten Vergleich der Ergebnisse beider Studien eine deutlich höhere Belastung schwuler und anderer MSM mit einer depressiven Symptomatik (10,1 Prozent) als in der männlichen Gesamtbevölkerung, die hier einen Wert von sechs Prozent aufweist (vgl. Abb. 4.5).

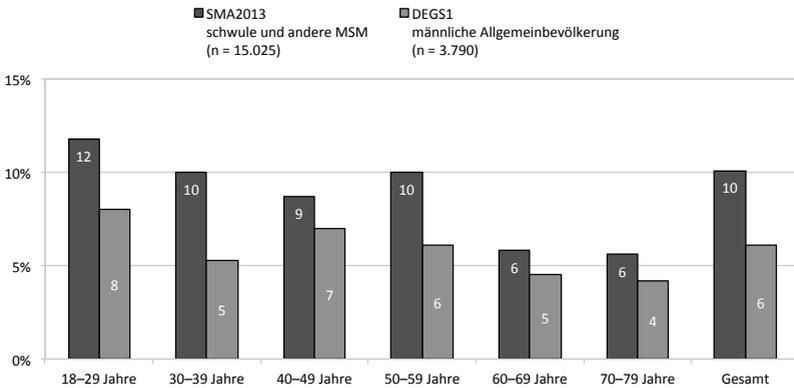
Bezogen auf Teilnehmer im Alter von 18 bis 29 Jahren liegt die Prävalenz in der männlichen Allgemeinbevölkerung bei acht Prozent, während die Prävalenz bei schwulen und anderen MSM bei zwölf Prozent liegt. Der bereits weiter

⁷ Für den PHQ-9 beschreibt ein Wert ab 10 Punkten eine depressive Symptomatik, für den PHQ-2 (die beiden Items zur Erfassung depressiver Symptome des PHQ-4) wird ein Grenzwert von 3 Punkten verwendet (Löwe et al., 2010)

oben erwähnte typische Zusammenhang, dass depressive Symptome mit zunehmendem Alter milder werden oder verschwinden, zeigt sich ebenfalls in beiden Studien, allerdings im Fall schwuler und anderer MSM auf einem höheren Niveau.

Abbildung 4.6: Vergleich der Prävalenzen depressiver Symptomatik zwischen der SMHA-Studie und der männlichen Gesamtbevölkerung

Basis: alle Teilnehmer der Studie SMHA2013 und alle männlichen Teilnehmer der Studie DEGS1



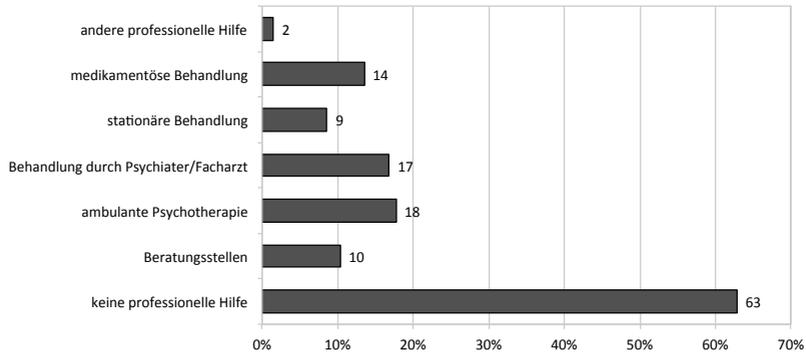
4.2 Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Die Mehrheit von fast zwei Dritteln der Teilnehmer hat bisher keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen, die wegen etwaiger psychischer Probleme oder Krisen notwendig geworden wäre (vgl. Abb. 4.7). Irgendeine Form der psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlung wurde von 32 Prozent der Teilnehmer berichtet, fünf Prozent haben ausschließlich Beratungsstellen aufgesucht⁸.

⁸ Diese Information wird nicht separat in der Abbildung 4.7 dargestellt. Jeweils fünf Prozent der Teilnehmer geben an, ausschließlich Beratungsstellen bzw. sowohl Beratungsstellen als auch andere Formen der professionellen Hilfe genutzt zu haben.

Abbildung 4.7: Inanspruchnahme professioneller Hilfe wegen psychischer Probleme und Krisen

Basis: alle Teilnehmer (n = 16.929)



86

Die von allen Befragungsteilnehmern am häufigsten genutzten Angebote sind die ambulante Psychotherapie (18 Prozent) und die Behandlung durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt (17 Prozent). Fast jeder zehnte Teilnehmer (9 Prozent) gibt an, in seinem Leben bereits einmal stationär wegen psychischen Problemen oder Krisen behandelt worden zu sein. Weitere zwei Prozent entfielen auf andere Formen der Behandlung wie die Hausärztin / den Hausarzt, die Heilpraktikerin / den Heilpraktiker und Coaches. Die Medikation mit Psychopharmaka wird von insgesamt 14 Prozent der Teilnehmer berichtet.

Ältere Teilnehmer haben alle Arten professioneller Hilfe häufiger in Anspruch genommen als jüngere Teilnehmer, außer Beratungsstellen, für deren Nutzung sich kein Alterseffekt zeigt. Beratungsstellen zur Unterstützung bei psychischen Krisen sind ein vergleichsweise neues Phänomen und sind erst vereinzelt in den 1970er- und 1980er-Jahren entstanden.

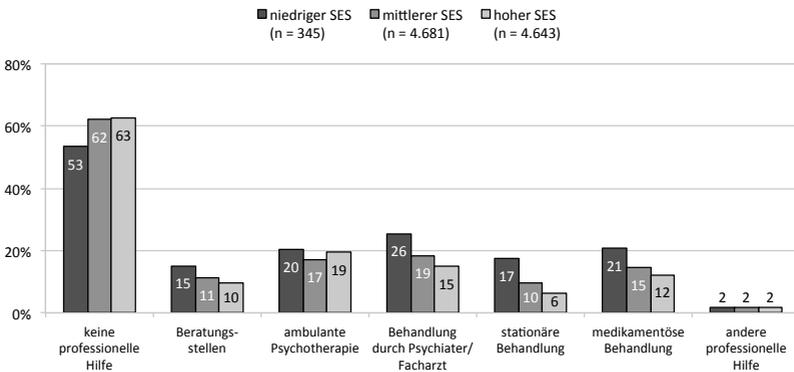
Hinsichtlich der Wohnortgröße der Befragungsteilnehmer zeigt sich zum einen, dass die Nutzung von therapeutischer und ärztlicher Hilfe mit der Größe des Wohnortes zunimmt. Zurückführen lässt sich das vermutlich auf

die bessere Verfügbarkeit entsprechender Angebote in größeren Städten. Am deutlichsten wird dieser Zusammenhang bei der Nutzung von Beratungsstellen und ambulanter Psychotherapie. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von ärztlich/psychiatrischen Angeboten sind die Unterschiede geringer (vgl. Abbildung 4.2A im Anhang Seite 298).

Wie beim psychischen Wohlbefinden hängt auch die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe mit dem SES zusammen. Es zeigt sich, dass Teilnehmer mit niedrigem SES häufiger Hilfe in Anspruch nehmen. In dieser Gruppe geben 53 Prozent an, bisher noch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, dieser Anteil ist in der mittleren und oberen Statusgruppen höher. Die Tendenz, dass Teilnehmer niedrigerer Statusgruppen häufiger professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, zeigt sich mit wenigen Ausnahmen für alle Kategorien professioneller Hilfe. Lediglich die ambulante Psychotherapie wird beinahe ebenso häufig von Befragungsteilnehmern der niedrigsten Gruppe (20 Prozent) wie von denen der höchsten (19 Prozent) genutzt (vgl. Abb. 4.8).

Abbildung 4.8 Inanspruchnahme professioneller Hilfe nach sozioökonomischem Status

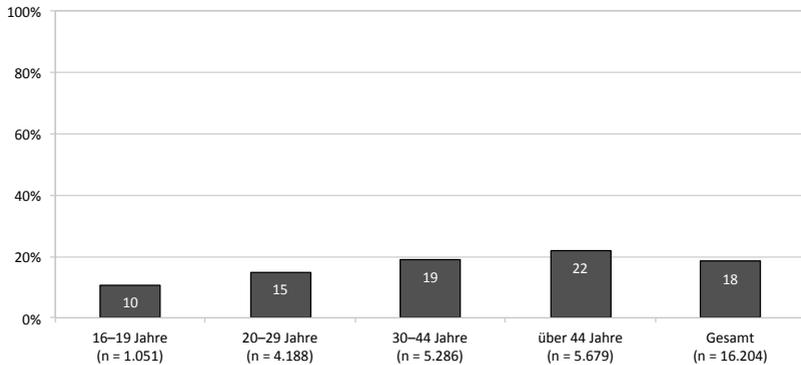
Basis: alle Teilnehmer



Als letzter Aspekt des psychischen Wohlbefindens wurden Diagnosen von psychischen Störungen von den Teilnehmern erfragt. Insgesamt geben 18 Prozent der Teilnehmer an, dass ein Arzt oder Psychotherapeut bei ihnen eine psychische Störung diagnostiziert hat. Abbildung 4.9 zeigt, dass die Lebenszeitprävalenz für die Diagnose einer psychischen Störung, wie zu erwarten war, mit zunehmendem Alter ansteigt – bis auf 22 Prozent in der ältesten Altersgruppe.

Abbildung 4.9: Lebenszeitprävalenz diagnostizierter psychischer Störungen nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Muster, die sich hinsichtlich der ängstlich-depressiven Symptomatik und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe für verschiedene Subgruppen gezeigt haben, zeigen sich auch hinsichtlich der diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Sowohl die Größe des Wohnortes, als auch der SES der Befragten hängen mit den selbstberichteten Diagnosen zusammen.

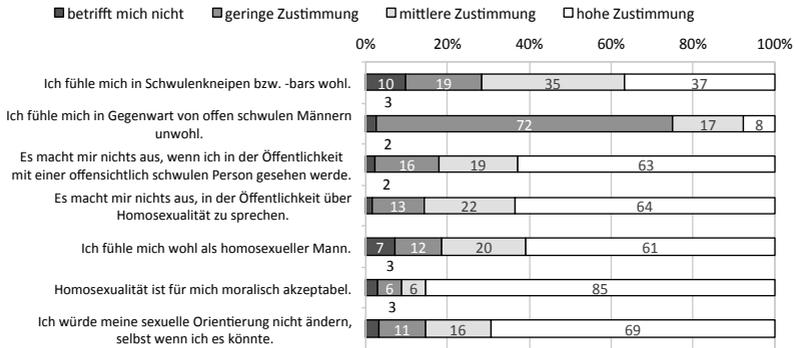
4.3 Internalisierte Homonegativität

Internalisierte Homonegativität (IH) beschreibt die Verinnerlichung bzw. das Akzeptieren negativer Einstellung gegenüber Homosexualität und die Ausrichtung des Selbstkonzepts im Einklang mit stigmatisierenden gesellschaftlichen Reaktionen auf Homosexualität (Herek, 2009). Die Folgen können eine Abneigung oder Vorurteile gegenüber gleichgeschlechtlich begehrenden Menschen sein oder, im Fall von homosexuellen Menschen selbst, das Zweifeln an der Richtigkeit des eigenen Empfindens und Begehrens, Schwächung des Selbstwerts bis hin zu Selbstverachtung (ebd.). Im Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden schwuler und anderer MSM wird häufiger auf die Bedeutung dieses Konzepts als eine mögliche Ursache für psychische Probleme verwiesen. Wie bereits in der EMIS-/SMHA-Erhebung im Jahr 2010, wurde in der aktuellen Erhebung eine von Smolenski et al. (2010) überarbeitete Version der Reactions to Homosexuality Scale (RHS) von Ross und Rosser (1996) eingesetzt. Die Skala besteht aus sieben Items, die verschiedene Einstellungen zur Homosexualität thematisieren. (Der Fragebogen kann bei der Deutschen AIDS-Hilfe angefordert werden.) Die Befragungsteilnehmer wurden gebeten, auf einer siebenstufigen Antwortskala ihre Zustimmung oder Ablehnung bezüglich des jeweiligen Items wiederzugeben (vgl. Abb. 4.10). Anschließend wurde für jeden Teilnehmer ein Summenwert berechnet und die Teilnehmer entsprechend ihrer Antworten in drei Gruppen „sehr niedrige internalisierte Homonegativität“, „mittlere internalisierte Homonegativität“ und „hohe internalisierte Homonegativität“ aufgeteilt⁹.

⁹ Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte über Quartile; die 25 Prozent der Teilnehmer mit den niedrigsten IH-Werten wurden der Gruppe „sehr niedrige IH“ und die 25 Prozent der Teilnehmer mit den höchsten IH-Werten wurden der Gruppe „hohe IH“ zugeordnet. Die mittleren 50 Prozent bilden die Gruppe „mittlere IH“.

Abbildung 4.10: Verteilung der Antworten für die Items der Skala „Internalisierte Homonegativität“

Basis: alle Teilnehmer

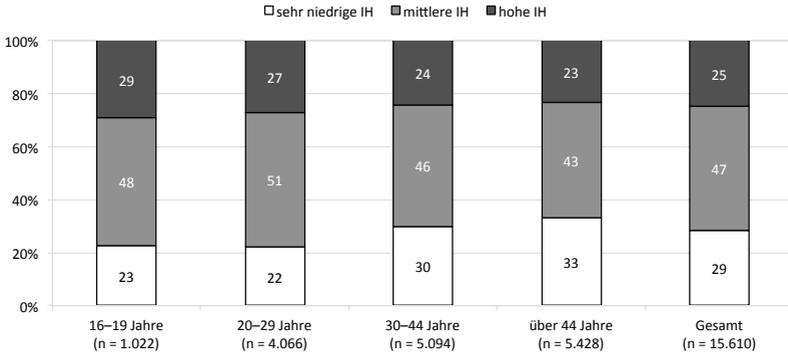


90

Wie Abbildung 4.11 zeigt, nimmt die internalisierte Homonegativität mit zunehmendem Alter ab. In der jüngsten Altersgruppe ist der Anteil der Teilnehmer, die hohe Werte auf der Skala für internalisierte Homonegativität erreichen, am höchsten (29 Prozent). Dieser Anteil verringert sich mit zunehmendem Alter und beträgt bei den über 44 Jährigen noch 23 Prozent. Gleichzeitig nimmt der Anteil an Teilnehmern, die niedrige Werte auf dieser Skala erreichen, mit zunehmendem Alter zu.

Abbildung 4.11: Internalisierte Homonegativität nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Die internalisierte Homonegativität hängt zudem mit der Größe des Wohnortes zusammen (vgl. Abb. 4.3A im Anhang Seite 298). In den kleineren Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern ist die internalisierte Homonegativität am stärksten ausgeprägt, in den Millionenstädten am geringsten. Dieser Zusammenhang zeigt sich in allen Altersgruppen, außer der jüngsten Altersgruppe, in der die höchste internalisierte Homonegativität unter Teilnehmern aus Städten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern zu verzeichnen ist. Die niedrigste internalisierte Homonegativität findet sich unter Männern, die älter als 44 Jahre sind und in Millionenstädten leben.

Es ist nicht verwunderlich, dass die internalisierte Homonegativität mit dem individuellen Umgang mit der eigenen Homosexualität bzw. eines auf Männer gerichteten sexuellen Begehrens zusammenhängt. Abbildung 4.4A (im Anhang Seite 299) zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Label, das zur Beschreibung der sexuellen Orientierung gewählt wird, und der internalisierten Homonegativität. Am geringsten ist die internalisierte Homonegativität ausgeprägt unter Teilnehmern, die sich als schwul definieren, gefolgt von denen, die sich als queer oder als homosexuell definieren. Unter den bisexuell und heterosexuell identifizierten Teilnehmern ist die internalisierte

Homonegativität am stärksten ausgeprägt. Allerdings ist unklar, inwieweit das gewählte Instrument zur Erfassung der internalisierten Homonegativität überhaupt auf nicht-schwul (oder nicht-homosexuell bzw. nicht-queer) identifizierte MSM anwendbar ist. Da die Items speziell auf schwule bzw. homosexuelle Männer Bezug nehmen, könnten sie damit für sich als bi- oder heterosexuell definierende MSM, nicht bzw. weniger zutreffend sein oder fehlinterpretiert werden.

Unklar bleibt auch, ob überhaupt und wenn ja, eine wie gerichtete Kausalität zwischen der Selbstdefinition und der internalisierten Homonegativität vorliegt. Für die quantitative Forschung ist es schwer zu unterscheiden, ob es eine gefestigte Selbstdefinition als schwuler Mann ist, die dazu beiträgt, weniger negative Ansichten zu Homosexualität zu haben, oder aber ob die jeweiligen Einstellungen zu Homosexualität dazu beitragen können, sich beispielsweise schwul zu definieren oder die Definition bi- oder heterosexuell vorzuziehen.

92

Es liegt nahe, dass diejenigen schwulen und anderen MSM, die negative Einstellungen zu Homosexualität verinnerlicht haben, Probleme mit dem offenen Umgang hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung aufweisen. Tatsächlich zeigt sich, dass Teilnehmer, die offen mit ihrer sexuellen Orientierung gegenüber ihrem sozialen Umfeld umgehen, kaum internalisierte Homonegativität berichten (vgl. Abb. 4.5A im Anhang Seite 299). Zudem hängt die Häufigkeit, mit der Orte der schwulen Szene aufgesucht werden, mit der internalisierten Homonegativität zusammen. Unter den Teilnehmern, die die schwule Szene gar nicht aufsuchen, ist die internalisierte Homonegativität am stärksten ausgeprägt, bei denen, die sie regelmäßig aufsuchen, am geringsten. Dieser Zusammenhang zwischen Szenekontakt und internalisierter Homonegativität erklärt sich nicht über den Zusammenhang zwischen der Wohnortgröße und internalisierter Homonegativität. Auch bei Konstanzhaltung der Wohnortgrößen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen beiden Variablen, d. h. auch in den Millionenstädten hängt die Nutzung der schwulen Szene mit der internalisierten Homonegativität zusammen.

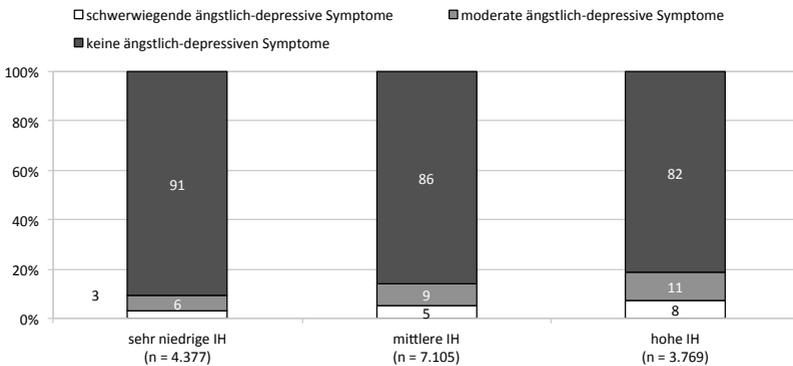
Dieser Zusammenhang zeigt sich auch hinsichtlich der Offenlegung der eigenen Homosexualität gegenüber der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. 57 Prozent der Teilnehmer mit gering ausgeprägter internalisierter Homonegativität

haben ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt gegenüber ihre sexuelle Orientierung offengelegt, aber nur 20 Prozent der Teilnehmer mit hoher internalisierter Homonegativität (vgl. Abb. 4.6A im Anhang Seite 300).

Internalisierte Homonegativität wird in einer einflussreichen Theorie als ein wichtiger Prädiktor von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit verstanden. Im Minoritätenstress-Modell von Ilan Meyer (2003) stellt internalisierte Homonegativität ein Prozess des Minderheitenstresses dar, der spezifisch für schwule Männer und andere sexuelle Minderheiten ist. Wie Abbildung 4.12 zeigt, existiert auch unter den Teilnehmern der aktuellen Erhebung ein starker Zusammenhang zwischen internalisierter Homonegativität und dem psychischen Wohlbefinden. Teilnehmer mit einer sehr niedrig ausgeprägten internalisierten Homonegativität berichten nur zu neun Prozent eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik. Unter den Teilnehmern mit einer hohen internalisierten Homonegativität ist dieser Anteil doppelt so hoch. Hier berichten elf Prozent eine moderate ängstlich-depressive Symptomatik und acht Prozent sogar eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik.

Abbildung 4.12: Psychisches Wohlbefinden nach internalisierter Homonegativität

Basis: alle Teilnehmer



4.4 Übermäßiger Alkoholkonsum

Erstmals wurde der Alkoholkonsum der teilnehmenden schwulen und anderen MSM in der SMHA-Erhebung im Jahr 2010 thematisiert. Hier wurde zum einen erfasst, wie lange der letzte Alkoholkonsum zurücklag, und zum anderen wurde erfragt, ob sich die Teilnehmer Sorgen wegen ihres Alkoholkonsums gemacht hatten. Gerade die letzte Frage ist relevant, wenn Alkoholkonsum als Komponente der (psychischen) Gesundheit schwuler Männer erfasst wird, denn damit wird ein übermäßiger Alkoholkonsum erfasst, der dem Individuum in seiner subjektiven Einschätzung Probleme bereitet und auf eine Alkoholabhängigkeit verweisen kann.

In der aktuellen Erhebung wurde zur detaillierten Erfassung eines übermäßigen oder problematischen Alkoholkonsums mit dem AUDIT-C ein etabliertes Screening-Instrument eingesetzt (Bush, 1998), das auch in bundesweiten repräsentativen Studien zum Gesundheitszustand der Bevölkerung genutzt wird. Mit diesem Instrument kann zum einen der übermäßige Alkoholkonsum objektiver erfasst werden und zum anderen können Vergleiche mit der Gesamtbevölkerung gezogen werden. Der AUDIT-C umfasst drei Items, deren Beantwortung als Grundlage für die Einteilung des Alkoholkonsums als übermäßig oder nicht übermäßig dient. Zwei dieser Items betreffen die Häufigkeit des Alkoholkonsums und die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge. Ein weiteres Item erfasst die Häufigkeit des sogenannten „Rauschtrinkens“, damit sind Anlässe gemeint, zu denen sechs oder mehr alkoholische „Standardgetränke“ konsumiert werden. (Für den genauen Wortlaut der Items siehe Fragebogen. Den Fragenbogen schicken wir Ihnen gern als PDF zu: zentrale@dah.aidshilfe.de.)¹⁰

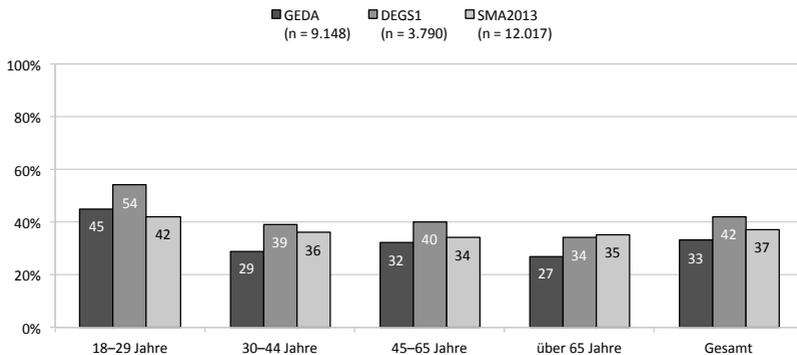
Mithilfe dieses Instruments kann bei 37 Prozent der Befragungsteilnehmer ein übermäßiger Alkoholkonsum festgestellt werden. Abbildung 4.13 zeigt übermäßigen Alkoholkonsum der Teilnehmer der SMHA-Erhebung im Vergleich zu den männlichen Teilnehmern der Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1,

¹⁰ Die Kategorisierung des Alkoholkonsums eines Teilnehmers als übermäßiger Konsum erfolgt auf der Basis des Gesamtwerts des Teilnehmers auf diesem Instrument relativ zu einem Grenzwert. Die Antworten auf den einzelnen Items werden einem Wert von 0 bis 4 zugeordnet und addiert. Ein Gesamtwert zwischen 5 und 12 wird als übermäßiger Alkoholkonsum klassifiziert.

vgl. Hapke, v. der Lippe, Gärtner, 2013) und zu den männlichen Teilnehmern der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA, vgl. Robert Koch Institut, 2012) und zwar für alle männlichen Teilnehmer und für verschiedene Altersgruppen¹¹. Bei beiden Studien handelt es sich um bevölkerungsrepräsentative Studien, die ebenfalls den AUDIT-C zur Erfassung des Alkoholkonsums genutzt haben.

Abbildung 4.13: Übermäßiger Alkoholkonsum nach Altersgruppen im Vergleich mit der männlichen Gesamtbevölkerung

Basis: alle Teilnehmer der SMHA2013 und alle männlichen Teilnehmer der Studien DEGS1 und der GEDA



Mit einem Anteil von 37 Prozent der Teilnehmer, die übermäßigen Alkoholkonsum berichten, liegen die schwulen und anderen MSM der SMHA-Studie genau zwischen oder unter den beiden bevölkerungsbezogenen Werten von 33 Prozent der GEDA und 42 Prozent der DEGS1. Dies gilt für die meisten Altersgruppen, außer für die älteste Altersgruppe der über 65-Jährigen, in der der Wert für die SMHA-Studie unwesentlich über dem Wert der DEGS1-Studie liegt. Es findet sich also an dieser Stelle kein Hinweis darauf, dass schwule und andere MSM mehr Alkohol konsumieren als die männliche Gesamtbevölkerung. Allerdings muss auch an dieser Stelle darauf verwiesen werden,

¹¹ Da sich sowohl GEDA als auch DEGS1 auf andere Altersgruppen als die SMHA beziehen, wurden die Altersgruppen der SMHA2013 für diese Auswertungen angepasst.

dass der Vergleich der SMHA-Studien mit den beiden bevölkerungsbezogenen Studien nicht ohne weiteres interpretierbar ist. Es müssen dabei die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Gewinnung der Stichproben und die unterschiedlichen Zusammensetzungen der verschiedenen Stichproben, die für die SMHA-Studie zum Beispiel hinsichtlich des sozialen Status deutlich von der Allgemeinbevölkerung abweicht, berücksichtigt werden. Insgesamt wird dieses Ergebnis von internationalen Studien bestätigt, in denen ebenfalls keine Anhaltspunkte für einen übermäßigen Konsum homosexueller Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern gefunden werden konnten (für einen Überblick s. Greenwood & Gruskin, 2007). Allerdings berichten Cochran und Mays (2013) in einem Forschungsüberblick, dass schwule und andere MSM in fast allen diskutierten Studien eine höhere Prävalenz für eine Alkoholabhängigkeit aufwiesen. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass schwule und andere MSM zwar durchschnittlich nicht mehr Alkohol konsumieren als heterosexuelle Männer, aber häufiger Konsummuster zeigen, die einer Alkoholabhängigkeit entsprechen (vgl. Drewes, 2015).

96

In der aktuellen Erhebung der SMHA-Studie geben 17 Prozent derjenigen Teilnehmer, die Alkohol konsumieren, an, dass sie sich Sorgen machen, weil sie zu viel trinken. Dieser Anteil liegt etwas höher als in der Erhebung 2010, in der dies 14 Prozent der Alkoholkonsumenten angeben. Dieser Unterschied kann allerdings auch durch das detaillierte Erfassen des Alkoholkonsums in der aktuellen Erhebung bedingt sein.

Die Verbreitung des übermäßigen Alkoholkonsums hängt mit der Einwohnerzahl der Wohnorte der Teilnehmer zusammen (vgl. Abb. 4.7A im Anhang Seite 300). 34 Prozent der Teilnehmer aus kleineren Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern berichten übermäßigen Alkoholkonsum, aber 42 Prozent der Teilnehmer aus Millionenstädten. Dieser Zusammenhang könnte mit der unterschiedlichen Erreichbarkeit von Orten der schwulen Szene in Verbindung stehen. Tatsächlich berichten diejenigen Teilnehmer, die keinen Kontakt zur schwulen Szene haben, am seltensten übermäßigen Alkoholkonsum (30 Prozent), während 36 Prozent der Teilnehmer mit sporadischen Besuchen der schwulen Szene und 46 Prozent der Teilnehmer mit regelmäßigen Besuchen der schwulen Szene übermäßig Alkohol konsumieren (vgl. Abb. 4.8A im Anhang Seite 301).

Im Einklang mit den Ergebnissen bevölkerungsrepräsentativer Studien zeigt sich auch unter den Teilnehmern der SMHA-Studie, dass ein höherer SES mit einem höheren Alkoholkonsum in Verbindung steht. 30 Prozent der Teilnehmer mit einem niedrigen SES berichten übermäßigen Alkoholkonsum, unter den Teilnehmern mit einem hohen SES liegt dieser Anteil bei 38 Prozent (vgl. Abb. 4.9A im Anhang Seite 301).

Kein Zusammenhang zeigt sich jedoch hinsichtlich des Alkoholkonsums und des psychischen Wohlbefindens, wie Abbildung 4.10A (im Anhang Seite 302) zeigt.

4.5 Substanzkonsum

Die Erfassung des Substanzkonsums der Teilnehmer ist seit 1996 fester Bestandteil der SMHA-Erhebungen. In der aktuellen Befragung wurde die Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen innerhalb der vergangenen zwölf Monate vor der Befragung erfasst.

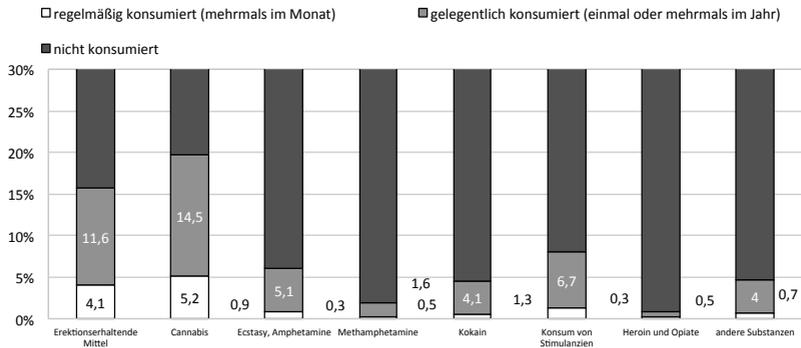
Der Konsum von sieben Substanzen bzw. Substanzklassen wurde im Fragebogen erfragt: 1) erektionserhaltende Mittel (z. B. Viagra, Levitra), 2) Cannabis, 3) Ecstasy und Amphetamine, 4) Methamphetamin, 5) Kokain, 6) Heroin und andere Opiate, und 7) andere Substanzen, wie GHB/GBL, Ketamin, LSD und psychoaktive Pilze. In den folgenden Ergebnisdarstellungen wird zwischen gelegentlichem, wenn die Substanzen mehrmals im Jahr oder seltener konsumiert wurden, und regelmäßigem Konsum, wenn die Substanzen mehrmals im Monat oder häufiger konsumiert wurden, unterschieden.

Unter diesen Substanzen ist Cannabis diejenige, die von den meisten Teilnehmern überhaupt (20 Prozent) sowie regelmäßig (5 Prozent) in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert wurde (vgl. Abb. 4.17). Damit ist der Cannabis-Konsum verbreiteter als der Konsum erektionserhaltender Mittel, die von 16 Prozent der Teilnehmer in den vergangenen zwölf Monaten genutzt wurden. Ecstasy und andere Amphetamine wurden von sechs Prozent, Kokain von fünf Prozent der Teilnehmer konsumiert. Substanzen aus der Kategorie „andere Substanzen“ wurden ebenfalls von fünf Prozent der Teilnehmer

konsumiert. Methamphetamin-Konsum berichten in den vergangenen zwölf Monaten zwei Prozent der Teilnehmer, die geringste 12-Monatsprävalenz weisen Heroin und andere Opiate mit weniger als einem Prozent auf. Für alle diese Substanzen, bis auf erektionserhaltende Mittel und Cannabis, wird regelmäßiger Konsum von weniger als einem Prozent der Teilnehmer berichtet.

Abbildung 4.17: Konsumhäufigkeit der einzelnen Substanzen und Substanzgruppen

Basis: alle Teilnehmer (n = 12.575)



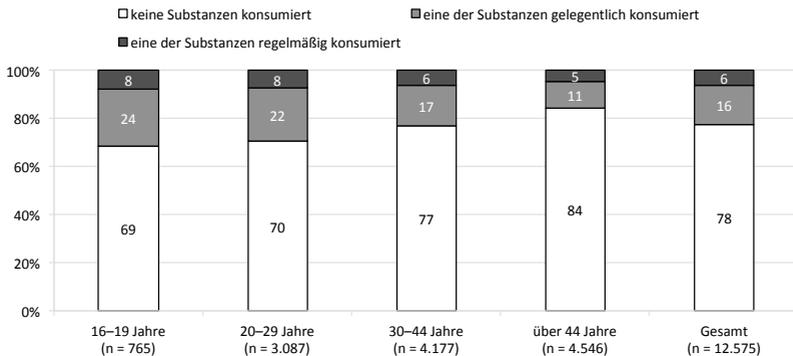
98

Abbildung 4.18 zeigt, ob in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine der psychoaktiven Substanzen (also ohne erektionserhaltende Mittel) gelegentlich oder regelmäßig konsumiert wurde. 23 Prozent der Teilnehmer haben mindestens eine Substanz konsumiert, sechs Prozent regelmäßig. Der Konsum mindestens einer Substanz geht mit zunehmendem Alter zurück. Am meisten verbreitet ist der Konsum unter den jüngsten Teilnehmern. Unter den 16- bis 19-jährigen Teilnehmern haben 32 Prozent mindestens einmal eine dieser Substanzen in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert, acht Prozent konsumieren regelmäßig. Wahrscheinlich ist dieser Befund einfach mit einem höheren Experimentierverhalten junger Männer zu erklären, allerdings kann auch ein Zusammenhang mit dem schlechteren psychischen Wohlbefinden in dieser Altersgruppe bestehen. Tatsächlich berichten, wie Abbildung 4.11A (im Anhang Seite 302) zeigt, Teilnehmer mit einer schwerwiegenden ängstlich-

depressiven Symptomatik deutlich häufiger Substanzkonsum (32 Prozent) als Teilnehmer mit einer moderaten ängstlich-depressiven Symptomatik (28 Prozent) und Teilnehmer ohne Symptomatik (22 Prozent). Noch ausgeprägter ist dieser Unterschied unter den jüngsten Teilnehmern. 29 Prozent der jüngsten Teilnehmer ohne ängstlich-depressive Symptomatik berichten den Konsum mindestens einer Substanz, sieben Prozent regelmäßigen Konsum, unter den jüngsten Teilnehmern mit schwerwiegender Symptomatik haben 43 Prozent mindestens eine Substanz konsumiert, 13 Prozent sogar regelmäßig. Zudem stehen die Wohnortgröße und die Szenenähe mit dem Substanzgebrauch in Zusammenhang. Abbildung 4.12A (im Anhang Seite 303) zeigt, dass Teilnehmer aus kleineren Städten weniger oft irgendeine Substanz in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert haben als Teilnehmer aus größeren Städten. Nur 15 Prozent der Teilnehmer ohne Kontakte zur schwulen Szene haben mindestens eine Substanz konsumiert, aber 30 Prozent der Teilnehmer, die regelmäßig Orte der schwulen Szene aufsuchen (vgl. Abb. 4.13A im Anhang Seite 303).

Abbildung 4.18: Substanzkonsum nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Sehr deutlich unterscheidet sich der Substanzkonsum der HIV-negativen/ ungetesteten Teilnehmer von den HIV-positiven Teilnehmern. Wie Abbildung 4.14A (im Anhang Seite 304) zeigt, berichten 42 Prozent der HIV-positiven

Teilnehmer den Konsum mindestens einer der Substanzen in den vergangenen zwölf Monaten, 14 Prozent berichten regelmäßigen Konsum. Unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern sind es nur 20 Prozent, die überhaupt konsumieren, und fünf Prozent, die regelmäßig konsumieren.

Werden nur sogenannte Partydrogen (hier: Ecstasy und andere Amphetamine, Methamphetamin, Kokain sowie andere Substanzen) betrachtet, zeigt sich, dass neun Prozent der Teilnehmer mindestens eine dieser Partydrogen in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert haben, zwei Prozent haben mindestens eine Partydroge regelmäßig konsumiert. Im Vergleich zur EMIS-/SMHA-Erhebung 2010 zeigen sich hier für die Gesamtgruppe aller Teilnehmer keine Veränderungen.

4.6 Methamphetamin

100

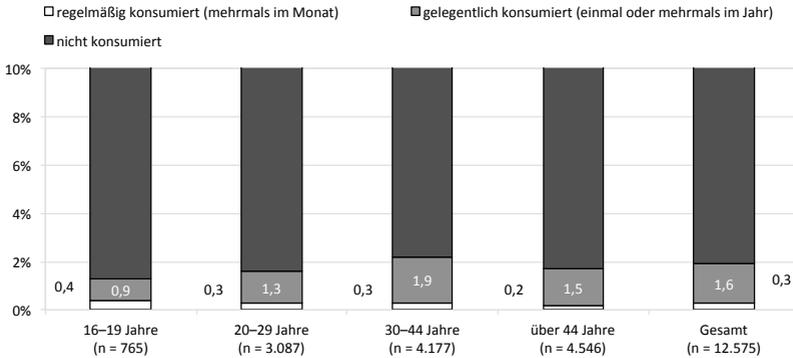
Methamphetamin ist derzeit unter dem Szenenamen Crystal Meth Gegenstand intensiver Medienberichterstattung und wird als eine besonders heimtückische Gefahr wegen der negativen Folgen für die Gesundheit und dem hohen Abhängigkeitspotenzial beschrieben. Auch gerade schwule Männer stellen einigen wissenschaftlichen Publikationen zufolge eine Bevölkerungsgruppe dar, in der vermehrt Methamphetamin konsumiert wird. Unter schwulen und anderen MSM wird Methamphetamin nicht nur als Partydroge, sondern häufig auch zur Intensität des Erlebens während sexueller Kontakte konsumiert („Chemsex“; Bourne et al., 2014; Milin et al., 2014). Dazu wird die Substanz auch intravenös appliziert, eine Praxis, die mit dem Begriff „Slammen“ (engl. zucknallen, zuschlagen) bezeichnet wird.

Da der Methamphetaminkonsum in dieser Erhebung detailliert erfasst wurde, werden an dieser Stelle einige Eckdaten zum Konsum dieser Substanz dargestellt. Abbildung 4.19 zeigt, dass der Methamphetaminkonsum nicht wie bei den meisten anderen Substanzen unter den jüngsten Teilnehmern am weitesten verbreitet ist, sondern unter den Teilnehmern, die zwischen 30 und 44 Jahre alt sind, also den Teilnehmern, die auch sexuell am aktivsten sind, worauf die Anzahl der Sexualpartner in dieser Altersgruppe verweist (s. Kapitel 6). In dieser Altersgruppe haben 2,2 Prozent der Teilnehmer in den vergangenen

zwölf Monaten Methamphetamin konsumiert, aber nur 0,3 Prozent dieser Nutzer gehören zu den regelmäßigen Konsumenten.

Abbildung 4.19: Methamphetaminkonsum nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

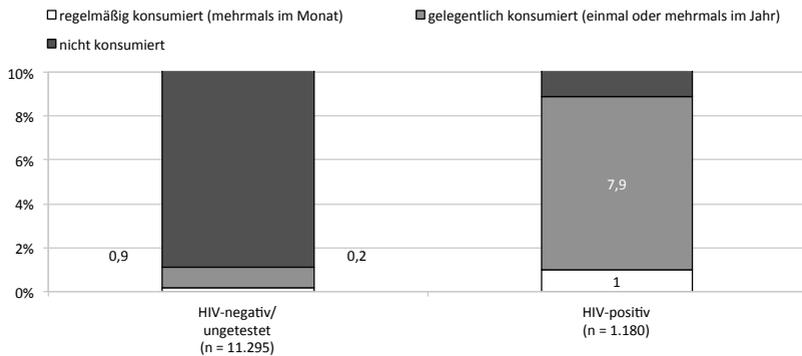


Der Konsum von Methamphetamin ist in Millionenstädten mit 3,4 Prozent Nutzern am weitesten verbreitet. In den Orten, in denen weniger als 500.000 Einwohner leben, geben nur 1,2 Prozent der Teilnehmer an, Methamphetamin in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert zu haben (vgl. Abbildung 4.15A im Anhang Seite 304). Auch die regionale Verteilung des Methamphetamin-Konsums spiegelt dieses Ergebnis wider. In Berlin ist der Konsum mit 4,1 Prozent am stärksten verbreitet. Auch in Hamburg findet sich eine vergleichsweise hohe Prävalenz von 2,4 Prozent. Ähnlich hohe Werte erreichen sonst nur Bundesländer, die eine gemeinsame Grenze mit Tschechien haben, dem Land, über das offenbar das meiste Methamphetamin nach Deutschland illegal importiert wird (Kabisch, 2013). Besonders hoch ist die Prävalenz in Sachsen mit 3,3 Prozent, aber auch in Bayern und Thüringen mit 2,2 Prozent findet sich eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz (vgl. Tab. 4.1A im Anhang Seite 297). Der HIV-Serostatus spielt wie bei den übrigen psychoaktiven Substanzen auch beim Konsum von Methamphetamin eine entscheidende Rolle. Der Anteil der HIV-positiven Teilnehmer, die Methamphetamin in den vergangenen zwölf Monaten

konsumiert haben, liegt mit 8,9 Prozent achtmal höher als der entsprechende Anteil unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern. Zudem berichten unter den HIV-positiven Teilnehmern 1,0 Prozent regelmäßigen Konsum in den vergangenen zwölf Monaten, unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern jedoch nur 0,2 Prozent (siehe Abb. 4.20). Trotz der sehr hohen Prävalenz des Methamphetaminkonsums unter den HIV-positiven Teilnehmern wäre es falsch, Methamphetaminkonsum nur als Problem HIV-positiver schwuler und anderer MSM zu verstehen. In absoluten Zahlen ist die Gruppe der HIV-negativen/ungetesteten Methamphetamin-Konsumenten sogar etwas größer als die Gruppe der HIV-positiven Methamphetamin-Konsumenten.

Abbildung 4.20: Methamphetaminkonsum nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer

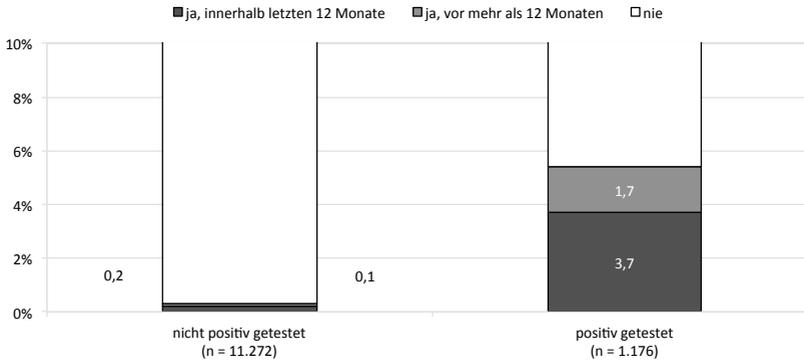


Slammen, wie die Injektion von Methamphetamin oder anderen Substanzen, wie Mephedron, zur Intensivierung des sexuellen Erlebens genannt wird (Kirby & Thornber-Dunwell, 2013), wird nur von sehr wenigen Teilnehmern berichtet. Insgesamt 0,7 Prozent geben an, jemals „geslammt“ zu haben, 0,5 Prozent haben dies auch in den vergangenen zwölf Monaten getan. Abbildung 4.21 zeigt, dass Slammen viel stärker als der Methamphetaminkonsum selbst ein Phänomen ist, das vor allem HIV-positive Teilnehmer betrifft. Während 5,4 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer Slammen praktiziert haben, darunter 3,7 Prozent

in den vergangenen zwölf Monaten, haben nur 0,3 Prozent der HIV-negativen/ ungetesteten Teilnehmer jemals „geslammt“.

Abbildung 4.21: Slammen nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer



Beim Injizieren von Methamphetamin oder Mephedron, aber auch beim Sniefen von Kokain oder anderen Substanzen, die nasal konsumiert werden können, entstehen Übertragungsrisiken hinsichtlich einer HIV-Infektion und einer Hepatitis C-Infektion, wenn das genutzte Spritzbesteck oder Röhrchen (auch Geldschein) mit anderen Konsumierenden gemeinsam genutzt wird. Teilnehmer, die slammen oder nasal zu konsumierende Substanzen konsumieren, wurden aus diesem Grund danach befragt, ob sie die Safer-Use-Regeln der Aidshilfen für intravenösen- und nasalen Drogenkonsum befolgen.

Von den 89 Teilnehmern, die jemals Methamphetamin oder Mephedron injiziert haben, geben 83 Prozent an, dass sie dabei ihr Spritzbesteck nie mit anderen Konsumierenden gemeinsam nutzen. Nur 17 Prozent geben an, in der Vergangenheit Spritzbesteck mit anderen Personen geteilt zu haben, zehn Prozent häufig, sieben Prozent gelegentlich.

Während „Slammer“ die Safer-Use-Regeln beherzigen, kommt das Teilen des Röhrchens beim nasalen Substanzkonsum deutlich häufiger vor. Nur

40 Prozent teilen ihr Röhrchen oder ihren Geldschein nie mit anderen, 42 Prozent tun dies gelegentlich und 18 Prozent sogar häufig.

4.7 Antihomosexuelle Gewalterfahrungen

Schwule und andere MSM werden häufiger Opfer von physischer und verbaler Gewalt als heterosexuelle Männer, wie eine umfangreiche Metaanalyse zeigen konnte (Katz-Wise & Hyde, 2012). In dieser Studie, die mehr als 60.000 homo- und bisexuelle Teilnehmerinnen und Teilnehmer an 138 Studien einschloss, lag die Prävalenz von verbalen Drohungen bei 55 Prozent, und 28 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten in ihrem Leben sogar physische Gewalt erfahren. In der heterosexuellen Vergleichsgruppe lagen die Raten für diese Gewalterfahrungen deutlich niedriger. Antihomosexuelle Gewalterfahrungen stellen nicht nur eine Bedrohung für die physische Gesundheit dar, sondern wirken sich auch negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen aus (z. B. Otis & Skinner, 1996).

104

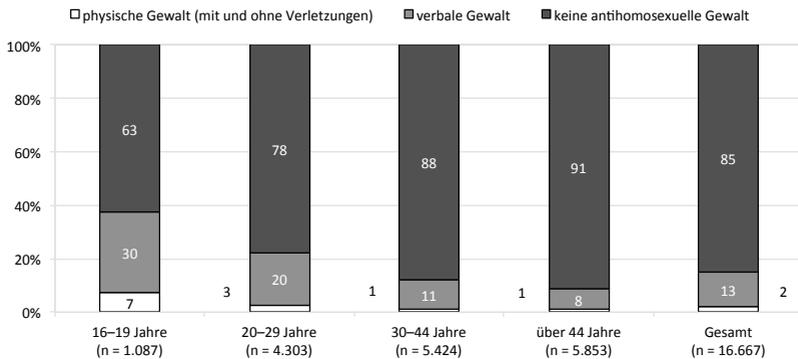
In den SMHA-Erhebungen wurden antihomosexuelle Gewalterfahrungen seit 1991 erfasst, um zu „signalisieren, dass die gesamte Lebenssituation der schwulen Männer (bzw. MSM) für die Studie von Bedeutung ist“ (Bochow et al., 2012, S. 58). In der Erhebung des Jahres 2010 berichten insgesamt 35 Prozent der Teilnehmer Gewalterfahrungen in den vergangenen zwölf Monaten. 33 Prozent erlebten verbale Gewalt, wie Beleidigungen, Bedrohungen und Anstarren aufgrund der homosexuellen Orientierung, zwei Prozent berichten physische Gewalterfahrungen. Der im Vergleich zu früheren Erhebungen sehr hohe Anteil von Teilnehmern, die verbale Gewalt erlebt haben – in 2007 waren es 13 Prozent, in 2003 zwölf Prozent – ist wahrscheinlich auf eine Änderung der Frageformulierung zurückzuführen. In der Erhebung 2010 wurde erstmals auch das Anstarren als Teil verbaler, oder besser „symbolischer“, Gewalt thematisiert. Eine Analyse der verbalen Gewalt, wie sie in 2003 und 2007 erfasst wurde, war nicht möglich, da Anstarren gemeinsam mit den anderen Varianten verbaler Gewalt in nur einem Item erfragt wurde. Dass aus dem drastischen Anstieg symbolischer Gewalterfahrungen in 2010 tatsächlich nicht auf einen generellen Anstieg an Gewalterfahrungen geschlossen werden kann, zeigen auch die Ergebnisse zur Erfahrung physischer Gewalt. Diese liegt 2010 mit zwei Prozent auf dem Niveau von 2007 und 2003.

In der aktuellen Erhebung wurde verbale Gewalt wiederum als Anpöbeln, Beschimpfen und Beleidigen erfasst, während das Anstarren nicht thematisiert wurde. Ergänzend zur physischen Gewalt wurde der Schweregrad der Verletzungsfolgen erfasst.

Abbildung 4.22 zeigt, dass 85 Prozent aller Teilnehmer der aktuellen Erhebung berichten, in den vergangenen zwölf Monaten keine Gewalt erfahren zu haben. 13 Prozent haben verbale oder „symbolische“ Gewalt und zwei Prozent haben körperliche Gewalt erfahren. Damit liegen diese Werte auf dem Niveau der SMHA-Erhebungen von 2007 und 2003, und es ist weder zu einem Anstieg noch zu einem Rückgang antihomosexueller Gewalt gekommen. Teilnehmer, die physische Gewalt erfahren haben, berichten überwiegend, dass diese ohne oder mit geringfügigen Verletzungen einhergingen. Schwerwiegende und sogar lebensgefährliche Verletzungen aufgrund antihomosexueller Gewalt haben 0,3 Prozent der Teilnehmer erlebt.

Abbildung 4.22: Antihomosexuelle Gewalt nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



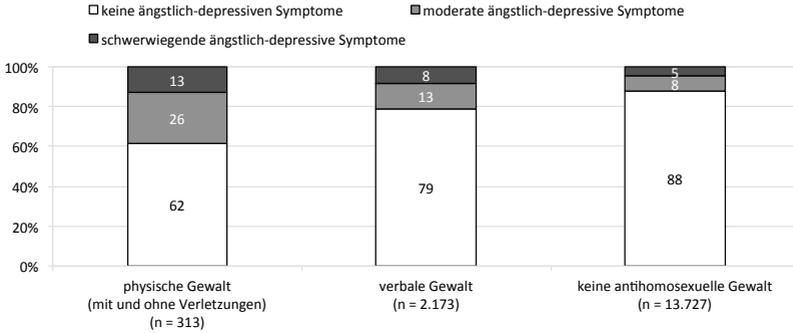
Wie in den vorherigen Erhebungen berichten jüngere Teilnehmer wiederum überdurchschnittlich häufig Gewalterfahrungen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung (Abb. 4.22). Sieben Prozent der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer

berichten physische Gewalt und 30 Prozent verbale Gewalt. Weniger als zwei Drittel der Männer aus dieser Altersgruppe haben in den vergangenen zwölf Monaten gar keine Gewalt erfahren. Insgesamt niedriger liegt der Anteil unter den 20- bis 29-jährigen Teilnehmern, die Gewalterfahrungen berichten. Aber mit drei Prozent, die physische Gewalterfahrungen, und 20 Prozent, die symbolische Gewalterfahrungen gemacht haben, liegt dieser Anteil immer noch deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe. Kaum Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Wohnortgröße der Teilnehmer, in ländlichen Regionen ist verbale und physische Gewalt gegenüber schwulen und anderen MSM kaum weniger weit verbreitet als in den Großstädten. Unterschiede in der Prävalenz von Gewalterfahrungen hinsichtlich der Frequenz, mit der Orte der schwulen Szene aufgesucht werden (Abb. 4.16A im Anhang Seite 306) und der Offenheit, mit der die Teilnehmer mit ihrer Homosexualität umgehen (vgl. Abb. 4.17A im Anhang Seite 306), verweisen auf die plausible Vermutung, dass antihomosexuelle Gewaltakte an die Sichtbarkeit schwuler Männer geknüpft sind.

106

Abbildung 4.23 zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und psychischem Wohlbefinden. Unter den Teilnehmern, die in den vergangenen zwölf Monaten verbale antihomosexuelle Gewalt erfahren haben, berichten 13 Prozent eine moderate und acht Prozent eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik in den vergangenen zwei Wochen. Deutlich höher noch fällt dieser Anteil unter den Teilnehmern aus, die physische Gewalt erfahren haben. Unter diesen berichten 26 Prozent eine moderate und 13 Prozent eine schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik. Dieser starke Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Gewalterfahrungen ist besonders vor dem Hintergrund, dass das psychische Wohlbefinden nur für die letzten beiden Wochen erfragt wurde, frappierend.

Abbildung 4.23: Psychisches Wohlbefinden nach antihomosexueller Gewalt
 Basis: alle Teilnehmer



4.8 Zusammenfassung und Fazit

107

Erstmalig wurde in der Wiederholungsbefragung „Schwule Männer und HIV/AIDS“ (SMHA) das psychische Wohlbefinden schwuler und anderer MSM erfasst. Diese Neuerung spiegelt die zunehmende Bedeutung wider, die einer höheren Vulnerabilität schwuler und anderer MSM für diverse psychische Erkrankungen international in Forschung und Prävention, insbesondere der angloamerikanischen Forschung, beigemessen wird. Insgesamt besteht auf der Basis des eingesetzten Screening-Verfahrens bei 14 Prozent der Teilnehmer der Verdacht auf eine ängstlich-depressive Symptomatik. Neun Prozent leiden demnach unter einer moderaten und fünf Prozent unter einer schwerwiegenden Symptomatik.

Ein grober und nur eingeschränkt interpretierbarer Vergleich der Studienergebnisse hinsichtlich der depressiven Symptomatik mit den bevölkerungsrepräsentativen Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) zeigt, dass die schwulen und anderen MSM der SMHA-Studie über alle Altersgruppen hinweg zu einem höheren Anteil eine depressive Symptomatik aufweisen als die männlichen Teilnehmer der DEGS1-Studie aus der

Gesamtbevölkerung. Dieses Ergebnis bestätigt ähnliche Befunde angloamerikanischer Studien.

Das Alter und der SES stellen, wie in der Gesamtbevölkerung auch, wichtige Determinanten des psychischen Wohlbefindens unter schwulen und anderen MSM dar. Am häufigsten berichten jüngere Teilnehmer und Teilnehmer mit einem niedrigen SES eine ängstlich-depressive Symptomatik. 23 Prozent aller schwulen und anderen MSM unter 20 Jahre und 27 Prozent aller Männer mit einem niedrigen SES berichten zumindest eine moderate ängstlich-depressive Symptomatik. Besonders vulnerabel sind junge schwule und andere MSM mit einem niedrigen SES (31 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik) und junge schwule und andere MSM, die in kleineren Orten leben (25 Prozent ängstlich-depressive Symptomatik).

Junge schwule und andere MSM befinden sich im Allgemeinen in einer Lebensphase, die mit großen Herausforderungen einhergeht, die auch heterosexuelle junge Männer betreffen. Darüber hinaus stellt das Aufwachsen in einer heteronormativen Gesellschaft diese jungen Männer vor besondere Probleme. Das Coming-out als schwuler Mann ist eine solche Herausforderung, die als belastend erlebt werden kann. Psychische Probleme haben auch ältere schwule und andere MSM häufiger als gleichaltrige heterosexuell lebende Männer, die Prävalenzen für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sinken jedoch mit steigendem Alter und gleichen sich mehr den unter den heterosexuellen Männern gefundenen Prävalenzen an.

108

Hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe und der Diagnose psychischer Erkrankungen zeigen sich ähnliche Muster wie bei der ängstlich-depressiven Symptomatik. Eine solche akute Symptomatik geht generell mit einer häufigeren Nutzung von Angeboten professioneller Hilfe wegen psychischer Probleme oder Krisen einher. Insgesamt haben 32 Prozent der Befragungsteilnehmer bereits einmal psychotherapeutische bzw. medizinische Hilfe in Anspruch genommen, weitere fünf Prozent haben ausschließlich Kontakt zu einer Beratungsstelle aufgenommen. Somit hat die Mehrheit von fast zwei Drittel (63 Prozent) der Befragungsteilnehmer noch nie wegen einer Krise oder psychischen Problemen professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Die am häufigsten genutzten Behandlungsangebote sind die ambulante

psychologische Psychotherapie (18 Prozent) und die Behandlung durch einen Facharzt/Psychiater (17 Prozent). In größeren Wohnorten werden Angebote professioneller Hilfe häufiger in Anspruch genommen, ein Grund für dieses Ergebnis kann in der Unterversorgung ländlicher Gebiete mit solchen Angeboten liegen (vgl. Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008). Männer mit einem niedrigen SES berichten höhere Raten der Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Dies gilt vor allem für ärztliche Formen der Behandlung, die Nutzung von Psychotherapie ist weitgehend unabhängig vom SES.

Als ein bedeutsamer und spezifischer Prädiktor für ein eingeschränktes psychisches Wohlbefinden bei schwulen Männern gilt das Konzept der internalisierten Homonegativität (vgl. das Minoritäten-Stress-Modell, Meyer, 2003). Mit internalisierter Homonegativität wird der Prozess der Verinnerlichung und der Akzeptanz negativer gesellschaftlicher Einstellungen gegenüber Homosexualität beschrieben. Auch in der vorliegenden Studie hängt die internalisierte Homonegativität mit dem psychischen Wohlbefinden der Teilnehmer zusammen und verweist auf die Existenz von Zusammenhängen zwischen gesellschaftlicher Homonegativität und dem psychischen Wohlbefinden schwuler Männer in Deutschland. Internalisierte Homonegativität ist vor allem bei den jüngeren Männern stärker ausgeprägt, mit zunehmendem Alter nimmt die internalisierte Homonegativität ab. Unter Teilnehmern aus kleineren Städten ist die internalisierte Homonegativität zudem stärker ausgeprägt als unter Teilnehmern aus größeren Städten. Unter der plausiblen Annahme, dass Homosexualität in größeren Städten auf mehr Toleranz stößt bzw. dort mehr Nischen existieren, in denen Homosexualität akzeptiert ist, kann dieser Zusammenhang ein Hinweis darauf sein, dass das soziale Umfeld tatsächlich einen Einfluss auf das Ausmaß der internalisierten Homonegativität hat. Allerdings kann die vorliegende Studie keine kausalen Zusammenhänge belegen. Dies gilt besonders für den Zusammenhang zwischen der Selbstidentifikation der sexuellen Orientierung und der internalisierten Homonegativität. Dass bi- und heterosexuell identifizierte Teilnehmer deutlich höhere Ausprägungen internalisierter Homonegativität zeigen, kann zudem daran liegen, dass das Instrument zur Erfassung der internalisierten Homonegativität möglicherweise nicht für nicht-schul identifizierte MSM geeignet ist. Trotz dem gefundenen deutlichen Zusammenhang zwischen dem offenen Umgang mit der eigenen Homosexualität und internalisierter Homonegativität, kann dadurch keine

Kausalität unterstellt werden. Die Hypothese, dass ein kausaler Zusammenhang vorliegt und internalisierte Homonegativität dazu führt, dass die eigene Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld verborgen wird, könnte weitreichende Konsequenzen für das Individuum haben: Denn das Verbergen der sexuellen Orientierung vor Familienmitgliedern und Freunden kann zu einem Mangel an sozialer Unterstützung führen, was wiederum mit größeren psychischen Belastungen einhergeht. Ein Verbergen der Homosexualität vor dem Hausarzt kann sich wiederum auf die adäquate Behandlung auswirken, z. B. in Hinblick auf die Durchführung von HIV- und STI-Screenings oder Impfungen für Hepatitis A und B, und so einen indirekten Effekt auf den körperlichen Gesundheitszustand ausüben.

110

Anhand eines in der Forschungspraxis bewährten Screening-Instruments wurde bei 37 Prozent der Teilnehmer ein übermäßiger Alkoholkonsum, in anderen Studien wird auch von einem „problematischen“ Konsum gesprochen, festgestellt. Es zeigt sich im Einklang mit der internationalen Forschungsliteratur, dass die schwulen und anderen MSM, die an der SMHA-Studie teilgenommen haben, nicht häufiger übermäßig Alkohol konsumieren als Männer in der Gesamtbevölkerung. Übermäßiger Alkoholkonsum ist überdurchschnittlich häufig bei jüngeren Teilnehmern, bei Teilnehmern, die in Großstädten leben, und bei Teilnehmern, die die schwule Szene regelmäßig aufsuchen, zu beobachten. Ein Zusammenhang mit dem psychischen Wohlbefinden und übermäßigem Alkoholkonsum zeigt sich nicht. Möglich wäre es, dass die Alkoholabhängigkeit, als psychische Erkrankung, mit dem psychischen Wohlbefinden zusammenhängt. Alkoholabhängigkeit soll internationalen Studien zufolge auch häufiger bei homosexuell lebenden als bei heterosexuell lebenden Männern vorkommen. Allerdings wurde Alkoholabhängigkeit in der SMHA-Studie nicht erfasst. Unter den Alkoholkonsumenten liegt der Anteil der Teilnehmer, die sich Sorgen machen, dass sie zu viel Alkohol trinken, bei 17 Prozent. Diese gar nicht so kleine Gruppe schwuler und anderer MSM könnte von zielgruppenspezifischen Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums profitieren.

Unter den psychoaktiven Substanzen wird Cannabis am häufigsten von den Teilnehmern konsumiert. Ein Fünftel der Teilnehmer hat in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert, jeder Zwanzigste regelmäßig, d. h. mindestens mehrmals im Monat. Andere Substanzen werden

weit seltener konsumiert; Ecstasy und andere Amphetamine von sechs Prozent, Kokain von fünf Prozent, Heroin und andere Opiate nur von weniger als einem Prozent. Insgesamt haben 23 Prozent der Teilnehmer mindestens eine psychoaktive Substanz in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert, sechs Prozent regelmäßig. Ein Anstieg des Substanzkonsums im Vergleich zur Erhebung in 2010, bezogen auf die sogenannten „Partydrogen“, zeigt sich nicht.

Substanzkonsum hängt anders als übermäßiger Alkoholkonsum deutlich mit dem psychischen Wohlbefinden der Teilnehmer zusammen. Schwule Männer mit schwerwiegenden psychischen Problemen und Substanzkonsum können ebenfalls als Zielgruppe für spezifische Interventionsangebote verstanden werden. Besonders auffällig sind die Unterschiede im Substanzkonsum zwischen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern und HIV-positiven Teilnehmern. Unter den HIV-positiven Teilnehmern haben 42 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine Substanz konsumiert und 14 Prozent berichten regelmäßigen Konsum mindestens einer Substanz. Nur halb so viele HIV-negative/ungetestete Teilnehmer berichten Substanzkonsum.

111

Dieser Unterschied findet sich auch für den Methamphetaminkonsum, der in der Gesamtstichprobe von zwei Prozent der Teilnehmer berichtet wird, aber von neun Prozent der HIV-positiven Teilnehmer. Methamphetamin ist vor allem in Großstädten, insbesondere in Berlin, verbreitet. Überdurchschnittlich hohe Prävalenzen findet man aber auch in den Bundesländern, die an Tschechien grenzen.

Die Praxis des Slammings, der intravenösen Applikation von Methamphetamin und anderen Substanzen zur Intensivierung des sexuellen Erlebens, ist fast ausschließlich unter HIV-positiven Männern verbreitet. Fünf Prozent der HIV-positiven Teilnehmer haben jemals „geslammt“, aber nur deutlich weniger als ein Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer. Es zeigt sich aber auch, dass Teilnehmer, die Methamphetamin intravenös applizieren, dabei überwiegend auf die Safer-Use-Regeln achten, um eine HIV- oder HCV-Infektion zu vermeiden. Seltener wird die Safer-Use-Regel allerdings beim nasalen Konsum von psychoaktiven Substanzen beherzigt, nur 40 Prozent geben an, dabei niemals das Röhrchen oder den Geldschein, die zur nasalen Applikation genutzt werden, mit anderen Personen zu teilen.

Antihomosexuelle Akte wie verbale oder physische Gewalt stellen für schwule und andere MSM eine vergleichsweise häufige Erfahrung dar. 13 Prozent haben in den vergangenen zwölf Monaten verbale Gewalt erfahren, zwei Prozent physische Gewalt. Ein Anteil, der im Vergleich zu den Erhebungen in 2003 und 2007 konstant ist. Jüngere Teilnehmer sind am stärksten von antihomosexuellen Gewalterfahrungen betroffen. Nur 63 Prozent der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer haben in den vergangenen zwölf Monaten keine Gewalt erlebt. Antihomosexuelle Gewalterfahrungen wirken sich negativ auf das psychische Wohlbefinden aus. 21 Prozent der Teilnehmer, die verbale Gewalt erfahren haben, und 38 Prozent, die physische Gewalt erfahren haben, berichten von einer moderaten oder schwerwiegenden ängstlich-depressiven Symptomatik.

112

Die in diesem Kapitel berichteten Ergebnisse verweisen deutlich darauf, dass eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM notwendig ist. Die ausschließliche Betrachtung von HIV und anderen STI als Gesundheitsrisiken für schwule und andere MSM wird den vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen homosexuell lebender Männer im Vergleich zu ausschließlich heterosexuell lebenden Männern nicht gerecht. Schwule Männer sind spezifischen gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt, die sie vulnerabel für psychische, aber auch für physische Erkrankungen machen. Vor diesem Hintergrund ist zum Beispiel ein weiterer Ausbau von adäquaten Beratungs- und Betreuungsangeboten für schwule Männer und Angehörige anderer sexueller Minderheiten dringend erforderlich. Zudem ist eine Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, insbesondere in kleineren Städten, in denen sich zielgruppenspezifische Angebote nicht lohnen würden, im Hinblick auf die spezifischen Problemlagen und Bedürfnisse von Angehörigen sexueller Minderheiten notwendig.

Es ist zwingend notwendig, dass sich Wissenschaft und Prävention intensiver mit allen gesundheitlichen Benachteiligungen schwuler und anderer MSM und ihren Ursachen befassen.

V. SEXUALITÄT UND RISIKOVERHALTEN VON SCHWULEN UND ANDEREN MSM IN FESTEN BEZIEHUNGEN MIT EINEM MANN

V. Sexualität und Risikoverhalten von schwulen und anderen MSM in festen Beziehungen mit einem Mann

113

Die sexuellen Interaktionen mit einem festen Partner unterliegen, allein schon wegen der größeren Intimität unter den Partnern, einer ganz anderen Dynamik als die mit anderen Sexualpartnern (vgl. z. B. Bochow, et al., 2012). Dadurch ergeben sich auch besondere Dynamiken des sexuellen Risiko- und Schutzverhaltens unter festen Partnern. Aus diesem Grund wird das sexuelle Risiko- und Schutzverhalten von schwulen und anderen MSM innerhalb fester Beziehungen an dieser Stelle getrennt vom Risiko- und Schutzverhalten außerhalb fester Beziehungen behandelt.

Insgesamt geben 39 Prozent der Befragungsteilnehmer an, aktuell mit einem Mann in einer festen Beziehung zu sein. Unter diesen haben einige wenige eine Beziehung mit mehr als einem Mann oder mit einem Mann und einer Frau zur gleichen Zeit (vgl. Kap. 3 „Beziehungsstatus, Beziehungsdauer, Beziehungswunsch“). Diese Männer in Beziehungen mit mehr als einem Partner werden

für die folgenden Auswertungen nicht gesondert betrachtet¹². 90 Prozent der Teilnehmer, die eine Beziehung mit einem anderen Mann haben, geben an, mit ihrem Partner in den vergangenen zwölf Monaten Sex gehabt zu haben. Auf diese Gruppe von 5.366 Teilnehmern beziehen sich die folgenden Ausführungen zum Sexualverhalten im Rahmen fester Beziehungen. Abbildung 5.1A (siehe Anhang Seite 307) zeigt, dass der Anteil derer, die in den vergangenen zwölf Monaten keinen Sex mit dem festen Partner hatten, mit der Dauer der Beziehung ansteigt: von zwei Prozent unter denjenigen, die zwischen ein und zwei Jahren in einer Beziehung sind, auf neun Prozent unter denjenigen mit einer Beziehungsdauer zwischen fünf und zehn Jahren. Unter denjenigen, die seit mehr als zehn Jahren in einer Beziehung sind, liegt dieser Anteil bei 22 Prozent. Eine Ausnahme stellen diejenigen Befragungsteilnehmer dar, die erst seit bis zu einem Jahr in einer Beziehung sind, hier hatten acht Prozent (noch) keinen Sex mit ihrem festen Partner.

5.1 Sexuelle Praktiken mit dem festen Partner

114

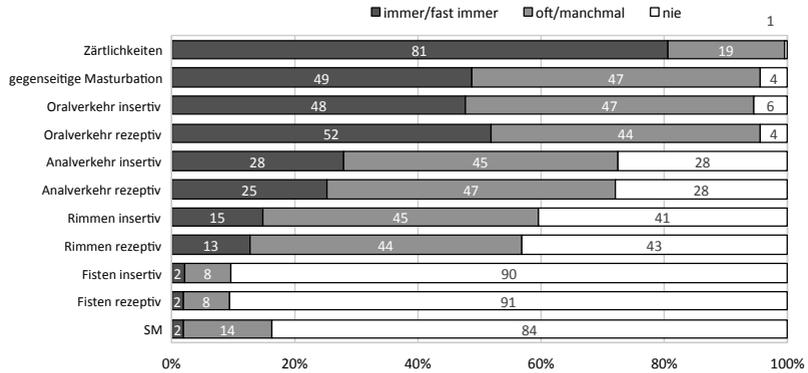
Befragungsteilnehmer, die Sex mit ihrem festen Partner berichten, wurden gefragt, welche Praktiken sie in welcher Frequenz ausüben, wenn sie mit ihrem Partner Sex haben. Wie Abbildung 5.1 zeigt, berichten fast alle Teilnehmer, dass sie mit ihrem Partner Zärtlichkeiten austauschen (81 Prozent immer / fast immer, mehr als 99 Prozent mindestens manchmal) und sich gegenseitig masturbieren (49 Prozent immer / fast immer, 96 Prozent mindestens manchmal). Auch Oralverkehr wird von fast allen Teilnehmern berichtet, nur ein Prozent hatten in den vergangenen zwölf Monaten weder insertiven noch rezeptiven Oralverkehr, wenn sie mit ihrem festen Partner Sex hatten, wie Abbildung 5.2A (im Anhang Seite 307) zeigt. In dieser Abbildung ist für diejenigen Praktiken, die sowohl insertiv als auch rezeptiv ausgeübt werden können, zusätzlich abgebildet, von welchem Anteil der Befragten diese Praktiken gar nicht ausübt wurden, und wie groß der Anteil derjenigen ist, die nur die rezeptive Rolle bzw. nur die insertive Rolle bzw. beide Rollen eingenommen haben. Oralverkehr wird nicht nur von fast allen Teilnehmern ausgeübt, sondern zudem auch sehr

¹² Befragungsteilnehmer mit mehr als einem männlichen festen Partner wurden gebeten, sich bei ihren Antworten auf den Partner zu beziehen, mit dem sie gegenwärtig sexuell am aktivsten sind.

häufig praktiziert. Jeweils ungefähr die Hälfte der Teilnehmer berichten, dass sie immer / fast immer insertiven bzw. rezeptiven Oralverkehr ausüben, wenn sie mit ihrem festen Partner Sex haben. Weniger verbreitet als der Oralverkehr ist der Analverkehr, jeweils ungefähr ein Viertel der Befragungsteilnehmer praktizierten immer oder fast immer insertiven bzw. rezeptiven Analverkehr, wenn sie Sex mit ihrem festen Partner hatten. Analverkehr wird von einem kleineren Anteil gar nicht berichtet (11 Prozent), die Mehrheit mit 55 Prozent gibt jedoch an, in den vergangenen zwölf Monaten sowohl die aktive als auch die passive Rolle eingenommen zu haben. Seltener werden von den Befragungsteilnehmern oroanale Kontakte, auch Rimming oder Anilingus genannt, ausgeübt. Zwar berichten 69 Prozent, dass sie in den letzten zwölf Monaten beim Sex mit ihrem festen Partner insertiven und/oder rezeptiven Anilingus praktiziert haben, aber nur 13 Prozent praktizierten immer / fast immer rezeptiv Anilingus und nur 15 Prozent praktizierten immer / fast immer insertiv Anilingus. Fisten spielt nur für eine geringe Anzahl der Teilnehmer eine Rolle im Sexleben mit ihrem festen Partner. Nur 14 Prozent berichten, diese Praktik überhaupt mit ihrem Partner ausgeübt zu haben. Häufiger noch werden sadomasochistische Praktiken (SM) ausgeübt, wobei diese im Fragebogen nicht näher definiert wurden. 17 Prozent berichten, dass sie mindestens manchmal SM mit ihrem Partner praktiziert haben. Beziehungen, in denen SM die wichtigste Praktik darstellt, sind selten, nur zwei Prozent der Befragungsteilnehmer praktizieren immer SM, wenn sie mit ihrem festen Partner Sex haben.

Abbildung 5.1: Sexpraktiken

Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten



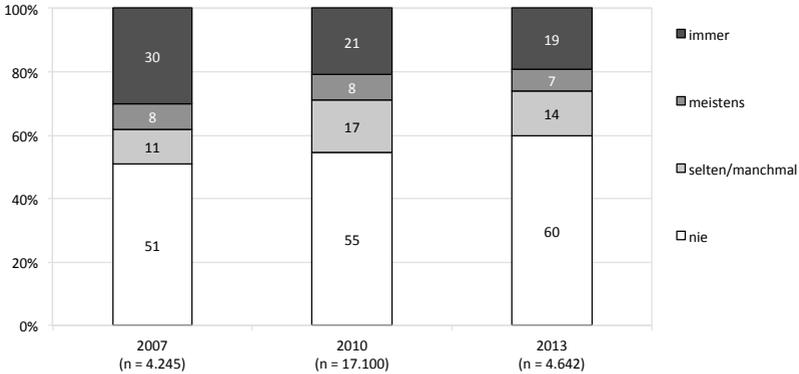
116

5.2 Kondomnutzung mit dem festen Partner

Die konsistente Nutzung von Kondomen mit dem festen Partner stellt unter den Befragungsteilnehmern nicht die Regel dar. Tatsächlich gibt eine Mehrheit von 60 Prozent der Teilnehmer, die Analverkehr mit ihrem festen Partner berichten, an, in den vergangenen zwölf Monaten nie Kondome mit diesem festen Partner genutzt zu haben. Nur 19 Prozent haben in den vergangenen zwölf Monaten immer Kondome mit ihrem festen Partner genutzt, die übrigen 21 Prozent berichten eine inkonsistente Kondomnutzung, haben also selten/manchmal (14 Prozent) oder meistens (7 Prozent) Kondome mit dem festen Partner genutzt (vgl. Abb. 5.2). Im Vergleich zu den Erhebungen von 2007 und 2010 ist ein deutlicher Trend zu erkennen. Der Anteil an Teilnehmern, die immer Kondome mit ihrem festen Partner nutzen, nimmt ab (2007: 30 Prozent; 2010: 21 Prozent; 2013: 19 Prozent), während der Anteil derjenigen, die nie Kondome mit dem festen Partner nutzen, deutlich ansteigt (2007: 51 Prozent; 2010: 55 Prozent; 2013: 60 Prozent).

Abbildung 5.2: Kondomnutzung mit dem festen Partner in der Zeitreihe

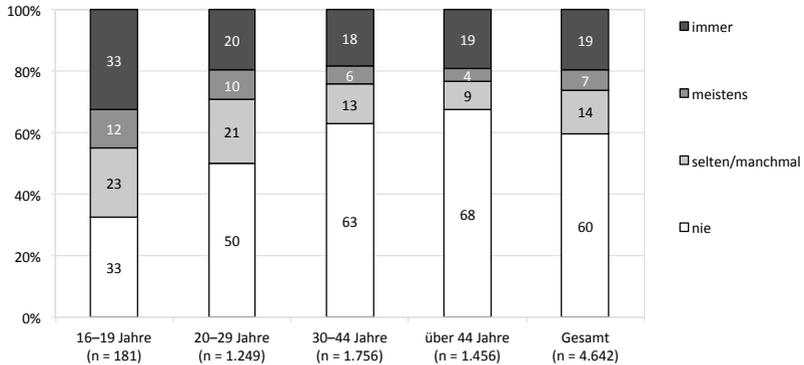
Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten



Die Kondomnutzung in einer festen Beziehung hängt sowohl mit dem Alter der Teilnehmer als auch mit der Beziehungsdauer zusammen. In der jüngsten Altersgruppe, den unter 20-Jährigen, geben nur ein Drittel an, niemals Kondome mit dem festen Partner zu verwenden, ein weiteres Drittel nutzt immer Kondome. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derer, die in den vergangenen zwölf Monaten niemals Kondome genutzt haben, auf zwei Drittel in der ältesten Altersgruppe (vgl. Abb. 5.3).

Abbildung 5.3: Kondomnutzung mit dem festen Partner nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten



118

Da das Alter der Befragungsteilnehmer und die Kondomnutzung mit dem festen Partner zusammenhängen, wird der Rückgang der Kondomnutzung innerhalb von Beziehungen, der sich in der aktuellen Erhebung zeigt, zum Teil auch auf das höhere Durchschnittsalter der Befragten in der aktuellen Erhebung zurückzuführen sein. Allerdings ist unwahrscheinlich, dass der Trend, der sich hinsichtlich der Kondomnutzung mit dem festen Partner zeigt, nur durch diese Stichprobeneffekte bedingt ist. Zum Teil werden diese Ergebnisse auch einen tatsächlichen Trend unter schwulen und anderen MSM in Deutschland widerspiegeln.

Die Dauer der Beziehung zeigt einen ähnlichen Effekt wie das Alter, dabei hängen Alter und Beziehungsdauer zweifellos zusammen. Mit zunehmender Beziehungsdauer steigt der Anteil derer, die nie Kondome nutzen, und sinkt der Anteil derer, die inkonsistent oder immer Kondome nutzen (vgl. 5.3A im Anhang Seite 308). Auffällig ist aber vor allem der Unterschied zwischen denen, deren Beziehung weniger als ein Jahr andauert, und denen, deren Beziehung bereits länger als ein Jahr andauert. Bei einer kurzen Beziehungsdauer geben knapp ein Drittel der Befragten an, niemals Kondome mit dem festen Partner

genutzt zu haben, und 39 Prozent berichten einen inkonsistenten Kondomgebrauch. Der Anteil derer, die immer Kondome mit ihrem Partner genutzt haben, ist in dieser Gruppe mit 30 Prozent am höchsten. Hingegen zeigt sich bei allen Teilnehmern, die mindestens ein Jahr mit ihrem Partner zusammen sind, dass jeweils die Mehrheit niemals Kondome mit dem festen Partner in den vergangenen zwölf Monaten genutzt hat. Der Anteil der Teilnehmer, der inkonsistente Kondomnutzung berichtet, nimmt mit zunehmender Beziehungsdauer weiter leicht ab. Genauso nimmt der Anteil, der durchgängige Kondomnutzung berichtet, leicht ab und steigt lediglich bei denen, die länger als zehn Jahre in einer Beziehung leben, wieder etwas an. Dies kann als Konsequenz des höheren Anteils offener Beziehungen bei längerer Beziehungsdauer verstanden werden (siehe dazu Abschnitt 3). Eine inkonsistente Kondomnutzung mit dem festen Partner könnte somit vor allem als eine Art Übergangsstadium von konsistenter Nutzung zu konsistenter Nichtnutzung von Kondomen in festen Beziehungen interpretiert werden, diese Hypothese kann anhand der vorliegenden Daten nicht weiter untersucht werden.

Der HIV-Serostatus beider Partner in einer Paarbeziehung erweist sich als der wichtigste Faktor hinsichtlich der Kondomnutzung in einer Beziehung. Um die Konstellation der Paare hinsichtlich ihres HIV-Serostatus zu bestimmen, wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie den HIV-Serostatus ihres Partners kennen. Die Tabelle 5.1 zeigt, dass die Mehrheit von drei Viertel der Befragungsteilnehmer den HIV-Serostatus des festen Partners kennt. 65 Prozent der Befragungsteilnehmer wissen, dass der letzte HIV-Test des Partners negativ ausgefallen ist, zehn Prozent wissen von einem positiven HIV-Testergebnis des Partners. Dass der Partner sich bisher noch nicht auf HIV testen lassen, berichten 14 Prozent der Teilnehmer. Nur elf Prozent kennen den HIV-Serostatus ihres Partners nicht, acht Prozent vermuten lediglich, dass ihr Partner HIV-negativ ist.

Tabelle 5.1: Kenntnis des HIV-Serostatus des Partners
Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten (n = 5.286)

	%	n
Er hat sich bisher nicht auf HIV testen lassen.	14	711
Sein letzter HIV-Test war negativ.	65	3.428
Sein letzter HIV-Test war positiv.	10	546
Ich vermute, er ist HIV-negativ.	8	400
Ich vermute, er ist HIV-positiv.	0,1	4
Sein HIV-Status interessiert mich nicht.	0,3	17
Ich kenne seinen HIV-Status nicht.	3	180

120

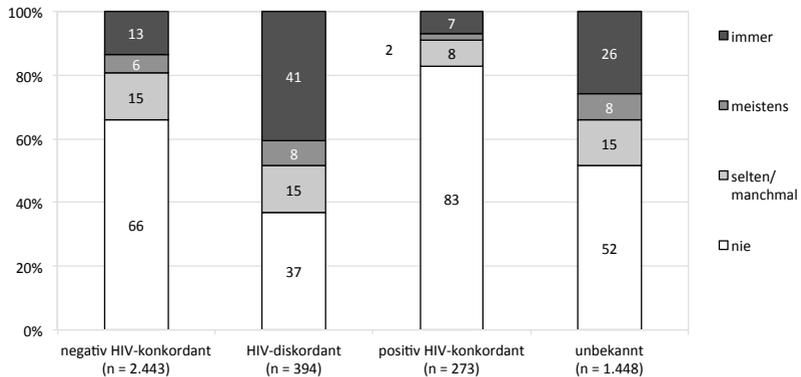
In Kombination mit dem vom Befragungsteilnehmer selbst berichteten HIV-Serostatus ergibt sich eine Vielzahl von möglichen HIV-Serostatus-Konstellationen, die für die weiteren Auswertungen zu vier Kategorien zusammengefasst werden. Dabei sind Teilnehmer in einer HIV-negativen serokonkordanten Beziehung (beide Teilnehmer sind bekannt HIV-negativ) deutlich am stärksten vertreten (52 Prozent). Weiterhin sind neun Prozent demnach in einer HIV-serodiskordanten Beziehung, in der entweder der Befragungsteilnehmer HIV-positiv ist und sein Partner HIV-negativ getestet ist oder umgekehrt ein HIV-negativ getesteter Befragungsteilnehmer in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Mann ist. In einer HIV-positiv serokonkordanten Beziehung zwischen zwei HIV-positiven Teilnehmern befinden sich fünf Prozent der Teilnehmer. Bei den übrigen 34 Prozent ist bei mindestens einem der beiden Partner

der HIV-Serostatus unbekannt, hier wurden auch diejenigen Teilnehmer zugeordnet, die den HIV-Serostatus nur vermuteten und nicht sicher wussten.

Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen diesen vier Gruppen hinsichtlich der Kondomnutzung. Teilnehmer in einer HIV-positiv konkordanten Beziehung nutzen am seltensten Kondome mit ihrem festen Partner, 83 Prozent verwenden niemals Kondome, zehn Prozent berichten inkonsistente Kondomnutzung und nur sieben Prozent haben in den vergangenen zwölf Monaten immer Kondome genutzt (vgl. Abb. 5.4). Auch unter HIV-negativ serokonkordanten Paaren ist die Nicht-Nutzung von Kondomen weit verbreitet. Zwei Drittel dieser Teilnehmer haben in den vergangenen zwölf Monaten niemals Kondome genutzt, 21 Prozent haben selten, manchmal oder meistens Kondome verwendet, und 13 Prozent berichten eine durchgängige Kondomnutzung. Während kondomloser Analverkehr zwischen zwei Partnern mit dem gleichen HIV-Serostatus (auch „Serosorting“ genannt) gerade in festen Beziehungen durchaus als Safer Sex – zumindest hinsichtlich des Risikos einer HIV-Transmission – bezeichnet werden kann (siehe dazu auch den folgenden Abschnitt zu „Negotiated Safety“), so stellt kondomloser Analverkehr zwischen Partnern mit unbekanntem HIV-Serostatus ein potenzielles HIV-Übertragungsrisiko dar. Es berichten jedoch mehr als die Hälfte der Teilnehmer, die ihren eigenen HIV-Serostatus und/oder den ihres Partners nicht kennen, dass sie mit diesem Partner in den vergangenen zwölf Monaten nie Kondome genutzt haben. Nur 26 Prozent dieser Befragungsteilnehmer nutzen immer Kondome mit ihrem festen Partner. Allerdings sind Befragungsteilnehmer, die ihren eigenen HIV-Serostatus und/oder den ihres Partners nicht kennen, eher jünger als Befragungsteilnehmer, bei denen sowohl der eigene HIV-Serostatus als auch der des Partners bekannt ist; dieser Umstand mindert etwas die Gefahr einer HIV-Transmission, da die Prävalenz von HIV unter jüngeren schwulen und anderen MSM niedriger liegt als unter älteren MSM, vorausgesetzt, dass Beziehungspartner und andere Partner gleichaltrig sind.

Abbildung 5.4: Kondomnutzung nach Serokonstellation der Partnerschaft

Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten



122

HIV-serodiskordante Beziehungen stellen in diesem Zusammenhang einen Sonderfall dar. Das Risiko einer HIV-Transmission besteht, wenn ein HIV-Negativer ungeschützten Analverkehr mit seinem HIV-positiven Partner hat, bei dem HIV im Blut nachweisbar ist. Unter einer effektiven ART ist die Transmissionswahrscheinlichkeit fast gleich Null. Die Therapie ist dann ein zuverlässiger Schutz vor einer HIV-Übertragung. Tatsächlich wird eine Viruslast unter der Nachweisgrenze häufiger von HIV-positiven Teilnehmern in einer festen Beziehung mit einem Mann (83 Prozent) als von HIV-positiven Teilnehmern, die sich als Singles bezeichnen (78 Prozent), berichtet. Unter den HIV-positiven Teilnehmern mit einem HIV-negativ getesteten festen Partner berichten 84 Prozent von einer Viruslast unter der Nachweisgrenze. Tatsächlich zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Viruslast des HIV-positiven Partners und der Kondomnutzung in serodiskordanten Partnerschaften. In den Beziehungen, in denen die Viruslast des positiven Partners unter der Nachweisgrenze liegt, nutzen 36 Prozent immer Kondome und 40 Prozent nie Kondome. In der sehr kleinen Gruppe derjenigen, bei denen die Viruslast des HIV-positiven Befragungsteilnehmers in einer serodiskordanten Partnerschaft nicht unter der Nachweisgrenze ist, nutzen 59 Prozent immer Kondome und nur

18 Prozent nie. Das bedeutet, nur fünf Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer in einer HIV-serodiskordanten Beziehung gehen mit ihrem festen Partner Risiken ein, bei denen eine HIV-Transmission möglich ist. „Schutz durch Therapie“, so die gängige Bezeichnung, wird von einem bedeutsamen Anteil schwuler und anderer MSM in einer HIV-serodiskordanten Partnerschaft demnach aktiv angewendet.

5.3 Zur Häufigkeit von Risikokontakten in festen Beziehungen

Zusätzlich zum generellen Kondomgebrauch in festen Beziehungen wurde im Erhebungsinstrument nach der Häufigkeit von sexuellen Akten mit dem festen Partner, bei denen kein Kondom verwendet wurde, gefragt. Es kann also für den festen Partner auch die absolute Häufigkeit von Risikokontakten berechnet werden, genau wie dies in Kapitel 6 für andere Sexualpartner berichtet wird. Die Frage nach der absoluten Häufigkeit von Risikokontakten bezieht die Frage nach dem HIV-Serostatus des Partners mit ein. Dabei werden Risikokontakte einerseits als ungeschützter Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt war, und andererseits als ungeschützter Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus bekannt unterschiedlich von dem des Teilnehmers war, definiert. Ungeschützter Analverkehr in einer HIV-serokonkordanten Partnerschaft fällt demnach nach dieser Definition nicht unter die Bezeichnung Risikokontakt.

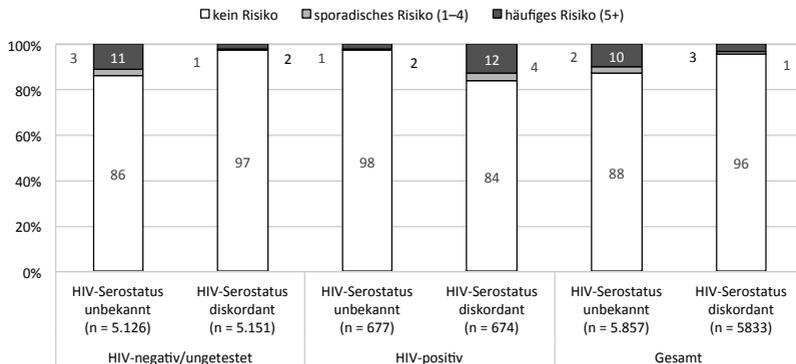
123

Insgesamt berichten zwölf Prozent der Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner, dass sie ungeschützten Analverkehr mit ihrem Partner hatten, jedoch seinen HIV-Serostatus nicht kennen, zehn Prozent berichten häufige Risikokontakte dieser Art, also fünf und mehr Kontakte. Unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern liegt dieser Anteil mit 14 Prozent etwas höher, bei den HIV-positiven Teilnehmern mit drei Prozent deutlich niedriger.

Ungeschützten Analverkehr mit einem festen Partner, dessen HIV-Serostatus bekannt diskordant ist, berichten vier Prozent aller Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner und drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer. Der Anteil der HIV-positiven Teilnehmer, die dies berichten, liegt deutlich höher (16 Prozent).

Abbildung 5.5: Häufigkeit von Risikokontakten innerhalb fester Beziehungen nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner



124

Im Vergleich zur letzten Erhebung sind nur leichte Schwankungen zu bemerken. Im Jahr 2010 berichteten 16 Prozent der Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner, dass sie ungeschützten Analverkehr mit diesem hatten und seinen HIV-Serostatus nicht kannten. Und drei Prozent berichteten ungeschützten Analverkehr mit dem festen Partner, der einen bekannt anderen HIV-Serostatus aufwies.

5.4 *Negotiated Safety* – ausgehandelte Sicherheit

Schwule und andere MSM in einer festen Partnerschaft, in denen keiner der beiden Partner HIV-positiv getestet wurde, können eine Risikominimierungsstrategie nutzen, bei der sie auf Kondome verzichten und dennoch das Risiko einer HIV-Infektion auf ein Mindestmaß reduzieren können. Diese Strategie, die *Negotiated Safety* (ausgehandelte Sicherheit) genannt wird, besteht, wie der Name bereits besagt, in einer Vereinbarung zwischen zwei Partnern. Diese Vereinbarungen können verschiedene Formen annehmen, müssen aber bestimmte Elemente enthalten, ohne die eine tatsächliche Risikoverringern nicht erreicht werden kann.

Als erste Bedingung müssen beide Partner vor dem ersten Kondomverzicht negativ auf HIV getestet sein und sich idealerweise auch weiterhin regelmäßig auf HIV testen lassen. Als zweite Bedingung muss eine Vereinbarung darüber vorliegen, wie mit HIV-Infektionsrisiken umgegangen wird, die sich bei sexuellen Kontakten außerhalb der Beziehung ergeben. Im Sinne des Konzepts der ausgehandelten Sicherheit, wie es von der australischen Sozialwissenschaftlerin Susan Kippax und KollegInnen zuerst beschrieben wurde (Kippax, Crawford, Davis, Rodden & Dowsett, 1993; Kippax et al., 1997), umfasst diese Vereinbarung die konsistente Nutzung von Kondomen beim Analverkehr mit anderen Partnern außerhalb der Beziehung. Auch die Vereinbarung von Monogamie kann den Zweck der Risikominimierung erfüllen, aber die Vereinbarung einer monogamen Beziehung erfolgt nicht zwangsläufig mit dem Ziel der Minimierung eines HIV-Infektionsrisikos, sondern befriedigt auch andere Bedürfnisse und Motive, wie den vermeintlichen Schutz der Beziehung oder die emotionale Verbundenheit der Partner.

Eine dritte Bedingung bezieht sich auf den Umgang mit Verstößen gegen die getroffene Vereinbarung, diese müssen dem Partner umgehend mitgeteilt werden, um ein gemeinsames Vorgehen zu vereinbaren. Dieses Vorgehen kann zum Beispiel den Beschluss zur gemeinsamen Nutzung von Kondomen bis zum Vorliegen eines erneuten zuverlässigen negativen HIV-Testergebnisses umfassen.

Die folgenden Ausführungen zu Negotiated Safety beziehen sich folglich auf diejenigen Teilnehmer, die mit ihrem Partner vereinbart haben, dass ihre Beziehung offen für andere Sexualpartner ist, und in deren Beziehung keiner der beiden Partner HIV-positiv getestet wurde.

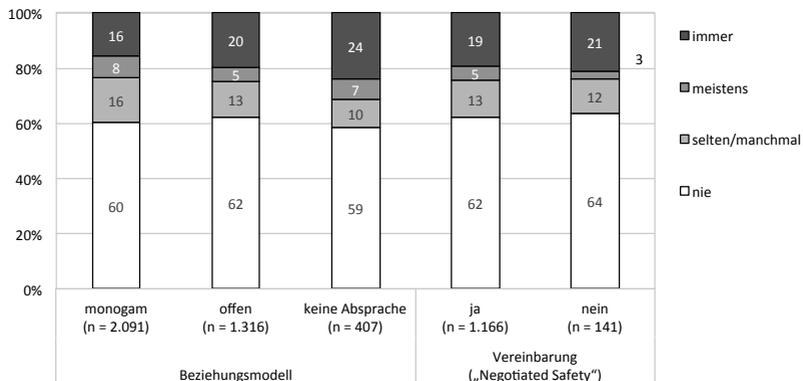
Im Fragebogen wurden die Fragen zur Art der Vereinbarung durch eine Frage nach der Existenz einer Vereinbarung, die explizit der Reduktion des HIV-Infektionsrisikos außerhalb der festen Beziehung dient, eingeleitet und gefiltert. Die überwiegende Mehrheit von 88 Prozent der Teilnehmer in einer offenen Beziehung hat eine solche Vereinbarung mit dem Partner getroffen. Zwei verschiedene Inhalte der Vereinbarungen wurden den Teilnehmern als Antwortoption angeboten: beim Analverkehr mit anderen Partnern ausschließlich Kondome zu nutzen oder auf Analverkehr mit anderen Partnern zu verzichten. Für

die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer beinhaltete die Vereinbarung die Nutzung von Kondomen mit anderen Partnern (89 Prozent), nur acht Prozent hatten vereinbart, auf Analverkehr mit anderen Partnern zu verzichten. Die übrigen vier Prozent nutzten die Option, eine abweichende Vereinbarung anzugeben. Unter diesen Teilnehmer kristallisierte sich jedoch keine spezifische Vereinbarung heraus, die von einer substanziellen Anzahl an Teilnehmern genannt wurde, vielmehr wurden oft Risikomanagementstrategien genannt, wie Serosorting, Viruslastmethode, „Withdrawal“ (Rückzug des Penis aus dem Anus des Partners vor der Ejakulation) oder Petting.

Bemerkenswerterweise haben das Beziehungsmodell und die Art der Vereinbarung kaum einen Einfluss auf die Kondomnutzung innerhalb der festen Beziehung. Abbildung 5.6 zeigt, dass in allen vier Gruppen um die 60 Prozent der Teilnehmer angeben, niemals mit dem festen Partner Kondome zu nutzen. Dies trifft auch auf diejenigen Teilnehmer zu, die kein Beziehungsmodell vereinbart haben, und auf diejenigen, die eine offene Beziehung haben, aber keine Vereinbarung getroffen haben. Gerade für diese Männer wäre eine konsistente Kondomnutzung mit dem festen Partner zu erwarten gewesen.

Abbildung 5.6: Kondomnutzung nach Typ der Vereinbarung

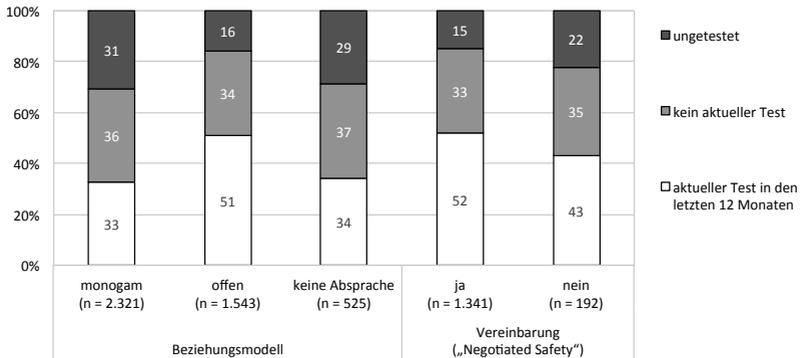
Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner bzw. in einer offenen Beziehung mit einem festen männlichen Partner



Das HIV-Testverhalten weist hingegen stärkere Zusammenhänge mit dem Beziehungsmodell und der Art der Vereinbarung bei offenen Beziehungen auf. Wie Abbildung 5.7 entnommen werden kann, berichten Befragungsteilnehmer in einer offenen Beziehung, die eine Vereinbarung hinsichtlich der Sexkontakte mit anderen Partnern getroffen haben, am häufigsten ein aktuelles HIV-Testergebnis. 52 Prozent dieser Teilnehmer haben sich in den zwölf Monaten vor der Befragung auf HIV testen lassen. Allerdings bedeutet dies auch, dass fast die Hälfte aller Männer in offenen Beziehungen mit einer Vereinbarung kein aktuelles HIV-Testergebnis hat, und darunter 15 Prozent noch nie auf HIV getestet wurden. Niedriger liegt die HIV-Testquote bei denjenigen Teilnehmern in einer offenen Beziehung, die keine Vereinbarung getroffen haben (43 Prozent mit aktuellem HIV-Test; 22 Prozent ungetestet). Am niedrigsten liegt sie unter Teilnehmern in einer monogamen Beziehung oder mit einem undefinierten Beziehungsmodell, bei denen die Inanspruchnahme des HIV-Tests ähnlich gering ist.

Abbildung 5.7: HIV-Testverhalten nach Typ der Vereinbarung

Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner bzw. in einer offenen Beziehung mit einem festen männlichen Partner



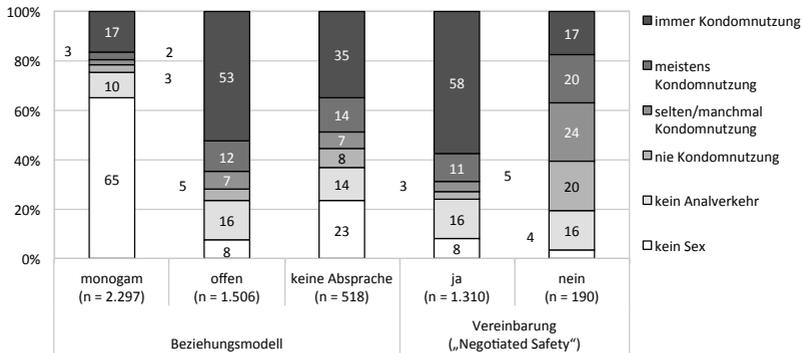
Die getroffenen Vereinbarungen müssen eingehalten werden, wenn sie zu einer wirksamen Reduktion des HIV-Transmissionsrisikos beitragen sollen. Ob ein Teilnehmer in einer festen Beziehung Sex mit anderen Partnern hat und

ob er dabei Kondome nutzt, hängt tatsächlich von der Art der Vereinbarung ab, wie Abbildung 5.8 zeigt. Männer in einer „monogamen“ Beziehung berichten mehrheitlich keinen Sex mit anderen Partnern außerhalb der Beziehung (65 Prozent), weitere zehn Prozent hatten Sex mit anderen Partnern, haben aber keinen Analverkehr praktiziert, und von den 25 Prozent, die Analverkehr mit anderen Partnern hatten, berichtet die Mehrheit eine konsistente Kondomnutzung (17 Prozent aller „monogamen“ Teilnehmer und zwei Drittel der Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Partnern praktizieren). Männer in monogamen Beziehungen halten sich demnach zwar zu einem bedeutenden Anteil nicht an die Vereinbarung, gehen dabei aber eher selten relevante HIV-Infektionsrisiken ein. Unter denjenigen, die kein Beziehungsmodell vereinbart haben, berichten lediglich 23 Prozent, dass sie keinen Sex mit anderen Partnern außerhalb der Beziehung haben. In dieser Gruppe berichten 35 Prozent, dass sie immer Kondome mit anderen Partnern nutzen, 28 Prozent nutzen nie oder nicht immer Kondome. Besteht eine offene Beziehung, ist eine Vereinbarung zu Negotiated Safety das entscheidende Kriterium, von dem die Kondomnutzung abhängt. In beiden Gruppen berichten fast alle Mitglieder Sex mit anderen Partnern (92 Prozent vs. 97 Prozent), unter denen mit einer Vereinbarung nutzen 58 Prozent immer Kondome, während in der zahlenmäßig viel kleineren Gruppe derjenigen, die keine Vereinbarung eingegangen sind, nur 17 Prozent immer Kondome genutzt haben. 63 Prozent aus dieser Gruppe haben hingegen nie oder nicht immer Kondome mit anderen Partnern genutzt.

Die Einhaltung der Vereinbarung wurde von den Befragungsteilnehmern mit offener Beziehung, die eine Vereinbarung eingegangen sind, zudem direkt erfragt. Insgesamt 21 Prozent dieser Teilnehmer geben an, die Vereinbarung bereits gebrochen zu haben, darunter neun Prozent sogar mehrfach. Von diesen Teilnehmern, die die Vereinbarung gebrochen haben, hat jedoch nicht einmal die Hälfte (43 Prozent) mit dem Partner über diesen Bruch gesprochen, 57 Prozent geben an, dass dieser Bruch der Vereinbarung nicht kommuniziert wurde.

Abbildung 5.8: Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern nach Beziehungsmodell

Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner bzw. in einer offenen Beziehung mit einem festen männlichen Partner



129

5.5 Zusammenfassung und Fazit

Von den 39 Prozent der Befragungsteilnehmer in einer festen Beziehung mit einem Mann hatte die große Mehrheit (90 Prozent) in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit diesem Partner. Es wird eine große Vielfalt an Sexpraktiken mit dem festen Partner ausgeübt, anale Praktiken werden häufiger mit dem eigenen Partner berichtet als mit anderen Sexualpartnern (vgl. Kapitel 6).

Die Kondomnutzung in festen Beziehungen ist im Zeitverlauf rückläufig. Der Anteil derjenigen, die nie Kondome mit ihrem festen Partner verwenden, ist seit 2007 um zehn Prozentpunkte gestiegen, ein Effekt, der sich nur bedingt durch Stichprobeneffekte erklären lässt. Kondomnutzung innerhalb fester Beziehungen stellt nicht (mehr) die Regel unter schwulen und anderen MSM in Deutschland dar. Eine inkonsistente Kondomnutzung (selten, manchmal oder meistens) lässt sich vor allem zu Beginn von Beziehungen beobachten

und könnte als ein Übergangsstadium von durchgängiger Kondomnutzung zu durchgängiger Nichtnutzung verstanden werden.

Die Kondomnutzung hängt stark mit der HIV-Serostatuskonstellation in der Paarbeziehung zusammen. Unter den sich HIV-negativ serokonkordant definierenden Paaren, die mit Abstand häufigste Konstellation, nutzen zwei Drittel niemals Kondome, größer ist dieser Anteil nur unter den HIV-positiven serokonkordanten Beziehungen. Eine wichtige Zielgruppe für die Prävention stellen Männer in festen Beziehungen dar, in denen ein oder beide Partner ihren HIV-Serostatus nicht kennen. Dies betrifft immerhin ein Drittel aller Beziehungen. Hervorzuheben ist, dass selbst in diesen Beziehungen die Hälfte der (eher jüngeren) Teilnehmer niemals mit dem festen Partner Kondome nutzen.

Bei HIV-serodiskordanten Paaren, unter denen generell die Kondomnutzung am meisten verbreitet ist, finden sich Hinweise auf eine aktive Nutzung der Viruslastmethode, deren Anwendung jedoch im Kontext von Paarbeziehungen nicht explizit erfasst wurde. Nur ein geringer Anteil praktiziert ungeschützten Analverkehr in dieser Konstellation, wenn die Viruslast des HIV-positiven Partners nicht unter der Nachweisgrenze ist.

130

Kondomloser Analverkehr zwischen zwei HIV-negativen Männern in einer festen Partnerschaft kann als Safer Sex verstanden werden, wenn dieser im Rahmen von tatsächlich „monogamen“ Beziehungen stattfindet, oder in einer offenen Beziehung eine Vereinbarung vorliegt, etwa mit anderen Partnern immer Kondome zu verwenden. Diese Vereinbarungen werden von den Befragungsteilnehmern in offenen Beziehungen sehr häufig berichtet. Allerdings gehören zur erfolgreichen Umsetzung der Strategie der ausgehandelten Sicherheit („Negotiated Safety“) weitere Elemente, wie der regelmäßige HIV-Test sowie die Kommunikation über Verstöße gegen die Vereinbarung.

Hinsichtlich eines aktuellen HIV-Testergebnisses verhalten sich die Teilnehmer mit einer Vereinbarung im Sinne der Strategie der Negotiated Safety konsistenter. Mehr als die Hälfte dieser Teilnehmer berichten ein negatives HIV-Testergebnis, das nicht älter als zwölf Monate ist. Dennoch bedeutet dies auch, dass knapp die Hälfte dieser Teilnehmer kein aktuelles HIV-Testergebnis

hat. Unter Teilnehmern in einer „monogamen“ Beziehung, in einer Beziehung, in der das Beziehungsmodell nicht thematisiert wurde und in einer offenen Beziehung ohne Vereinbarung liegt die HIV-Testquote deutlich niedriger. Ein solches Verhalten ist im Hinblick auf eine mögliche HIV-Transmission risikobehaftet, da auch in Beziehungen ohne ausgehandeltes Beziehungsmodell oder in offenen Beziehungen ohne Vereinbarung mehrheitlich keine Kondome verwendet werden. Dennoch zeigt sich, dass das Treffen einer Vereinbarung, sei es im Sinne eines monogamen Beziehungsmodells oder der Negotiated-Safety-Strategie, eine gewisse Schutzwirkung für beide Partner hat. Teilnehmer ohne eine solche Vereinbarung, die allerdings nur eine kleine Minderheit der Männer in festen Beziehungen darstellen, berichten seltener einen aktuellen HIV-Test. Sie geben auch zu einem höheren Anteil an, dass sie mit anderen Partnern außerhalb der Beziehung keine Kondome verwenden. Wir können die Existenz von Vereinbarungen in festen, HIV-negativen serokonkordanten Beziehungen als Produkt einer gelungenen Kommunikation über die Paarbeziehung und das Risiko, das eine HIV-Infektion für beide Partner darstellt, verstehen. Eine fehlende Vereinbarung ist damit ein Zeichen für eine misslungene oder fehlende Kommunikation zwischen beiden Partnern.

131

Vielfältige Aufgaben für die HIV-Prävention ergeben sich aus diesen Ergebnissen. Zum einen sollte stärker die Bedeutung von regelmäßigen HIV-Tests in festen Beziehungen herausgestellt werden, insbesondere dann, wenn auf Kondome in der Beziehung verzichtet wird. Hier bietet sich zum Beispiel eine (Test-)Kampagne gezielt für schwule und andere MSM in Partnerschaften an, die auf das Interesse an der Gesundheit des Partners und an der eigenen zielt. Zum anderen sollte zur Kommunikation in Beziehungen ermutigt werden. Dabei sollte nicht nur die Bedeutung der Kommunikation über Beziehungsmodelle, sondern auch die Bedeutung der Kommunikation für das Konzept der ausgehandelten Sicherheit betont werden (zum Beispiel bei Verstößen gegen die Vereinbarung). Wenn Negotiated Safety als Safer-Sex-Strategie thematisiert wird, wie das bereits mit den ersten Rollenmodellen der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU geschehen ist, sollten die zentralen Elemente dieser Risikomanagementstrategie in besonderem Maße herausgestellt werden: die Bedeutung des HIV-Tests, ebenso die Bedeutung von regelmäßigen Tests auf andere STI, die Einhaltung der getroffenen Vereinbarungen und die Bedeutung der Kommunikation bei Verstößen gegen diese.

VI. SEXUALITÄT UND RISIKOVERHALTEN VON HIV-NEGATIVEN UND UNGETESTETEN SCHWULEN UND ANDEREN MSM AUßERHALB FESTER BEZIEHUNGEN

VI. Sexualität und Risikoverhalten von HIV-negativen und ungetesteten schwulen und anderen MSM außerhalb fester Beziehungen

133

Den für die HIV-Prävention wichtigsten Fragenkomplex der SMHA-Studie stellt sicherlich die Erfassung des Schutz- und Risikoverhaltens bei sexuellen Kontakten mit anderen Sexualpartnern dar. Diese in allen Erhebungen durchgängig erhobenen Daten werden hier ausschließlich für diejenigen Teilnehmer dargestellt, deren letzter HIV-Test negativ war oder die sich noch nie auf HIV haben testen lassen¹³. Die Ergebnisse zu HIV-positiv getesteten Teilnehmern werden in Kapitel 8 gesondert dargestellt, das ausschließlich auf die Lebenssituation und das Sexualverhalten HIV-positiver Teilnehmer fokussiert.

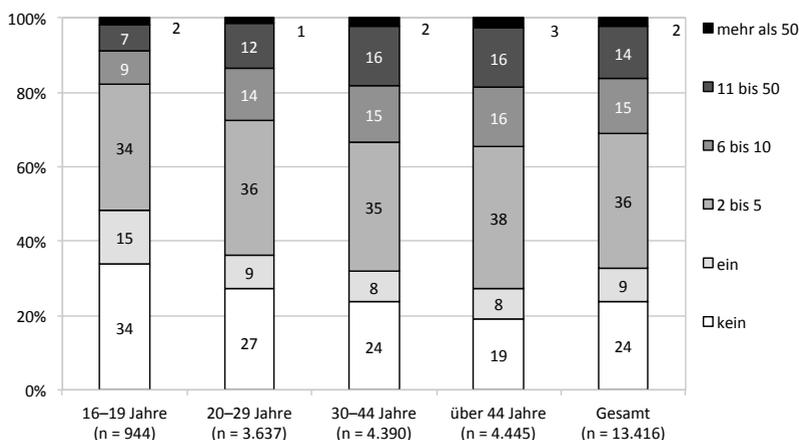
¹³ Im Folgenden der Einfachheit halber verkürzt als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer bezeichnet. Wenn in diesem Kapitel aus Gründen der Lesbarkeit der Begriff „Teilnehmer“ ohne weitere Spezifizierung auftritt, sind damit ebenfalls immer die HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer gemeint.

6.1 Anzahl der anderen Sexualpartner

Nicht alle HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer der aktuellen Erhebung hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung andere Sexualpartner. 24 Prozent berichten, dass sie in diesem Zeitraum keinen Sex mit anderen Sexualpartnern hatten. Dies bedeutet allerdings nicht, dass diese Teilnehmer gar keinen Sex hatten. Wird auch der Sex mit dem festen Partner in den vergangenen zwölf Monaten berücksichtigt, verbleibt ein Anteil von zehn Prozent aller Teilnehmer, die tatsächlich in den vergangenen zwölf Monaten gar keinen Sex hatten.

Abbildung 6.1: Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



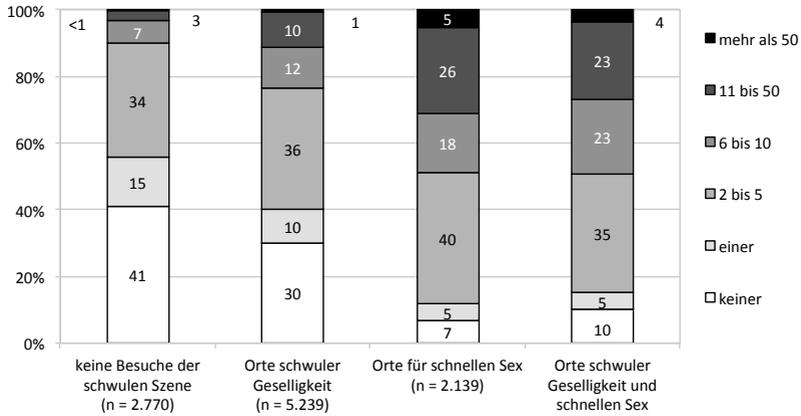
134

Abbildung 6.1 zeigt die Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten für vier Altersgruppen. Es wird deutlich, dass die Anzahl der Sexualpartner umso höher ist, je älter die Teilnehmer sind. So berichten 34 Prozent der 16- bis 20-jährigen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, dass sie mit keinem anderen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten Sex hatten, unter den Teilnehmern, die 45 Jahre und älter sind, berichten

dies nur 19 Prozent. Ältere Teilnehmer berichten zudem häufiger eine höhere Partnerzahl. In der ältesten Altersgruppe hatten 19 Prozent mehr als zehn Sexualpartner, in der jüngsten Altersgruppe nur neun Prozent. Zwischen den 30- bis 44-jährigen und den über 44-jährigen Teilnehmern bestehen dabei kaum Unterschiede in der Partnerzahl. Die Anzahl der Sexualpartner hängt zudem deutlich mit dem Besuch der schwulen Szene zusammen (vgl. Abb. 6.2, die Bildung dieser Kategorien wird in Kapitel 3 beschrieben). 41 Prozent der szenefernen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die in den vergangenen zwölf Monaten niemals Orte der schwulen Szene aufgesucht haben, berichten keine anderen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten, und nur drei Prozent berichten mehr als zehn Sexualpartner. Die meisten Sexualpartner geben jene Teilnehmer an, die überwiegend Orte für schnellen Sex aufsuchen: Nur sieben Prozent aus dieser Gruppe berichten keine Sexualpartner und 31 Prozent berichten mehr als zehn Sexualpartner. Teilnehmer, die überwiegend Orte schwuler Geselligkeit besuchen, berichten zwar mehr Sexualpartner als Teilnehmer ohne Szenebesuche, aber weniger als jene Teilnehmer, die sowohl Orte schwuler Geselligkeit als auch Orte für schnellen Sex aufsuchen. Ferner hängen auch die Schulbildung und die Wohnortgröße moderat mit der Anzahl der Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten zusammen. Mit einem höheren allgemeinbildenden Schulabschluss steigt die Anzahl der Sexualpartner (vgl. Abb. 6.1A im Anhang Seite 308) und ebenso mit einer zunehmenden Wohnortgröße (vgl. Abb. 6.2A im Anhang Seite 309).

Abbildung 6.2: Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen 12 Monaten nach Szenenutzung im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner angeben



136

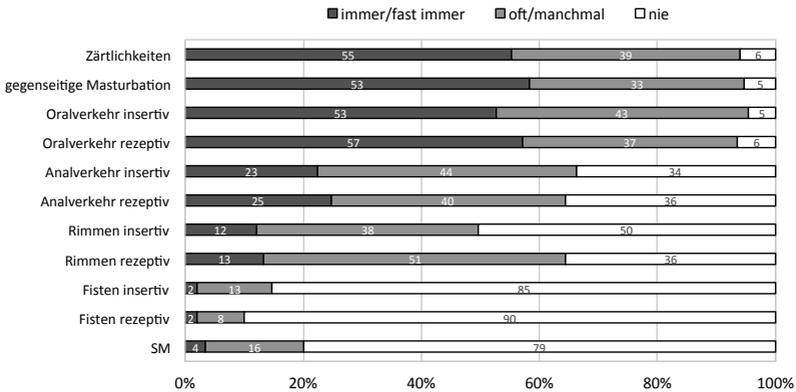
6.2 Sexuelle Praktiken mit anderen Sexualpartnern

Der Austausch von Zärtlichkeiten, die gegenseitige Masturbation und Oralverkehr sind die am häufigsten mit anderen Sexualpartnern ausgeübten sexuellen Praktiken. 55 Prozent tauschen (fast) immer Zärtlichkeiten beim Sex mit anderen Partnern aus, 94 Prozent tun dies zumindest manchmal, 53 Prozent masturbieren sich (fast) immer gegenseitig, 95 Prozent mindestens manchmal, und 57 Prozent üben Oralverkehr (fast) immer aktiv und 53 Prozent (fast) immer passiv aus (vgl. Abb. 6.3). Abbildung 6.3A (siehe Anhang Seite 309) zeigt ergänzend für diejenigen sexuellen Praktiken, die insertiv und rezeptiv ausgeübt werden können, ob diese von den Teilnehmern gar nicht, ausschließlich insertiv, ausschließlich rezeptiv oder sowohl insertiv als auch rezeptiv in den vergangenen zwölf Monaten mit anderen Partnern ausgeübt wurden. Oralverkehr berichten in diesem Zeitraum 99 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, damit ist der Oralverkehr die am stärksten verbreitete Praktik und wird von mehr Teilnehmern berichtet als der Austausch von Zärtlichkeiten oder

die gegenseitige Masturbation. Zudem wird der Oralverkehr von 90 Prozent der Teilnehmer sowohl insertiv als auch rezeptiv ausgeübt.

Abbildung 6.3: Häufigkeit von sexuellen Praktiken mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten (n = 10.151)



Ein anderes Bild zeigt sich beim Analverkehr. Dieser wird von weniger Teilnehmern (84 Prozent) überhaupt praktiziert, und zudem seltener sowohl insertiv als auch rezeptiv ausgeübt (45 Prozent) als der Oralverkehr. 21 Prozent der Teilnehmer berichten ausschließlich insertiven Analverkehr und 19 Prozent ausschließlich rezeptiven Analverkehr in den vergangenen zwölf Monaten. Im Vergleich zur Erhebung in 2010 liegt der Anteil derjenigen Teilnehmer, die sowohl insertiven als auch rezeptiven Analverkehr berichten, in der aktuellen Erhebung elf Prozentpunkte niedriger (Bochow et al., 2012, S. 75). Die 56 Prozent, die in der Erhebung von 2010 sowohl insertiven als auch rezeptiven Analverkehr berichten, müssen als Ausnahme gewertet werden, für die keine plausible Erklärung angeboten werden kann. Im Jahr 2007 lag dieser Anteil bei 44 Prozent und damit vergleichbar mit den aktuell gefundenen Werten. Der Anteil der Teilnehmer, die keinen Analverkehr berichten, ist seit 1991 (44 Prozent) rückläufig und ist in der aktuellen Erhebung mit 15 Prozent ähnlich hoch

wie 2010 (13 Prozent), aber deutlich niedriger als 2007 (23 Prozent). Analverkehr wird zudem seltener ausgeübt als Oralverkehr, 23 Prozent der Teilnehmer berichten, dass sie insertiven Analverkehr (fast) immer praktizieren, 25 Prozent praktizieren (fast) immer rezeptiven Analverkehr.

Oroanale Praktiken (Anilingus, umgangssprachlich Rimmen oder Arschlecken) berichten 70 Prozent der Befragungsteilnehmer. Zwar praktizieren 43 Prozent der Teilnehmer sowohl insertiven als auch rezeptiven Anilingus, dennoch existiert ein auffälliges Ungleichgewicht zwischen insertiver und rezeptiver Ausübung dieser Praktik. Der Anteil derjenigen Teilnehmer, die nur insertiven Anilingus berichten, ist mit sechs Prozent deutlich niedriger als der Anteil derjenigen Teilnehmer, die nur rezeptiven Anilingus berichten (21 Prozent). Das bedeutet, dass nur 50 Prozent der Teilnehmer überhaupt insertiven Anilingus praktizieren, während rezeptiver Anilingus von 65 Prozent berichtet wird, wie auch Abbildung 6.3 zu entnehmen ist. Ein ähnliches Phänomen findet sich für keine andere der Praktiken, die sowohl rezeptiv als auch insertiv durchgeführt werden können.

138

Nur eine Minderheit von 18 Prozent der Teilnehmer berichtet überhaupt brachiopraktische Praktiken (umgangssprachlich: Fisten). Nur zwei Prozent der Teilnehmer geben an, dass sie beim Sex mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen zwölf Monaten (fast) immer insertives Fisten praktiziert haben, genauso viele berichten (fast) immer rezeptives Fisten. Sowohl rezeptives als auch insertives Fisten berichten sechs Prozent der Teilnehmer, neun Prozent ausschließlich insertives Fisten und vier Prozent ausschließlich rezeptives Fisten. Sadomasochistische Praktiken sind mit 21 Prozent etwas häufiger verbreitet als Fisten. Diese Praktiken wurden von vier Prozent der Teilnehmer (fast) immer ausgeübt.

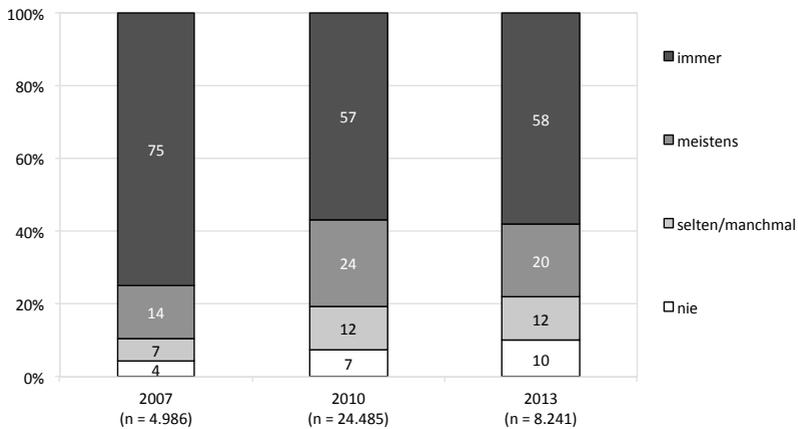
6.3 Kondomgebrauch mit anderen Sexualpartnern

Ein zentrales Ergebnis der bisherigen SMHA-Erhebungen beschreibt die umfassende und zeitstabile Nutzung von Kondomen unter schwulen und anderen MSM in Deutschland. So geben in den vorhergehenden Erhebungen bis einschließlich 2007 jeweils mehr als zwei Drittel aller Teilnehmer (d. h.

HIV-negative/ungetestete und HIV-positive Befragungsteilnehmer) an, immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Partnern genutzt zu haben. Um die 25 Prozent berichteten eine inkonsistente Kondomnutzung und um die fünf Prozent gaben an, niemals Kondome zu verwenden (vgl. Bochow et al., 2004; Bochow et al., 2010). In einer umfangreichen Analyse der Zeitstabilität des HIV-bezogenen Risiko- und Schutzverhaltens schwuler und anderer MSM in Deutschland auf der Basis der SMHA-Erhebungen bis 2007 (Schmidt & Bochow, 2009) zeigte sich ebenfalls, dass die Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern weitgehend zeitstabil ist, und der Anteil von Männern mit durchgängiger Kondomnutzung nur in einigen Untergruppen vor 1999 rückläufig war.

Abbildung 6.4: Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten in der Zeitreihe

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer der jeweiligen Erhebung, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten



Die Abbildung 6.4 zeigt jedoch, dass die Kondomnutzung in den letzten Jahren nicht konstant geblieben ist. Während im Jahr 2007 noch drei Viertel der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer angeben, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten immer Kondome mit anderen Sexualpartnern genutzt haben, liegt dieser Anteil im Jahr 2010 mit 57 Prozent deutlich darunter. Entsprechend

steigt der Anteil der Teilnehmer, die nie Kondome verwenden, moderat von vier Prozent auf sieben Prozent; viel mehr Teilnehmer geben jedoch an, inkonsistent Kondome zu nutzen, ihr Anteil steigt von 21 Prozent auf 36 Prozent. Dieser Einbruch der Kondomnutzungsrate ist kein einmaliges Phänomen, das vielleicht durch die Besonderheit der umfangreichen Stichprobe in 2010 entstanden ist. Die Ergebnisse zur Kondomnutzung in der aktuellen Erhebung bestätigen diesen Einbruch, da 58 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer angeben, immer Kondome verwendet zu haben. Weiterhin gestiegen ist der Anteil der Teilnehmer, die niemals Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, er liegt nun bei zehn Prozent, 32 Prozent nutzen Kondome selten, manchmal oder meistens.

140

Bemerkenswert ist, wie im Folgenden dargestellt wird, dass zwar die Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern rückläufig ist, aber kein vergleichbarer Anstieg in der Häufigkeit von Risikokontakten seit 2007 berichtet wird. Da Risikokontakte in diesen Erhebungen definiert wurden als ungeschützter Analverkehr mit anderen Sexualpartnern, deren HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt war oder die bekannt HIV-positiv waren, bleibt nur eine Möglichkeit übrig, wie die rückläufige Kondomnutzung plausibel erklärt werden kann. Der Grund für diesen Anstieg liegt wahrscheinlich in einem zunehmendem „Serosorting“ unter schwulen und anderen MSM. Serosorting ist eine Risikomanagementstrategie, bei der Sexualpartner, die den gleichen, in diesem Fall negativen HIV-Serostatus haben, beim Analverkehr auf Kondome verzichten. Serosorting ist zwar als Risikomanagementstrategie eine fehleranfällige Strategie (dazu mehr am Ende dieses Kapitels), ist jedoch auf der Populationsebene mit geringeren Übertragungsrisiken im Hinblick auf eine HIV-Infektion verbunden, als es ein genereller Anstieg von ungeschütztem Analverkehr ungeachtet des HIV-Serostatus des Partners wäre. Allerdings kann eine Zunahme von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern des gleichen HIV-Serostatus nicht direkt mit den Daten der SMHA-Erhebungen analysiert werden, da nur der ungeschützte Analverkehr mit Partnern, deren HIV-Serostatus dem Befragungsteilnehmer unbekannt oder bekannt diskordant war (also HIV-positiv bei HIV-negativ getesteten Teilnehmern bzw. HIV-negativ bei HIV-positiv getesteten Teilnehmern), in den SMHA-Erhebungen kontinuierlich erhoben wurde.

Abbildung 6.5: Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten

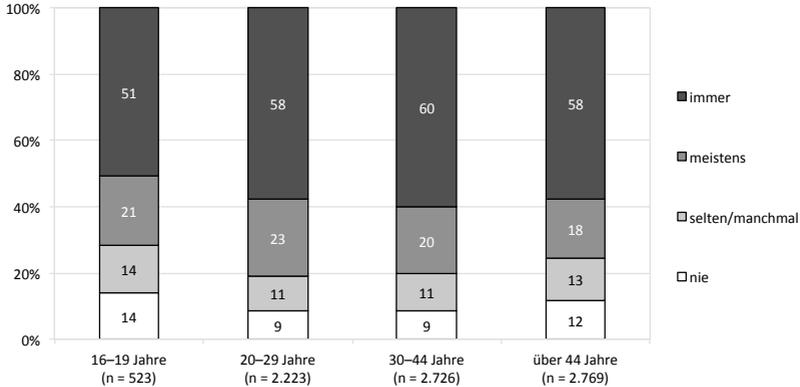


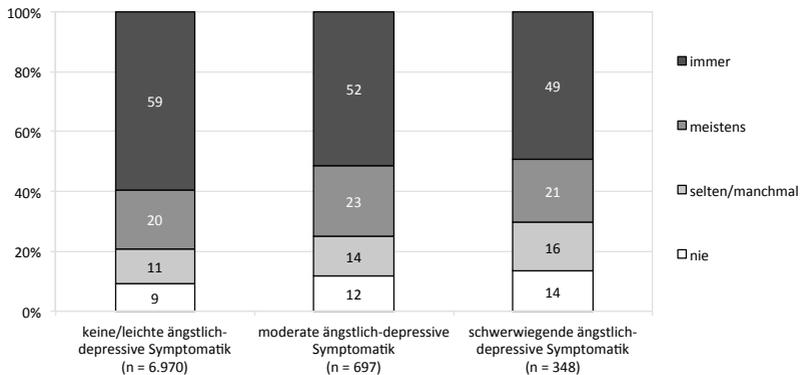
Abbildung 6.5 zeigt, dass in der aktuellen Erhebung vor allem die ganz jungen Teilnehmer seltener Kondome nutzen. Mit 14 Prozent ist hier der Anteil derjenigen, die nie Kondome mit anderen Partnern genutzt haben, am höchsten, und der Anteil mit durchgängiger Kondomnutzung ist am geringsten. Inwiefern dieses Ergebnis für eine höhere Gefährdung jüngerer Männer, sich mit HIV zu infizieren, spricht, ist schwer zu bewerten. Sind die Sexualpartner der jüngeren MSM im gleichen Alter, kann aufgrund der niedrigeren HIV-Prävalenz in dieser Altersgruppe davon ausgegangen werden, dass die HIV-Übertragungsrisiken trotz der geringeren Kondomnutzungsraten nicht erhöht sind. Zudem berichten die jüngsten Teilnehmer durchschnittlich die geringste Anzahl an Sexualpartnern, ein weiterer Faktor, der gegen hohe Übertragungsrisiken in dieser Gruppe spricht. Welche Bedeutung Risikomanagementstrategien in dieser Altersgruppe haben, wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels untersucht werden.

Der Kondomgebrauch hängt mit weiteren Faktoren zusammen. Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsabschluss verwenden seltener Kondome beim Analverkehr mit anderen Partnern als Teilnehmer mit einem höheren

Bildungsabschluss (Abb. 6.4A im Anhang Seite 310). Zudem berichten Teilnehmer aus kleineren Orten seltener Kondomgebrauch als Teilnehmer aus größeren Orten (Abb. 6.5A im Anhang Seite 310), allerdings sind die Unterschiede nur gering ausgeprägt und hängen teilweise auch mit dem höheren Anteil jüngerer Teilnehmer in kleineren Städten zusammen.

Abbildung 6.6: Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten nach psychischem Wohlbefinden in den vergangenen zwei Wochen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten



142

In Abbildung 6.6 wird der Kondomgebrauch in Abhängigkeit vom psychischen Wohlbefinden dargestellt. Dabei zeigt sich, dass Teilnehmer mit einer schwerwiegenden depressiv-ängstlichen Symptomatik zu einem geringeren Anteil Kondome verwenden und Teilnehmer ohne (bzw. mit einer leichten) depressiv-ängstliche Symptomatik zu einem höheren Anteil. Dieser Zusammenhang kann allerdings aufgrund des vorliegenden Studiendesigns nicht als kausal interpretiert werden. Obwohl Studien zeigen, dass die Existenz psychischer Probleme die Vulnerabilität für sexuelles Risikoverhalten und den Erwerb einer HIV-Infektion unter MSM erhöht (vgl. z. B. Stall et al., 2003), kann das vorliegende Ergebnis auch anders interpretiert werden. Teilnehmer,

die sexuelles Risikoverhalten zeigen, könnten zum Beispiel eine stärkere depressiv-ängstliche Symptomatik zeigen, weil sie mehr Ängste vor einer HIV-Infektion haben.

6.4 Einstellungen zu Kondomen

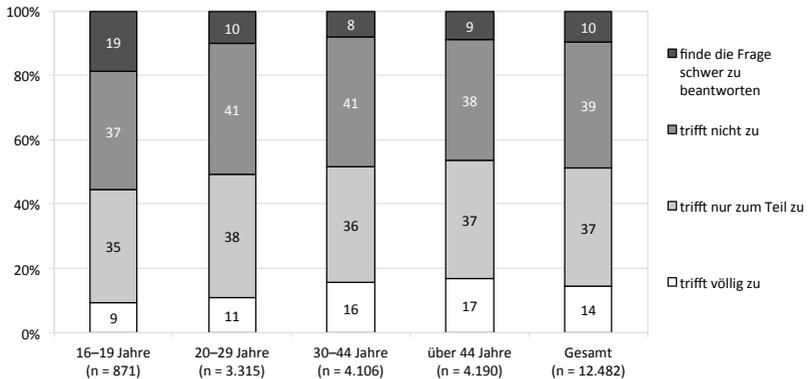
Kondome stellen die effektivste und effizienteste Möglichkeit dar, sich vor einer HIV-Infektion und zumindest teilweise auch vor anderen STI zu schützen. Die Mehrheit der schwulen und anderen MSM in Deutschland verlässt sich bei der HIV-Prävention auf Kondome, wie gerade gezeigt wurde. Trotzdem stimmt ungefähr die Hälfte der Teilnehmer an der Erhebung aus dem Jahr 2010 teilweise oder völlig der Aussage zu, dass Kondome beim Sex sehr störend seien (Bochow et al., 2012). Die Autoren konstatieren dazu ein „trotz aller ‚Pro-Kondom-Kampagnen‘ weiter bestehendes Unbehagen beim Kondomgebrauch“, dem die Präventionsarbeit Rechnung tragen müsse (S. 81). Obwohl dieses Unbehagen unter älteren Teilnehmern stärker ausgeprägt ist, ist der hohe Anteil, der auch unter den jüngeren Teilnehmern Kondome als störend empfindet, für die Autoren bemerkenswert. Da diese Alterskohorte mit dem „Kondomgebot“ aufgewachsen ist, wäre hier eine stärkere Gewöhnung an das Kondom zu erwarten gewesen.

143

Die Antworten der Teilnehmer der aktuellen Befragung unterscheiden sich kaum von den Ergebnissen der Erhebung des Jahres 2010. 14 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer stimmen der Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“ voll zu, weitere 37 Prozent stimmen teilweise zu. Abgelehnt wird diese Aussage von 41 Prozent der Befragungsteilnehmer, zehn Prozent finden es schwer, diese Frage zu beantworten (vgl. Abb. 6.7). Jüngere Teilnehmer stimmen dieser Aussage wie bereits im Jahr 2010 am seltensten zu, aber immerhin 45 Prozent der unter 20-jährigen Teilnehmer und 50 Prozent der Teilnehmer zwischen 20 und 29 Jahre stimmen zumindest teilweise zu. Dies bedeutet allerdings auch, dass die ganz jungen Teilnehmer zwar seltener Kondome nutzen, diese aber nicht häufiger als andere Altersgruppen als störend empfinden.

Abbildung 6.7: Wahrnehmung von Kondomen als störend beim Sex nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

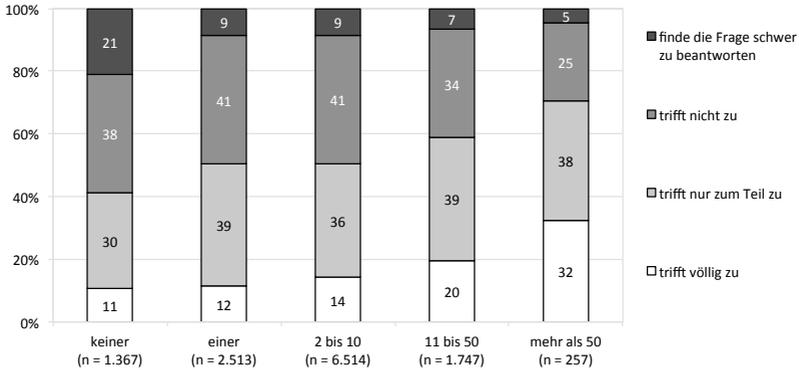


144

Abbildung 6.8 zeigt, dass die Wahrnehmung von Kondomen als Störfaktor beim Sex umso höher ausfällt, je mehr Sexualpartner die Teilnehmer berichten. In der Gruppe derjenigen Männer, die mehr als 50 Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten berichten, lehnen nur 18 Prozent diese Aussage ab und 41 Prozent stimmen ihr völlig zu. Dieser Zusammenhang ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil die Kondomnutzung mit der Wahrnehmung von Kondomen als Störfaktor zusammenhängt, ein Befund, den bereits Bochow et al. (2012) berichten und der sich auch in der aktuellen Erhebung zeigt (vgl. Abb. 6.6A im Anhang Seite 311).

Abbildung 6.8: Wahrnehmung von Kondomen als störend beim Sex nach Anzahl aller Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



6.5 Ungeschützter Analverkehr und Häufigkeit von Risikokontakten

Die Ergebnisse zum Kondomgebrauch beim Analverkehr stellen nur einen unzulänglichen Indikator für die HIV-Übertragungsrisiken, die von den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern tatsächlich eingegangen wurden, dar. Exaktere Informationen dazu liefern die Angaben der Teilnehmer auf die Frage, ob und wie oft es in den vergangenen zwölf Monaten zu ungeschütztem Analverkehr mit Sexualpartnern kam, deren HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt war oder deren HIV-Serostatus bekannt HIV-positiv war. Diese Fragestellungen berücksichtigen den Umstand, dass zwischen zwei bekannt HIV-negativ getesteten Teilnehmern das Risiko einer HIV-Übertragung ausgeschlossen werden kann, unter der Bedingung, dass das Testergebnis beider Partner tatsächlich weiterhin Gültigkeit besitzt. Auf diese Problematik wird im Verlauf dieses Kapitels näher einzugehen sein, wenn die Risikomanagementstrategie Serosorting behandelt wird. An dieser Stelle wird noch nicht berücksichtigt, dass ungeschützter Analverkehr mit einem HIV-positiven Teilnehmer nur dann ein substantielles Risiko für den HIV-negativen oder ungetesteten

Teilnehmer darstellt, wenn dessen Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist oder der Teilnehmer die Höhe der Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners nicht kennt. Die Einbeziehung der Viruslasthöhe in die Entscheidung über die Kondomnutzung zwischen zwei HIV-serodiskordanten Partnern stellt eine Risikomanagementstrategie dar (vgl. Drewes et al., 2015), die in Deutschland unter der Bezeichnung „Schutz durch Therapie“ bekannt ist. Auf die Nutzung dieser Methode wird am Ende dieses Kapitels ausführlicher eingegangen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den bisherigen Erhebungen wird kondomloser Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner weiterhin als Risikokontakt definiert, obwohl 80 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer eine Viruslast haben, die unter der Nachweisgrenze ist (vgl. Kapitel 8), und sie damit nicht mehr infektiös für ihre Sexualpartner sind.

146

Die Erfassung dieser so definierten Risikokontakte unterscheidet sich in der aktuellen Erhebung von den vorherigen Erhebungen. Während bis 2010 getrennt nach Risikokontakten mit bekannten und vor dem Kontakt unbekanntem Sexualpartnern gefragt wurde, wurde diese Unterscheidung in der aktuellen Erhebung nicht vorgenommen, stattdessen wurde nur nach Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern gefragt. Diese Änderung wurde auch vor dem Hintergrund eingeführt, dass sich das Vorkommen und die Häufigkeit von Risikokontakten, die mit bekannten oder mit unbekanntem Partnern erfolgte, kaum voneinander unterscheiden (vgl. z. B. Bochow et al., 2012). Ein Vergleich der Risikokontakte mit anderen Sexualpartnern zwischen den vorherigen Erhebungen und der aktuellen Erhebung ist dennoch möglich, wenn die Angaben für die vorherigen Erhebungen jeweils die Risikokontakte mit bekannten und unbekanntem Sexualpartnern zusammengefasst werden.

Wie in den vorherigen Erhebungen wurde auch in der aktuellen Erhebung nach Risikokontakten mit dem festen Partner gefragt, die Ergebnisse dazu finden sich in Kapitel 5. Ergebnisse zu Risikokontakten von HIV-positiv getesteten Teilnehmern finden sich in Kapitel 8.

Abbildung 6.9: Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr (UAV) mit anderen Sexualpartnern nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

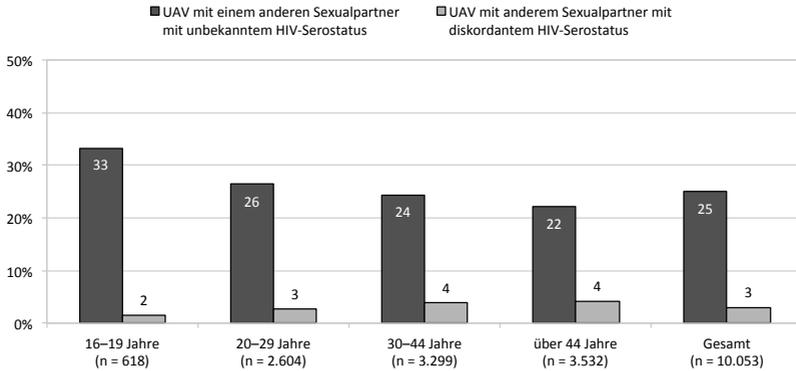


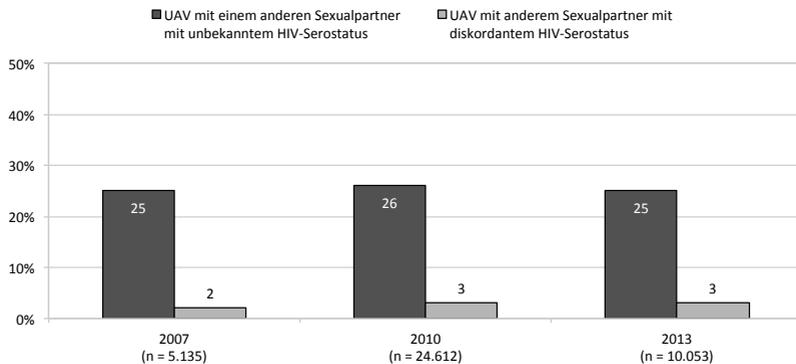
Abbildung 6.9 zeigt, welcher Anteil unter den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern, die in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr mit einem anderen Sexualpartner hatten, Risikokontakte berichtet. Jeder vierte dieser Teilnehmer gibt mindestens einen ungeschützten Analverkehr mit einem Partner an, dessen HIV-Serostatus er nicht kannte. Das Eingehen von Risikokontakten hängt deutlich mit dem Alter zusammen. Die jüngsten Teilnehmer berichten mit 33 Prozent am häufigsten Risikokontakte. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Teilnehmer mit Risikokontakten; unter denjenigen, die über 44 Jahre alt sind, sind es nur noch 22 Prozent.

Deutlich weniger Teilnehmer, nämlich drei Prozent, berichten kondomlosen Analverkehr mit einem anderen Sexualpartner, dessen HIV-Serostatus HIV-positiv war. Auch hier ist ein Zusammenhang mit dem Alter zu bemerken. Der Anteil an Teilnehmern, die solche Kontakte berichten, steigt mit zunehmendem Alter von zwei Prozent in der jüngsten Altersgruppe auf vier Prozent in der ältesten Altersgruppe.

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Erhebungen in 2010 und 2007 ist der Anteil der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer mit Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern konstant. In der Erhebung im Jahr 2007 berichteten 25 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer kondomlosen Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem HIV-Serostatus und zwei Prozent kondomlosen Analverkehr mit einem Partner mit diskordantem HIV-Serostatus. Im Jahr 2010 lag der Anteil von HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern mit kondomlosem Analverkehr mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Serostatus bei 26 Prozent, drei Prozent berichteten kondomlosen Analverkehr mit Sexualpartnern mit diskordantem HIV-Serostatus (vgl. Abb. 6.10). Von 2007 zu 2010 steigt der Anteil der Teilnehmer, die kondomlosen Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner berichteten, zwar von zwei Prozent auf drei Prozent an, allerdings kann dieser geringe Anstieg nicht die Hypothese bestätigen, dass die Diskussion um das Statement der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) zur Nicht-Infektiosität effektiv behandelter HIV-Infizierter und um „Schutz durch Therapie“ in dieser Gruppe zu einem deutlichen Anstieg des kondomlosen Analverkehrs mit HIV-positiven Sexualpartnern geführt haben.

Abbildung 6.10: Anteil der Befragten mit kondomlosem Analverkehr mit anderen Sexualpartnern in der Zeitreihe

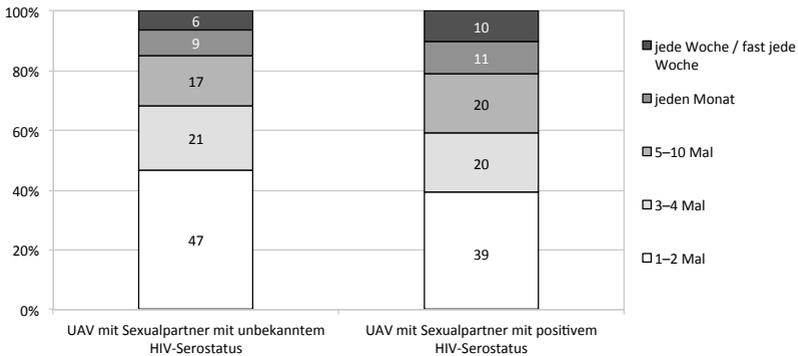
Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer der jeweiligen Erhebung, die andere Sexualpartner berichten



Teilnehmer, die von kondomlosem Analverkehr mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus berichteten, wurden gefragt, wie häufig sich dieser kondomlose Analverkehr in den vergangenen zwölf Monaten ereignete. Fast die Hälfte der Teilnehmer mit ungeschütztem Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus sie nicht kannten, berichtet, dass dies nur ein bis zwei Mal vorgekommen ist (47 Prozent, vgl. Abb. 6.11). 15 Prozent berichten regelmäßigen kondomlosen Analverkehr, d. h. mindestens einmal im Monat. Kondomloser Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner wird zwar nur von einem sehr geringen Anteil der Männer berichtet, unter diesen wird er allerdings etwas häufiger praktiziert als ungeschützter Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem HIV-Serostatus. 40 Prozent geben an, dass dieser kondomlose Analverkehr ein bis zwei Mal vorgekommen ist, aber 21 Prozent berichten regelmäßige Kontakte dieser Art.

Abbildung 6.11: Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr (UAV) mit anderen Sexualpartnern

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die ungeschützten Analverkehr mit Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Serostatus bzw. mit positivem HIV-Serostatus berichten

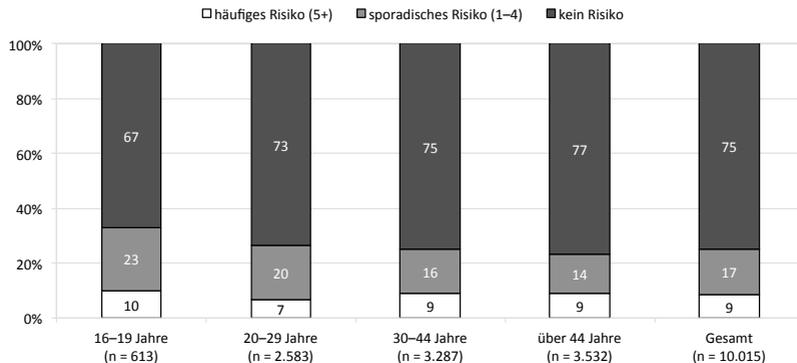


Für die folgenden Subgruppenanalysen werden ungeschützte Kontakte mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus zusammengefasst und nach Häufigkeit gruppiert. Ein bis vier Risikokontakte werden als sporadische, fünf und mehr als häufige Risikokontakte klassifiziert. Abbildung

6.12 zeigt, dass 25 Prozent aller Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten, in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Risikokontakt hatten, 17 Prozent gehen sporadisch Risiken ein, neun Prozent häufig¹⁴. Mit zunehmendem Alter werden weniger Risikokontakte berichtet, wobei dieser Rückgang vor allem auf einen Rückgang sporadischer Risikokontakte zurückgeht. Häufige Risikokontakte werden in allen Altersgruppen von sieben bis zehn Prozent der Teilnehmer berichtet.

Abbildung 6.12: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten



150

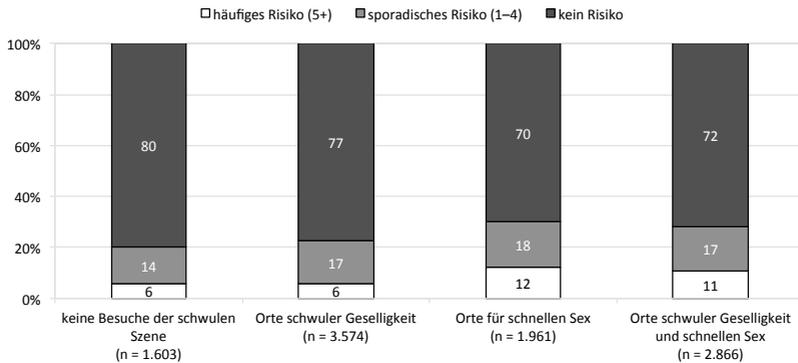
Die Häufigkeit von Risikokontakten hängt kaum mit der Wohnortgröße zusammen. Es finden sich keine deutlichen Unterschiede zwischen Teilnehmern, die in kleineren Städten leben, und Teilnehmern, die in größeren Städten leben (vgl. Abb. 6.7A im Anhang Seite 311). Dieses Fazit gilt auch für den Bildungshintergrund. Teilnehmer mit höherem Schulabschluss berichten nur unwesentlich seltener Risikokontakte (24 Prozent) als Teilnehmer mit einem niedrigen Schulabschluss (27 Prozent; vgl. Abb. 6.8A im Anhang Seite 312).

¹⁴ Dass sich beide Summanden nicht zu 25 Prozent aufsummieren, liegt an Rundungsfehlern. Auf eine Nach-Komma-Stelle genau gehen 16,7 Prozent sporadisch Risiken ein und 8,6 Prozent gehen häufig Risikokontakte ein. Insgesamt 25,3 Prozent mindestens einen Risikokontakt.

Je nach Art des Besuchs der schwulen Szene unterscheidet sich die Häufigkeit von Risikokontakten (Abb. 6.13). Teilnehmer, die überwiegend Orte für schnellen Sex oder sowohl Orte für schnellen Sex als auch Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, berichten zu einem höheren Anteil Risikokontakte, insbesondere berichten mehr dieser Teilnehmer häufige Risikokontakte. Am seltensten berichten Teilnehmer, die keine Orte der schwulen Szene aufsuchen, von Risikokontakten.

Abbildung 6.13: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Szenenutzung im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

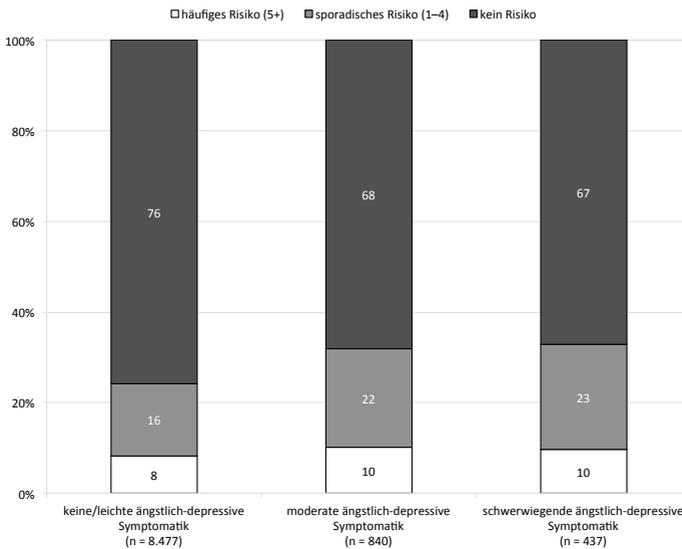


Teilnehmer mit einer moderaten und einer schwerwiegenden ängstlichen-depressiven Symptomatik berichten, wie bereits beschrieben, dass sie seltener Kondome nutzen als Teilnehmer mit einer leichten bzw. ohne ängstlich-depressive Symptomatik. Abbildung 6.14 zeigt, dass diese Teilnehmer dabei auch zu einem höheren Anteil Risiken eingehen. Unter den Teilnehmern ohne ängstlich-depressive Symptomatik berichten insgesamt 24 Prozent Risikokontakte, acht Prozent ein häufiges Risiko. Unter den Teilnehmern mit einer moderaten Symptomatik liegt der Anteil mit Risikokontakten bei 32 Prozent und bei den Teilnehmern mit schwerwiegender Symptomatik bei 33 Prozent. Teilnehmer mit moderater oder schwerwiegender Symptomatik berichten, wie

die Abbildung zeigt, vor allem zu einem höheren Anteil sporadische Risiken als Teilnehmer mit leichter bzw. ohne Symptomatik.

Abbildung 6.14: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach psychischem Wohlbefinden

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

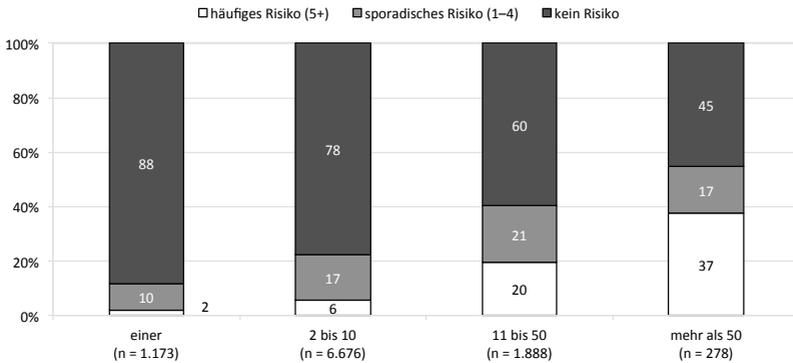


152

Die Häufigkeit von Risikokontakten steigt proportional zur Anzahl der anderen Sexualpartner (Abb. 6.15). Während nur zwölf Prozent der Teilnehmer mit nur einem nicht-festen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten überhaupt Risikokontakte berichten, und nur zwei Prozent häufige Risiken eingegangen sind, liegt dieser Anteil unter den Teilnehmern mit 11 bis 50 Sexualpartnern bei 40 Prozent (20 Prozent mit häufigen Risikokontakten). In der vergleichsweise kleinen Gruppe der Teilnehmer mit mehr als 50 Sexualpartnern berichten sogar mehr als die Hälfte Risikokontakte (55 Prozent). In dieser Gruppe werden Risikokontakte überwiegend häufig eingegangen, 37 Prozent hatten fünf und mehr Risikokontakte in den vergangenen zwölf Monaten.

Abbildung 6.15: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Anzahl der Sexualpartner im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten



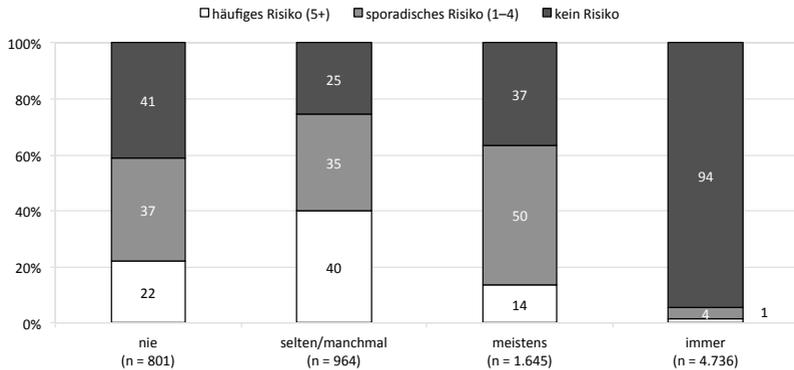
Während der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Sexualpartner und der Häufigkeit von Risikokontakten auf den ersten Blick banal erscheint – denn wer häufig sexuelle Kontakte mit wechselnden Partnern hat, hat auch eine erhöhte Chance, dabei Risiken einzugehen –, so erscheint dieser Zusammenhang weniger zwangsläufig, wenn der Zusammenhang zwischen (habituellem) Kondomgebrauch und der Häufigkeit von Risiken betrachtet wird. Wie Abbildung 6.16 zeigt, sind es nämlich nicht diejenigen Teilnehmer, die niemals Kondome nutzen, die anteilig am häufigsten Risiken eingehen, sondern diejenigen, die inkonsistent Kondome nutzen. So berichten 59 Prozent der Teilnehmer, die nie Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, von mindestens einem Risikokontakt in den vergangenen zwölf Monaten; unter den Teilnehmern, die nur selten oder manchmal Kondome verwenden, liegt dieser Anteil bei 75 Prozent. Deutlich ist vor allem der Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Anteils derjenigen, die häufig Risikokontakte eingegangen sind. 22 Prozent derjenigen, die niemals Kondome nutzen, berichten häufige Risiken, aber

40 Prozent der Teilnehmer, die selten oder manchmal Kondome nutzen. Teilnehmer, die meistens Kondome nutzen, berichten zwar zu 63 Prozent Risikokontakte, aber nur 14 Prozent sind häufig Risiken eingegangen. Anders verhält es sich mit den Teilnehmern, die angeben, immer Kondome zu verwenden. Nur eine Minderheit von sechs Prozent der Teilnehmer aus dieser Gruppe berichtet Risiken, was allerdings dafür spricht, dass nicht bei allen Teilnehmern die Angabe, immer mit anderen Partnern Kondome zu verwenden, auch bedeutet, dass tatsächlich jeder einzelne sexuelle Kontakt durch Kondome geschützt war.

Abbildung 6.16: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Kondomgebrauch im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

154



Wie kommt es zu diesem Ergebnis? Befragungsteilnehmer, die niemals Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, könnten insgesamt weniger Sexualpartner und sexuelle Kontakte haben als Teilnehmer, die inkonsistent Kondome nutzen. Tatsächlich berichten 27 Prozent der Teilnehmer, die niemals Kondome verwenden, mehr als fünf Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten, und 14 Prozent mehr als zehn Sexualpartner, wie Abbildung 6.9A (im Anhang Seite 312) zeigt. Die Teilnehmer mit den meisten Risikokontakten,

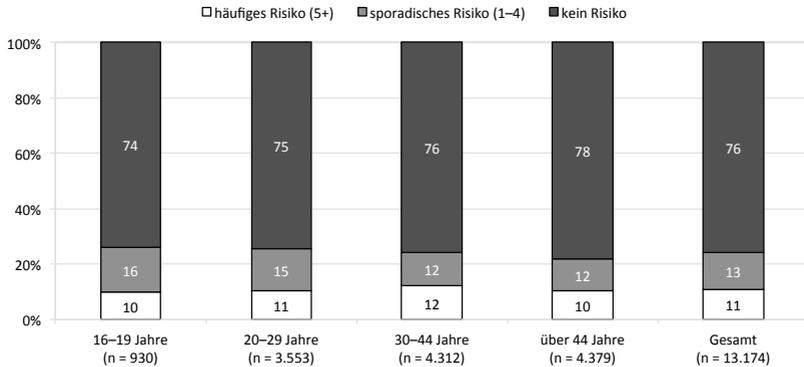
also diejenigen, die selten oder manchmal Kondome verwenden, berichten deutlich mehr Sexualpartner: 56 Prozent hatten mehr als fünf Sexualpartner und 34 Prozent mehr als zehn Sexualpartner. Zudem kann eine unterschiedliche Nutzung von Risikomanagementstrategien zu diesem Ergebnis beitragen, darauf wird im Folgenden detailliert eingegangen.

Während bisher die Häufigkeit von Risikokontakten unter denjenigen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern dargestellt wurde, die andere Sexualpartner berichten, dienen die folgenden Analysen der Beschreibung von Risikokontakten – bezogen auf alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer und unabhängig davon, ob sie sexuelle Kontakte mit ihrem festen Partner oder mit anderen Sexualpartnern oder gar keine sexuellen Kontakte berichten. Da ungefähr ein Zehntel der Teilnehmer gar keine Sexualpartner berichtet, muss damit gerechnet werden, dass der Anteil derjenigen Teilnehmer mit Risikokontakten in den folgenden Analysen die bisher dokumentierten Raten unterschreitet.

Tatsächlich bildet Abbildung 6.17 eine leicht veränderte Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten, verglichen mit Abbildung 6.12, ab. Unter allen HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern hatten 76 Prozent gar keine Risikokontakte in den vergangenen zwölf Monaten. 13 Prozent berichten sporadische Risikokontakte und elf Prozent häufige Risikokontakte. Bemerkenswert ist das Fehlen eines deutlichen Zusammenhangs mit dem Alter der Teilnehmer. Zwar werden unter den jüngsten Teilnehmern auch bei dieser Darstellung am häufigsten Risikokontakte berichtet, und dieser Anteil nimmt weiterhin mit zunehmendem Alter ab, jedoch fallen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen deutlich geringer aus als in Abbildung 6.12. Das bedeutet vor allem, dass die bereits gezogene Schlussfolgerung, dass die jüngsten Teilnehmer zu einem überdurchschnittlichen Anteil Risiken eingehen, in dieser allgemeinen Form nicht haltbar ist. Diese Schlussfolgerung gilt vielmehr nur für sexuell aktive Teilnehmer. Sexuell aktive junge Teilnehmer berichten zu einem höheren Anteil Risikokontakte als sexuell aktive ältere Teilnehmer. Auf die Gesamtheit aller Teilnehmer bezogen gehen die jungen Teilnehmer nur zu einem sehr gering höheren Anteil Risikokontakte ein als ältere Teilnehmer, da ein größerer Teil der jüngeren Teilnehmer sexuell noch nicht aktiv ist und somit gar keine Risiken eingehen kann.

Abbildung 6.17: Häufigkeit von Risikokontakten mit festem und anderen Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



156

Wird die zu betrachtende Gruppe um die HIV-positiv getesteten Befragungsteilnehmer erweitert, die, wie in Kapitel 8 dargestellt, durchschnittlich mehr Risikokontakte berichten als die HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, ist der Anteil der Teilnehmer, die gar keine Risikokontakte in den vergangenen zwölf Monaten berichten, entsprechend geringer. Unter allen Teilnehmern dieser Erhebung berichten 73 Prozent keine Risikokontakte, 13 Prozent sind sporadisch und 14 Prozent häufig Risikokontakte eingegangen. Ein Zusammenhang zwischen den Risikokontakten und dem Alter der Teilnehmer findet sich für die Gesamtstichprobe nicht. Vor allem gibt es keinen Hinweis darauf, dass jüngere Teilnehmer insgesamt häufiger Risikokontakte eingehen. Ganz im Gegenteil zeigt sich, dass jüngere Teilnehmer eher sporadische Risikokontakte berichten, während ältere Teilnehmer eher häufige Risikokontakte berichten (vgl. Abb. 6.18).

Abbildung 6.18: Häufigkeit von Risikokontakten mit festem und anderen Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

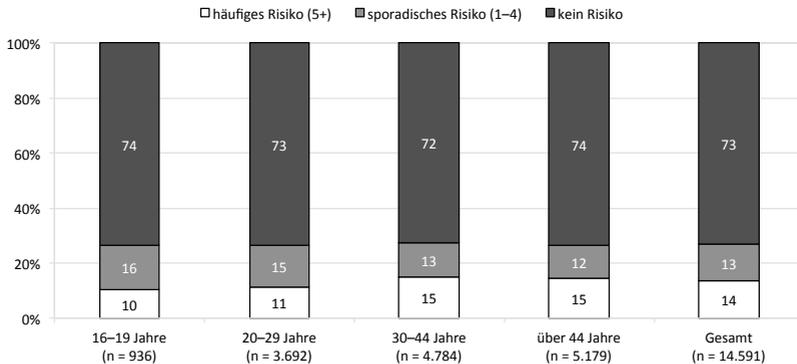
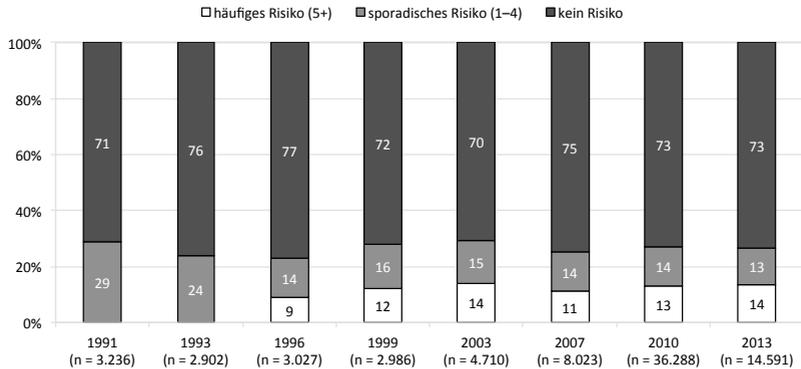


Abbildung 6.19 zeigt, wie hoch der Anteil von Teilnehmern mit sporadischen und häufigen Risikokontakten jeweils in den vorherigen Erhebungen war. Obwohl die jeweiligen Erhebungen unterschiedliche Erhebungsmethoden, unterschiedliche Stichprobengrößen und unterschiedliche Zusammensetzungen der Teilnehmer aufweisen, lässt die Abbildung eine erstaunliche Zeitstabilität im Eingehen von Risikokontakten unter den Befragungsteilnehmern der jeweiligen Erhebungen erkennen. Diese Zeitstabilität wird auch nicht durch die Ergebnisse der aktuellen Erhebung unterbrochen. Ganz im Gegenteil liegt der Anteil von Teilnehmern mit sporadischen und mit häufigen Risikokontakten fast genau auf dem Niveau der Erhebung von 2010. Ein Anstieg des Anteils schwuler und anderer MSM, die sexuelle Risiken eingehen, kann im Vergleich zu den Ergebnissen der Erhebung von 2010 nicht gefolgert werden. Da dieses Ergebnis unter dem Vorbehalt unterschiedlicher Stichprobenszusammensetzungen steht, sind, wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, für endgültige Aussagen zur Zeitstabilität der Häufigkeit von Risikokontakten die Ergebnisse der Zeitreihenanalyse zu berücksichtigen, die nicht Bestandteil dieses Berichts sind.

Abbildung 6.19: Häufigkeit von Risikokontakten in den vergangenen zwölf Monaten in der Zeitreihe¹⁵

Basis: alle Teilnehmer der jeweiligen Erhebung



158

6.7 Nutzung von Risikomanagementstrategien

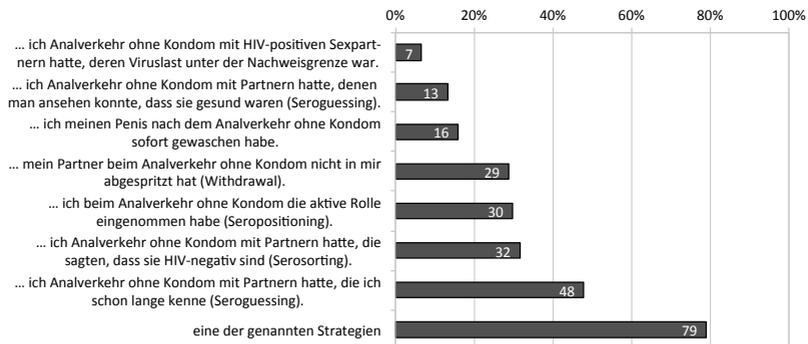
Alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die angegeben haben, dass sie beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nicht immer Kondome genutzt haben, wurden gefragt, ob sie dann, wenn sie kein Kondom genutzt haben, versucht haben, das Risiko einer HIV-Infektion auf eine andere Weise zu verringern. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer berichtet, mindestens eine der vorgegebenen Strategien in den zwölf Monaten genutzt zu haben (79 Prozent, vgl. Abb. 4.20). 48 Prozent berichten, dann auf Kondome mit anderen Sexualpartnern verzichtet zu haben, wenn diese dem Teilnehmer bereits seit langer Zeit bekannt sind, 32 Prozent verzichteten dann auf Kondome, wenn sie von den Sexualpartnern wussten, dass diese HIV-negativ waren, und 13 Prozent berichten die Nichtnutzung von Kondomen mit Sexualpartnern, denen sie angesehen haben, dass sie „gesund“ sind. Diese drei Strategien, von denen

¹⁵ In den Erhebungen 1991 und 1993 wurde die Häufigkeit von Risikokontakten nicht erfasst, der graue Balken zeigt für diese Jahre den Anteil der Teilnehmer, die mindestens einen Risikokontakt berichten.

zwei die am häufigsten berichteten Strategien darstellen, können als Formen von beabsichtigtem Serosorting, also dem Verzicht auf Kondome, wenn beide Partner HIV-negativ sind, verstanden werden. Dabei ist die Strategie, die sich als am weitesten verbreitet herausstellt, eine deutlich weniger sichere Risikomanagementstrategie, da die lange Bekanntheit mit dem Sexualpartner nicht zwangsläufig bedeutet, dass dieser auch HIV-negativ ist. Der Verzicht auf Kondome mit bekannten Partnern kann deshalb wegen der fehlenden Information über den HIV-Serostatus des Sexualpartners nicht als Serosorting bezeichnet werden. Noch weniger sicher ist die Bewertung eines „gesunden“ Aussehens, um darauf die Entscheidung über die Kondomnutzung zu gründen. Für Serosortingstrategien, die nicht auf dem Wissen um den HIV-Serostatus des Partners basieren, sondern auf Vermutungen und Annahmen, wurde der Begriff des Seroguessings geprägt (vgl. Zablotska et al., 2009). Auch Serosorting selbst ist hinsichtlich des Grads an Schutz vor einer HIV-Infektion, die die Anwendung dieser Strategie für das Individuum bietet, umstritten (vgl. z. B. Butler & Smith, 2007; Golden, Stekler, Hughes & Wood, 2008). Problematisch wird die Nutzung von Serosorting, weil die Angabe des HIV-Serostatus durch den Sexualpartner nicht notwendigerweise korrekt sein muss. Es ist nicht nur möglich, dass der Sexualpartner bewusst falsche Angaben macht, er kann auch seinen korrekten HIV-Serostatus nicht kennen, wenn er sich seit dem letzten negativen HIV-Testergebnis mit HIV infiziert hat. Je mehr Zeit seit dem letzten HIV-negativen Testergebnis des Sexualpartners verstrichen ist, umso unsicherer ist demnach die Anwendung dieser Risikomanagementstrategie. Zudem stellen vor allem frische (akute) HIV-Infektionen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit noch nicht diagnostiziert sind, ein großes Problem für das Serosorting dar. Diese akuten HIV-Infektionen gehen mit einer äußerst hohen Viruslast einher, der Betroffene ist damit besonders infektiös, die Wahrscheinlichkeit, sich bei ihm über ungeschützten Analverkehr anzustecken, ist überproportional hoch. Wie sich nicht diagnostizierte akute und ältere HIV-Infektionen auf die Sicherheit von Serosorting insgesamt auswirken, ist unklar. Sicher ist, dass Serosorting die Wahrscheinlichkeit für das Individuum, sich mit HIV zu infizieren, verringert, verglichen mit der Wahrscheinlichkeit, beim ungeschützten Analverkehr gar nicht auf den HIV-Serostatus des Partners zu achten (Santos-Hövenner et al., 2014). Modellrechnungen zeigen aber auch, dass Serosorting auf Populationsebene zu einem Anstieg der HIV-Übertragungen führen kann (Butler & Smith, 2007).

Abbildung 6.20: Nutzung von Risikomanagementstrategien mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten (n = 3.469)



160

Unter den jüngeren Teilnehmern ist der Anteil derjenigen, die Serosorting berichten, höher als unter den älteren Teilnehmern, wie Abbildung 6.10A (im Anhang Seite 313) zeigt. Der Anteil der Serosorter liegt bei den jüngsten Teilnehmer bei 36 Prozent und bei den 20- bis 29-Jährigen bei 37 Prozent, hingegen berichten nur 26 Prozent der Teilnehmer über 44 Jahre, die nicht immer Kondome mit anderen Partnern nutzen, die Nutzung dieser Strategie. Allerdings wird auch Seroguessing nach Aussehen unter den jüngsten Teilnehmern häufiger praktiziert. 18 Prozent haben bereits auf Kondome verzichtet, wenn der Sexualpartner gesund ausgesehen hat, unter den älteren Teilnehmern sind es elf Prozent (30 bis 44 Jahre) und zwölf Prozent (über 44 Jahre). Nur Seroguessing aufgrund einer längeren Bekanntschaft ist bei den älteren Teilnehmern deutlich häufiger als unter den jüngeren Teilnehmern: Während 34 Prozent der unter 20-jährigen Teilnehmer ungeschützten Analverkehr mit einem Partner berichten, den sie schon lange kennen, sind dies sogar 51 Prozent der über 44-jährigen Teilnehmer.

Neben Serosorting berichten die Teilnehmer weitere Risikomanagementstrategien. 30 Prozent der Teilnehmer, die nicht immer Kondome mit anderen

Sexualpartnern nutzen, haben auf Kondome verzichtet, wenn sie der insertive Partner beim Analverkehr waren. Diese „Seropositioning“ genannte Risikomanagementstrategie basiert auf der Tatsache, dass das Übertragungsrisiko aus biologischen Gründen beim insertiven Analverkehr geringer ist als beim rezeptiven Analverkehr (vgl. Baggaley, White & Boily, 2010). Da allerdings das Risiko einer Übertragung nicht gleich Null ist und damit deutlich höher als bei einer konsistenten Kondomnutzung, wird dabei nur eine partielle Risiko-reduktion erreicht.

Seropositioning wird vor allem von älteren Teilnehmern berichtet. Mehr als ein Drittel der Teilnehmer, die über 44 Jahre alt sind, nutzen diese Strategie, unter den jüngsten Teilnehmern sind es nur 15 Prozent (vgl. Abb. 6.11A im Anhang Seite 313). Dieser Zusammenhang zwischen Alter und Seropositioning wird zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil der Teilnehmer, die insertiven Analverkehr berichten, ebenfalls mit dem Alter zunimmt.

Ähnlich verbreitet wie Seropositioning ist die Risikomanagementstrategie „Withdrawal“. Damit ist ungeschützter Analverkehr gemeint, bei dem der insertive Partner nicht im Anus des rezeptiven Partners ejakuliert, den Penis also vor dem Orgasmus aus dem Anus zurückzieht. Withdrawal muss durch den Sexualpartner praktiziert werden, damit diese Strategie zu einer Risikominderung für den Teilnehmer führt, sie unterliegt auf diese Weise nicht der direkten Kontrolle des Teilnehmers, dessen HIV-Infektionsrisiko minimiert werden soll. Withdrawal ist praktisch das Pendant zum Coitus Interruptus, einer Methode zur Empfängnisverhütung, die von heterosexuellen Paaren praktiziert wird. Auch wenn der Rückzug des Penis aus dem Anus rechtzeitig erfolgt, birgt das Präejakulat (der sogenannte Lusttropfen) ein signifikantes HIV-Übertragungsrisiko für den rezeptiven Partner, da auch im Präejakulat HI-Viren enthalten sein können. Dass diese Risikomanagementstrategie demnach nicht nur hinsichtlich der Verhinderung einer HIV-Infektion, sondern auch im Hinblick auf die Verhütung einer Schwangerschaft unsicher ist, erläutert der HIVreport 2/2011 der Deutschen AIDS-Hilfe, auf den an dieser Stelle für weitere Informationen verwiesen wird.

29 Prozent der Teilnehmer, die nicht immer Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, berichten, dass ihr Partner Withdrawal mit ihnen praktiziert

hat, um das HIV-Übertragungsrisiko zu senken. Auch die Nutzung dieser Risikomanagementstrategie ist altersabhängig. Jüngere Teilnehmer unter 20 Jahren nutzen diese Strategie am seltensten (24 Prozent), und Teilnehmer, die zwischen 30 und 44 Jahren alt sind, nutzen sie mit 31 Prozent am häufigsten (vgl. Abb. 6.12A im Anhang Seite 314).

Eine weitere sehr unsichere Risikomanagementstrategie ist das Waschen des Penis direkt nach dem ungeschützten Analverkehr, um eine Übertragung des HI-Virus zu verhindern. Zwar wird dieses Vorgehen auch von der Deutschen AIDS-Hilfe als eine von mehreren Sofortmaßnahmen nach einem ungeschützten Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner empfohlen, um das Risiko einer HIV-Übertragung zu verringern, aber diese Sofortmaßnahme reduziert das Risiko nur in geringem Ausmaß und kann auf keinen Fall andere Strategien des Safer Sex (oder nach einem Risikokontakt die Postexpositionsprophylaxe; vgl. Kap. 9.1) ersetzen.

162

Unter den Teilnehmern, die nicht immer Kondome mit einem anderen Sexualpartner nutzen, gibt nur eine Minderheit von 13 Prozent an, den Penis nach einem Sexualkontakt zur Reduzierung des HIV-Übertragungsrisikos gewaschen zu haben. Auch für diese Strategie gilt, dass ältere Teilnehmer sie zu einem höheren Anteil nutzen als jüngere Teilnehmer (vgl. Abb. 6.13A im Anhang Seite 314).

Die von den wenigsten Teilnehmern genutzte Risikomanagementstrategie ist die Viruslastmethode, also der Verzicht auf Kondome mit einem HIV-positiven Sexualpartner, wenn dessen Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, und dieser Partner praktisch nicht infektiös ist. Diese Strategie, die gewissermaßen die individuelle Anwendung des populationsbezogenen Treatment-as-Prevention-Ansatzes darstellt, ist in ihrer Wirksamkeit mit der Anwendung von Kondomen vergleichbar. Eine aktuelle Studie konnte zeigen, dass mit einer frühzeitig eingeleiteten antiretroviralen Therapie eine Risikoreduktion von 96 Prozent erreicht werden kann (Cohen et al., 2011). Wie bei anderen Präventionsstrategien auch, hängt die tatsächliche Effektivität der Viruslastmethode mit anderen Faktoren zusammen, wie der genauen Höhe der Viruslast, der Therapietreue (Adhärenz) und den ausgeübten sexuellen Praktiken.

Trotz der hohen Risikoreduktion, die die Viruslastmethode auszeichnet, wird sie nur von einer kleinen Minderheit von Teilnehmern praktiziert. Sieben Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht konsistent Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, berichten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten die Viruslastmethode angewandt haben. Die Nutzung der Viruslastmethode hängt wiederum mit dem Alter zusammen. Die jüngsten Teilnehmer nutzen die Viruslastmethode fast gar nicht, bei den über 29-jährigen Teilnehmern sind es acht Prozent. Die geringe Nutzung der Viruslastmethode wird zwei Gründe haben. Zum einen ist bei einer HIV-Prävalenz von maximal sieben Prozent unter schwulen und anderen MSM in Deutschland die Wahrscheinlichkeit, auf einen (offen) HIV-positiven Sexualpartner zu treffen, recht gering, zum anderen ist die Viruslastmethode unter HIV-negativen/ungetesteten Männern nicht umfassend bekannt. Schließlich sind Männer, die die Viruslastmethode kennen, zögerlich bei der Umsetzung dieser Strategie (siehe dazu Kapitel 8). Eine plausible Erklärung dafür ist, dass die immer noch starke Stigmatisierung der HIV-Infektion viele Männer davon abhält, die Viruslastmethode zu nutzen (vgl. Drewes, 2013).

163

Teilnehmer, die die Viruslastmethode nutzen, gehen gemäß dieser Ausführungen keinen Risikokontakt ein, wenn sie mit HIV-positiven Sexualpartnern kondomlosen Analverkehr haben. Die Bewertung, in welchem Ausmaß die Frage nach ungeschütztem Analverkehr mit HIV-positiven Sexualpartnern tatsächlich Risikoverhalten erfasst, kann nun unter der Annahme, dass die Anwendung der Viruslastmethode a) bei allen ungeschützten Kontakten mit HIV-positiven Sexualkontakten konsistent erfolgte, und b) die Voraussetzung der Viruslastmethode – eine Viruslast unter der Nachweisgrenze – bei allen Partnern erfüllt war, beantwortet werden. Werden diejenigen Teilnehmer betrachtet, die kondomlosen Analverkehr mit einem HIV-positiven Partner berichten, so zeigt sich, dass ungefähr die Hälfte (54 Prozent) dieser Teilnehmer angibt, die Methode „Schutz durch Therapie“ in den vergangenen zwölf Monaten genutzt zu haben. Das bedeutet, dass bei ungefähr der Hälfte der Teilnehmer, die unkondomlosen Analverkehr mit einem HIV-positiven Partner berichten, mit einer bestimmten Plausibilität davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei diesen sexuellen Kontakten nicht um Risikokontakte handelt.

Insgesamt wird deutlich, dass die große Mehrheit von 79 Prozent der Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr nutzen, versucht, das Risiko einer HIV-Infektion auf eine andere Weise zu reduzieren. Die häufig behauptete „Sorglosigkeit“ im Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko kann demzufolge mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Allerdings sind auch Risikomanagementstrategien nicht weit verbreitet. Wird in die Betrachtung das Ausmaß, mit dem Risikomanagementstrategien in Deutschland von schwulen und anderen MSM genutzt werden, der Anteil derjenigen Teilnehmer mit einbezogen, die immer Kondome verwenden, wird deutlich, dass nur ein Drittel der schwulen und anderen MSM, die Analverkehr haben, überhaupt eine dieser Risikomanagementstrategien genutzt haben.

164

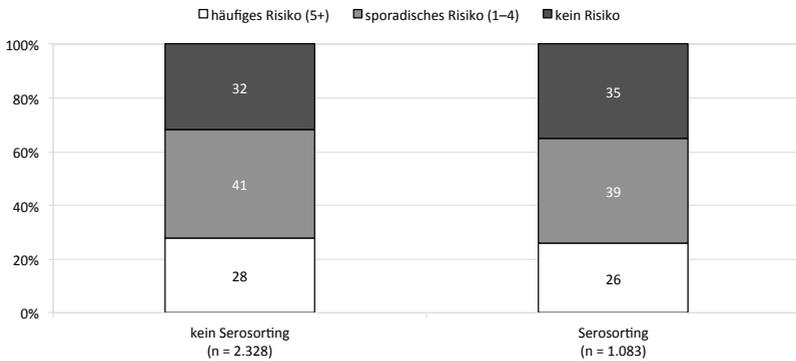
Am meisten wird die Nutzung von Risikomanagementstrategien von denjenigen Teilnehmern berichtet, die selten/manchmal (81 Prozent) oder meistens (85 Prozent) Kondome beim Analverkehr verwenden (vgl. Abb. 6.15A im Anhang Seite 315). Unter den Teilnehmern, die niemals Kondome mit anderen Sexualpartnern verwenden, nutzen nur 72 Prozent Risikomanagementstrategien. Wird die Risikomanagementstrategie Serosorting betrachtet, die die am häufigsten genannte Risikomanagementstrategie unter denjenigen Strategien, die rational begründet sind, darstellt, zeigt sich das gleiche Bild. 24 Prozent der Teilnehmer, die niemals Kondome nutzen, berichten Serosorting, aber 34 Prozent der Teilnehmer, die inkonsistent Kondome verwenden. Auffällig ist, dass gerade die Teilnehmer mit inkonsistenter Kondomnutzung auch die meisten Risikokontakte berichten. Das bedeutet, dass gerade die Männer, die besonders häufig Risikomanagementstrategien verwenden, auch besonders häufig Risiken eingehen. Um diesen Widerspruch näher zu untersuchen, würde es Daten zur absoluten und relativen Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Risikomanagementstrategien bedürfen, die Aufschluss darüber geben können, ob diese Risikomanagementstrategien konsistent praktiziert werden oder nicht.

Zwar liegen keine Informationen zur Häufigkeit der Nutzung von Risikomanagementstrategien vor, aber für die Strategie Serosorting ist es möglich abzuschätzen, wie viele Teilnehmer, die diese Strategie nutzen, gleichzeitig auch Risikokontakte berichten, Serosorting also nicht konsequent anwenden. Abbildung 6.21 zeigt, dass nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer, die Serosorting berichten, keinen kondomlosen Analverkehr mit anderen Partnern

mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus berichten. Die Mehrheit der Serosorter nutzt die Strategie also nicht konsequent. Zudem unterscheiden sich Serosorter und Nicht-Serosorter fast gar nicht in der Häufigkeit, mit der sie Risikokontakte eingehen.

Abbildung 6.21: Häufigkeit von Risikokontakten in den vergangenen 12 Monaten nach Nutzung der Risikomanagementstrategie Serosorting im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome mit anderen Sexualpartnern berichten



6.8 Zusammenfassung und Fazit

Drei Viertel der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer berichten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten sexuelle Kontakte mit anderen Partnern, d. h. Sexualpartnern, die nicht der feste Partner sind, hatten. Das Alter und der Besuch der Szene haben einen Einfluss auf die Partnerzahl. Ältere Teilnehmer berichten mehr Sexualpartner, jüngere Teilnehmer berichten weniger Sexualpartner und zu einem größeren Anteil gar keine Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten. Teilnehmer, die die Szene intensiver nutzen, insbesondere Orte, die schnelle sexuelle Kontakte ermöglichen, berichten ebenfalls mehr Sexualpartner.

Die am häufigsten ausgeübten sexuellen Praktiken sind der Oralverkehr, gegenseitige Masturbation und der Austausch von Zärtlichkeiten. Analverkehr wird von 84 Prozent der Teilnehmer praktiziert, dieser Anteil hat sich seit 2010 kaum verändert. 45 Prozent berichten sowohl rezeptiven als auch insertiven Analverkehr. Anilingus wird von 70 Prozent der Teilnehmer ausgeübt, sado-masochistische Praktiken von 21 Prozent und Fisten von 18 Prozent (vgl. Abb. 6.3A im Anhang Seite 309).

166

Über die Hälfte der Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten, nutzen beim Analverkehr immer Kondome mit diesen Partnern (58 Prozent), 20 Prozent nutzen meistens Kondome, zwölf Prozent manchmal/selten und zehn Prozent niemals. Die Kondomnutzung ist in der aktuellen Erhebung etwas verbreiteter als in der Erhebung von 2010, in der 57 Prozent der Teilnehmer durchgängig Kondome nutzen. Allerdings liegt dieser Anteil weiterhin deutlich unter den Ergebnissen der SMHA-Erhebungen bis 2007, in denen jeweils mehr als zwei Drittel der Teilnehmer angaben, durchgängig Kondome zu nutzen. Diese Ergebnisse sprechen für einen Rückgang in der Kondomnutzung schwuler und anderer MSM in Deutschland in den vergangenen fünf bis sechs Jahren. Allerdings ist mit diesem Rückgang in der Kondomnutzung kein offensichtlicher Rückgang in der Häufigkeit, in der Risikokontakte eingegangen werden, verbunden. Als Risikokontakte werden dabei sexuelle Kontakte definiert, bei denen es zu kondomlosem Analverkehr mit Partnern gekommen ist, deren HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt war oder die HIV-positiv waren (unter Berücksichtigung der Virenlast). Der jeweilige Anteil der Teilnehmer, die überhaupt Risikokontakte und die häufige Risikokontakte berichten, ist über die vergangenen Erhebungen weitgehend konstant. Diese Information berücksichtigend, kann der Rückgang in der Kondomnutzung plausibel nur durch einen Anstieg der Nutzung von Serosorting unter HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern erklärt werden. Diese Hypothese kann allerdings nicht durch die vorliegenden Daten überprüft werden.

Mit der rückläufigen Kondomnutzung geht keine Zunahme des Anteils der Befragten einher, die Kondome als sehr störend beim Sex empfinden; 14 Prozent stimmen dieser Aussage völlig zu und 36 Prozent teilweise.

Risikokontakte mit Partnern, deren HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt ist, werden von 25 Prozent der Teilnehmer berichtet. Von diesen Teilnehmern berichtet fast die Hälfte, dass diese Risikokontakte nur ein bis zwei Mal in den zwölf Monaten vor der Erhebung vorgekommen sind. Risikokontakte mit HIV-positiven Partnern berichten drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer. Somit lässt sich in dieser Gruppe kein Anstieg der Risikokontakte im Zeitverlauf seit 2007 feststellen. Obwohl sich die Stichproben in 2007, 2010 und 2013 deutlich hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Zusammensetzung unterscheiden, ist der Anteil von Teilnehmern, die Risikokontakte berichten, konstant. Das bedeutet auch, dass die Diskussion über das EKAF-Statement und „Schutz durch Therapie“ unter HIV-negativen/ungetesteten Männern nicht zu einem substanziellen Anstieg von kondomlosem Analverkehr mit HIV-positiven Männern geführt hat.

Teilnehmer, die diese Art von Risikokontakten berichten, gehen diese Kontakte allerdings eher häufig als sporadisch ein. Inwiefern mit diesen Kontakten wirklich Infektionsrisiken verbunden sind, muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass vier von fünf HIV-positiven Teilnehmer angeben, eine Viruslast unter der Nachweisgrenze zu haben, eine HIV-Übertragung also unwahrscheinlich ist. Allerdings nutzt nur die Hälfte der Teilnehmer diese Information explizit zur Risikominimierung: 54 Prozent der Teilnehmer mit ungeschütztem Analverkehr mit HIV-positiven Sexualpartnern berichten, mindestens einmal „Schutz durch Therapie“ genutzt zu haben. Allerdings kann mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, ob sie diese Methode durchgängig mit allen HIV-positiven Sexualpartnern nutzen, mit denen sie Analverkehr ohne Kondom haben. Dass der Anteil derjenigen Teilnehmer, die kondomlosen Analverkehr mit HIV-positiven Teilnehmern berichten, in den vergangenen Erhebungen nicht angestiegen ist, verweist auch darauf, dass das Wissen um die verminderte Infektiosität und die Schutzwirkung der HIV-Therapie nicht zu vermehrten kondomlosen sexuellen Kontakten von HIV-negativen/ungetesteten Männern mit HIV-positiven Männern geführt hat.

Werden Risikokontakte mit Sexualpartnern mit unbekanntem und positivem HIV-Serostatus zusammengefasst, zeigt sich, dass 25 Prozent aller HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einen Risikokontakt hatten, 17 Prozent gehen sporadisch Risiken ein,

neun Prozent häufig¹⁶. Dieses Ergebnis ist fast identisch mit dem Anteil der Teilnehmer, die in der Erhebung von 2010 Risikokontakte berichten. Jüngere Teilnehmer berichten zu einem höheren Anteil Risikokontakte als ältere Teilnehmer, Teilnehmer mit vielen Sexualpartnern berichten zu einem höheren Anteil Risikokontakte und gehen diese zudem häufiger ein als Teilnehmer mit weniger Sexualpartnern. Hervorzuheben ist, dass nicht Teilnehmer, die niemals Kondome verwenden, am häufigsten Risikokontakte berichten, sondern Teilnehmer, die Kondome nur selten oder manchmal nutzen.

Das psychische Wohlbefinden hängt ebenfalls mit dem Eingehen von Risiken zusammen. Teilnehmer, die eine moderate oder schwerwiegende ängstlich-depressive Symptomatik berichten, nutzen seltener Kondome und berichten zu einem größeren Anteil Risikokontakte als Teilnehmer ohne Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens. Da insbesondere junge Teilnehmer von einer Einschränkung des psychischen Wohlbefindens betroffen sind (vgl. Kapitel 4), liegt hier eine mögliche Erklärung vor, warum jüngere Teilnehmer zu einem höheren Anteil Risikokontakte berichten.

168

Strategien zur Reduzierung von HIV-Infektionsrisiken beim ungeschützten Analverkehr werden von 79 Prozent der Teilnehmer, die nicht durchgängig Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, berichtet. Serosorting ist die am häufigsten praktizierte Strategie, wobei auch Seroguessing weit verbreitet ist. Unter den Befragten, die explizit Serosorting betreiben, berichten nur ein Drittel eine konsequente Nutzung dieser Strategie, die übrigen Teilnehmer gehen auch Risikokontakte mit HIV-positiven Sexualpartnern und Sexualpartnern, deren HIV-Serostatus sie nicht kennen, ein. Seropositioning und Withdrawal werden von jeweils etwas weniger als 30 Prozent der Teilnehmer, die nicht durchgängig Kondome verwenden, genutzt. Die am wenigsten angewandte Strategie ist mit sieben Prozent die Viruslastmethode. Risikomanagementstrategien werden häufiger von den Teilnehmern genutzt, die inkonsistent Kondome nutzen, als von denen, die niemals Kondome verwenden.

¹⁶ Dass sich beide Summanden nicht zu 25 addieren, liegt an Rundungsfehlern, beachte dazu die Fußnote 14.

Diese Ergebnisse zum sexuellen Risikoverhalten lassen Rückschlüsse auf Subgruppen der schwulen und anderen MSM zu, die besondere Anforderungen an die HIV-Prävention stellen.

Junge, insbesondere sehr junge Männer unter 20 Jahren, gehen – vergleicht man nur Männer, die andere Sexualpartner berichten – zu einem deutlich höheren Anteil Risikokontakte ein als ältere Männer. Dieses Ergebnis lässt sich allerdings nicht auf alle Teilnehmer der jeweiligen Altersgruppen verallgemeinern, da junge Teilnehmer überdurchschnittlich häufig keine anderen Sexualpartner berichten. Werden diese nicht sexuell aktiven Teilnehmer mitberücksichtigt, zeigt sich, dass in der Gruppe der jungen Teilnehmer insgesamt nur von einem unwesentlich höheren Anteil Risikokontakte berichtet werden. Allerdings berichten jüngere Männer auch zu einem größeren Anteil Serosorting als andere Männer und – dies ist besonders hervorzuheben – auch zu einem größeren Anteil Seroguessing. Allerdings ist es für jüngere Teilnehmer, vorausgesetzt sie haben gleichaltrige Sexualpartner, weniger wahrscheinlich, auf einen HIV-positiven Partner zu treffen. Es kann somit angenommen werden, dass jüngere Männer durch ihr Verhalten nicht höheren HIV-Infektionsrisiken ausgesetzt sind als ältere Männer.

Eine weitere Gruppe von Teilnehmern, die vermehrt Risikokontakte eingehen, sind Männer mit einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit. Teilnehmer mit einer ängstlich-depressiven Symptomatik berichten häufiger Risikokontakte als Männer ohne solche Problematiken. Dass psychische Belastungen die Vulnerabilität für sexuelle Risikokontakte und eine HIV-Infektion beeinflussen können, wird derzeit im Rahmen des Syndemieansatzes intensiv in der Literatur diskutiert (vgl. Stall, Friedman & Catania, 2008). Internalisierte Homonegativität, psychische Probleme, problematischer Substanzkonsum, HIV und andere Problemlagen werden in diesem Ansatz als miteinander agierende Epidemien unter schwulen und anderen MSM verstanden (sog. syndemische Produktionen). In der Literatur werden aktuell immer mehr empirische Belege für solche syndemischen Produktionen von Vulnerabilitäten vorgelegt (z. B. Guadamuz et al., 2014; Santos et al., 2014). HIV-Prävention muss diese Erkenntnisse berücksichtigen und im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM Strategien entwickeln, um syndemische Produktionen zu entschärfen.

In den Fokus der HIV-Prävention müssen zudem noch stärker diejenigen Männer rücken, die Risikomanagementstrategien nutzen, um beim Analverkehr ohne Kondom ihr HIV-Risiko zu senken. Dies ist deshalb wichtig, weil ein Anstieg von Serosorting (und wahrscheinlich auch Seroguessing) in der Population in den letzten Jahren eine plausible Annahme darstellt. Dieses Phänomen hat zwei Seiten. Auf der einen Seite spricht der hohe Anteil von Teilnehmern, die nicht immer Kondome verwenden, aber Risikomanagementstrategien nutzen, dafür, dass die Mehrheit auch dieser Männer trotz fehlender Kondomnutzung bestrebt ist, sich vor dem Risiko einer Infektion mit HIV zu schützen. Andererseits ist festzuhalten, dass ein großer Teil dieser Männer Risikomanagementstrategien nutzt, die nur eine geringe oder moderate Risikoreduktion versprechen. Männer, die rationale, vergleichsweise effektive Risikomanagementstrategien wie Serosorting nutzen, wenden diese Strategie zudem mehrheitlich nicht konsequent an. Sie berichten gleichzeitig über Serosorting und über Risikokontakte mit Partnern, deren HIV-Serostatus sie nicht kennen bzw. mit Partnern mit positivem HIV-Serostatus. Allerdings können die vorliegenden Ergebnisse die komplexen Dynamiken der Nutzung von Risikomanagementstrategien kaum adäquat abbilden. Mit welchen Intentionen, aufgrund welcher Kenntnisse, in welchen Kontexten und wie Risikomanagementstrategien konkret ausgeübt werden, bleibt eine wichtige Frage, die beantwortet werden muss, wenn HIV-Prävention adäquate Antworten und Strategien in diesem Handlungsfeld entwickeln soll. Festzuhalten bleibt, dass die erfolgreiche Anwendung von Risikomanagementstrategien neben Wissen auch Kommunikationskompetenzen erfordert. HIV-Prävention muss sich die Frage stellen, auf welche Weise diese Kompetenzen gefördert werden können und wie Kommunikation erleichtert bzw. ermöglicht werden kann. Die Entdramatisierung und Entstigmatisierung von HIV stellt dabei sicher eine grundlegende Voraussetzung dar.

Schließlich finden sich deutliche Unterschiede zwischen Teilnehmern, die generell keine Kondome verwenden und Teilnehmern, die nur gelegentlich Kondome verwenden. HIV-negative/ungetestete Männer, die Kondome nur gelegentlich verwenden, sind offenbar eine weitaus interessantere Gruppe für die HIV-Prävention als Männer, die niemals Kondome verwenden. Männer aus der ersten Gruppe berichten neben der häufigeren Kondomnutzung auch mehr Sexualpartner, zu einem größeren Anteil die Anwendung von Risikomanagementstrategien und mehr Risikokontakte. Zudem ist diese Gruppe

zahlenmäßig größer als die Gruppe der Männer, die nie Kondome verwenden. Kondomnutzung und Nutzung von Risikomanagementstrategien scheinen in dieser Gruppe nur zu einer begrenzten Risikominimierung zu führen, da trotz der Anwendung dieser Strategien häufiger Risikokontakte berichtet werden als unter Kondomnutzern und Nichtnutzern. Auch für diese Gruppe bleibt unklar, welche Intentionen hinter der Nutzung von Kondomen und Risikomanagementstrategien stecken und warum trotzdem Risiken eingegangen werden.

Vii. HIV-TESTVERHALTEN

VII. HIV-Testverhalten

173

In der HIV-Prävention nimmt der HIV-Antikörpertest in den letzten Jahren eine zunehmend zentrale Rolle ein. Diese Entwicklung hat verschiedene Gründe. Einerseits ermöglicht nur die Diagnose einer bestehenden HIV-Infektion die Einleitung einer ART, die das Fortschreiten des Immundefekts und das Ausbrechen von AIDS verhindert. Die neuen HIV-Therapien sind in der Regel nebenwirkungsarm und werden von den Betroffenen gut vertragen; sie bewirken eine mehr oder weniger vollständige Suppression der Virusreplikation, d. h. der Vermehrung der HI-Viren im Körper eines Infizierten. Dadurch verlängert sich die Lebenserwartung und erhöht sich die Lebensqualität von Menschen mit HIV/AIDS, das Auftreten von AIDS-definierenden opportunistischen Infektionen und anderen Folgeerkrankungen wird verhindert.

Im treatment-as-prevention-Ansatz kommt dem HIV-Test neben seinem sekundärpräventiven Effekt auch eine zentrale Rolle in der Primärprävention von HIV zu. Mit treatment as prevention wird eine biomedizinische Präventionsstrategie benannt, die auf der Wirkung der antiretroviralen Behandlung auf die Infektiosität von Menschen mit HIV/AIDS beruht. Studien konnten zeigen, dass die

Viruslast, das ist die Menge der HI-Viren im Blut (oder anderen Körperflüssigkeiten) eines HIV-Positiven, als wichtigster Faktor die Infektiosität (die Wahrscheinlichkeit, mit der ein HIV-Positiver das HI-Virus übertragen kann) determiniert. So kann durch eine frühzeitig eingeleitete antiretrovirale Therapie das Risiko einer HIV-Übertragung um 96 Prozent reduziert werden, wie die Studie HTPN 052 zeigte (Cohen et al., 2011). Auf Populationsebene kann der treatment-as-prevention-Ansatz demnach die HIV-Inzidenz massiv senken. Dabei geraten vor allem diejenigen Individuen ins Blickfeld der Prävention, die mit HIV infiziert sind, aber nicht diagnostiziert wurden. Eine jüngst publizierte Modellrechnung der HIV-Epidemie unter schwulen und anderen MSM in Großbritannien zeigte, dass 63 Prozent der HIV-Neuinfektionen auf MSM zurückgehen, die nicht wissen, dass sie HIV-infiziert sind, obwohl diese Gruppe den Schätzungen zufolge lediglich 20 Prozent aller HIV-positiven MSM ausmachen (Punyacharoensin et al., 2014). In Deutschland leben nach Schätzungen des Robert Koch Instituts 14.000 Menschen mit HIV, deren HIV-Infektion nicht diagnostiziert wurde, davon sind 7.900 schwule und andere MSM (An der Heiden, Kollan, Voß, Marcus & Hamouda, 2014). Das bedeutet, dass 13 Prozent der HIV-infizierten schwulen und anderen MSM in Deutschland nicht wissen, dass sie HIV-positiv sind.

Gesundheitspolitik und HIV-Prävention haben aus diesen Zahlen die Notwendigkeit abgelesen, das Bewusstsein für den HIV-Test unter schwulen und anderen MSM in Deutschland zu steigern. Die Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU empfiehlt, dass sich jeder homosexuell aktive Mann einmal im Jahr auf HIV testen lassen sollte, bei mehr als zehn Sexualpartnern öfter.

7.1 Aktueller HIV-Test

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf diejenigen Teilnehmer, die zuletzt HIV-negativ getestet wurden bzw. die sich noch nie auf HIV haben testen lassen. Analysen zu den Teilnehmern, deren letzter HIV-Test positiv war, finden sich in Kapitel 8. Es wurden Teilnehmer aus den folgenden Analysen ausgeschlossen, wenn sie angegeben haben, dass sie auf HIV getestet wurden, aber keine Angaben zum Ergebnis des letzten Tests machen wollten ($n = 157$), oder angegeben haben, dass sie das Ergebnis des letzten Tests (noch) nicht erhalten haben ($n = 67$).

Insgesamt haben sich ungefähr ein Drittel aller nicht positiv getesteten Teilnehmer noch nie auf HIV testen lassen, während zwei Drittel bereits getestet wurden. Einen aktuellen HIV-Test, also einer, der in den vergangenen zwölf Monaten durchgeführt wurde, berichten 38 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer (vgl. Abb. 7.1). Bezogen auf alle Teilnehmer, also auch diejenigen, deren letzter HIV-Test positiv ausgefallen ist, sind 32 Prozent ungetestet, 35 Prozent berichten einen aktuellen und 24 Prozent einen älteren HIV-Test. Neun Prozent der Teilnehmer sind HIV-positiv getestet.

Abbildung 7.1: HIV-Testverhalten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

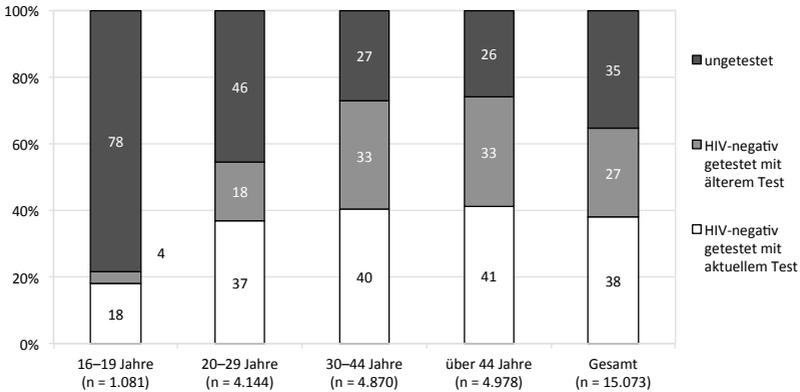


Abbildung 7.1 zeigt zudem, dass das Alter der Teilnehmer sowohl mit der Wahrscheinlichkeit, bereits auf HIV getestet zu sein, als auch mit der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines aktuellen HIV-Tests zusammenhängt. In der jüngsten Altersgruppe der 16- bis 19-jährigen Teilnehmer sind nur 22 Prozent auf HIV getestet, 18 Prozent berichten einen aktuellen HIV-Test. Unter den über 29-jährigen Teilnehmer sind mehr als drei Viertel der Teilnehmer getestet und zwei Fünftel sogar innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Das HIV-Testverhalten hängt ebenfalls mit der Wohnortgröße zusammen. 41 Prozent der Teilnehmer, die in kleineren Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern leben, sind bisher ungetestet, 35 Prozent dieser Teilnehmer berichten einen aktuellen

HIV-Test. Mit zunehmender Wohnortgröße steigt der Anteil der Teilnehmer, die in den vergangenen zwölf Monaten getestet wurden, während der Anteil der ungetesteten Teilnehmer sinkt (vgl. Abb. 7.1A im Anhang Seite 316). Dieser Effekt lässt sich nur teilweise dadurch erklären, dass mehr jüngere Teilnehmer in kleineren Orten leben. Auch nach Kontrolle des Alters der Teilnehmer zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Wohnortgröße und Testverhalten, wenn auch geringer ausgeprägt als ohne Kontrolle des Alters. Das HIV-Testverhalten hängt nicht mit der Schulbildung der Teilnehmer zusammen (vgl. Abb. 7.2A im Anhang Seite 316).

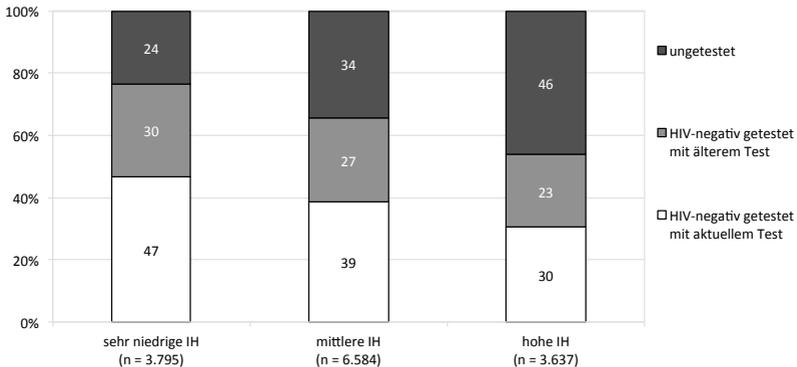
40 Prozent der Teilnehmer in einer festen Beziehung mit einem Mann berichten einen aktuellen HIV-Test und 75 Prozent haben sich mindestens einmal auf HIV testen lassen. Hingegen haben sich erst 59 Prozent der Singles mindestens einmal auf HIV testen lassen, der Anteil der Teilnehmer mit einem aktuellen HIV-Test ist in dieser Gruppe allerdings kaum geringer als unter den Teilnehmer in einer festen Beziehung mit einem Mann (38 Prozent). Teilnehmer, die in einer festen Beziehung mit einer Frau leben, weisen seltener einen aktuellen HIV-Test auf (31 Prozent) und haben sich ebenfalls seltener mindestens einmal auf HIV testen lassen (42 Prozent; vgl. Abb. 7.3A im Anhang Seite 317).

176

Der Umgang mit der eigenen Homosexualität bestimmt das HIV-Testverhalten bemerkenswert stark. Je offener mit der Homosexualität im sozialen Umfeld umgegangen wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, aktuell sowie überhaupt auf HIV getestet worden zu sein. 28 Prozent der Männer, die sehr selektiv oder gar nicht offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen, haben sich bereits testen lassen, unter den Teilnehmern, die sehr offen mit ihrer Homosexualität umgehen, sind es 46 Prozent (vgl. Abb. 7.4A im Anhang Seite 317). Zudem hängt das Testverhalten mit dem Grad, zu dem homonegative Einstellungen von den Teilnehmern internalisiert wurden, zusammen. Abbildung 7.2 zeigt, dass Teilnehmer mit einem sehr geringen Grad an internalisierter Homonegativität zu einem höheren Anteil sowohl aktuell als auch überhaupt auf HIV getestet wurden.

Abbildung 7.2: HIV-Testverhalten nach internalisierter Homonegativität

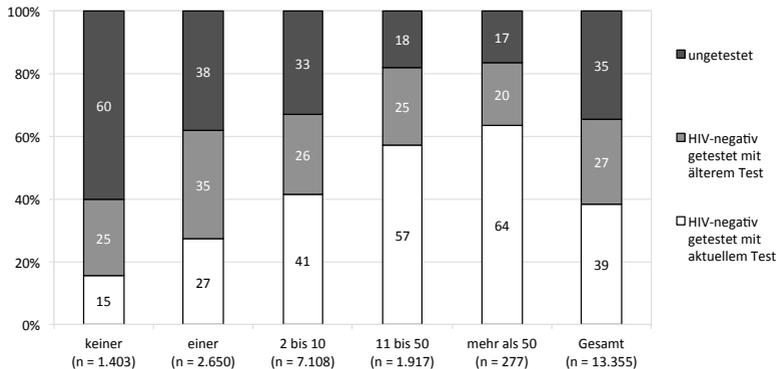
Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



Hinsichtlich des Sexualverhaltens zeigt sich deutlich, dass mit zunehmender Partnerzahl die Wahrscheinlichkeit steigt, aktuell oder überhaupt auf HIV getestet worden zu sein. Dieses Ergebnis ist – aus präventiver Perspektive – grundsätzlich positiv zu werten. Allerdings zeigt Abbildung 7.3 auch, dass unter den Teilnehmern, die mehr als 50 Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten berichten, immerhin 17 Prozent sich noch nie auf HIV haben testen lassen und weitere 20 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten nicht auf HIV getestet wurden.

Abbildung 7.3: HIV-Testverhalten nach Anzahl aller Sexualpartner

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



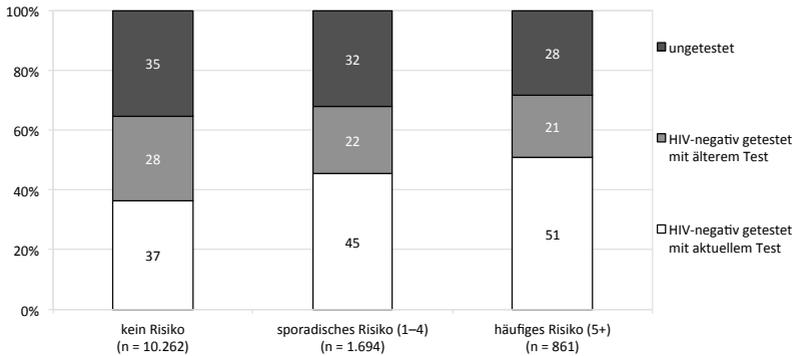
178

Weniger deutliche Unterschiede im Testverhalten finden sich hinsichtlich der Kondomnutzung mit anderen, d. h. nicht-festen Sexualpartnern. Grundsätzlich sind Teilnehmer, die inkonsistent – also selten, manchmal oder meistens – Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, zu einem höheren Anteil aktuell oder überhaupt auf HIV getestet (vgl. Abb. 7.5A im Anhang Seite 318). Zu einem niedrigeren Anteil sind Teilnehmer, die habituell gar keine Kondome mit anderen Sexualpartnern nutzen, aktuell oder überhaupt auf HIV getestet. Zu einem höheren Anteil wiederum sind Teilnehmer aktuell oder überhaupt getestet, die immer Kondome verwenden. Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind allerdings eher gering ausgeprägt. Deutlicher zeichnen sich Unterschiede im HIV-Testverhalten zwischen Teilnehmern hinsichtlich der Häufigkeit, mit der sie Risikokontakte eingehen, ab (vgl. Abb. 7.4). 37 Prozent der Teilnehmer ohne solche Risikokontakte in den vergangenen zwölf Monaten haben sich aktuell auf HIV testen lassen, 45 Prozent der Teilnehmer mit sporadischen Risikokontakten und 51 Prozent der Teilnehmer mit häufigen Risikokontakten. In Kapitel 5 wurde beschrieben, dass das Testverhalten mit dem Beziehungstyp (monogam – offen) und der Nutzung der Risikomanagementstrategie „ausgehandelte Sicherheit“ zusammenhängt. Teilnehmer in einer „monogamen“ Beziehung waren seltener überhaupt oder aktuell auf HIV getestet als Teilnehmer in einer offenen Beziehung. Unter letzteren Teilnehmern waren wiederum

diejenigen häufiger aktuell oder überhaupt getestet, die eine Vereinbarung zu Negotiated Safety getroffen hatten als diejenigen, die keine Vereinbarung getroffen hatten.

Abbildung 7.4: HIV-Testverhalten nach Häufigkeit der Risikokontakte mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



An dieser Stelle soll, diese Ausführungen ergänzend, der Zusammenhang zwischen Kondomnutzung mit dem festen Partner und dem Testverhalten beschrieben werden. Abbildung 7.5 zeigt, dass Unterschiede im HIV-Testverhalten zwischen Teilnehmern, die immer, inkonsistent oder nie Kondome mit dem festen Partner nutzen, insgesamt nicht stark ausgeprägt sind. Die Teilnehmer, die niemals mit dem festen Partner Kondome nutzen, die mit Abstand größte Gruppe, sind zu einem höheren Anteil häufiger oder mindestens einmal auf HIV getestet als die anderen Gruppen. Allerdings geben nur 39 Prozent dieser Teilnehmer an, aktuell auf HIV getestet worden zu sein, dieser Anteil liegt unter den inkonsistenten und konsistenten Kondomnutzern höher. Insgesamt weisen somit 61 Prozent aller Teilnehmer, die in den vergangenen zwölf Monaten keine Kondome mit dem festen Partner genutzt haben, kein aktuelles HIV-Testergebnis auf. Werden nun diejenigen betrachtet, die nie oder nicht immer Kondome mit ihrem festen Partner und sexuelle Kontakte mit anderen Partnern berichten, zeigt sich, dass zwischen

49 und 58 Prozent dieser Teilnehmer aktuell auf HIV getestet wurde (vgl. Abb. 7.6). Auffällig ist die – sehr kleine – Gruppe der Teilnehmer, die mit anderen Sexualpartnern nie Kondome verwenden (n = 180). Hier haben sich 28 Prozent noch niemals auf HIV testen lassen. Unter Teilnehmern mit inkonsistenter oder konsistenter Kondomnutzung ist dieser Anteil deutlich geringer.

Abbildung 7.5: HIV-Testverhalten nach Kondomnutzung mit dem festen Partner

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer mit einem männlichen festen Partner

180

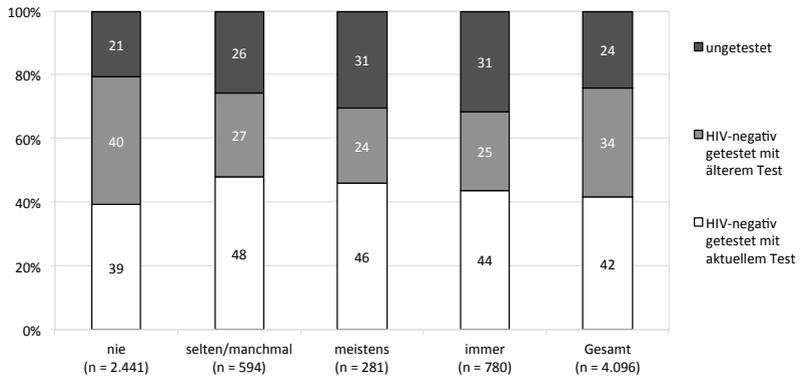


Abbildung 7.6: HIV-Testverhalten von Teilnehmern in einer festen Beziehung mit einem männlichen Partner nach Kondomnutzung mit anderen Partnern

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer in einer festen Beziehung mit einem Mann, die andere Sexualpartner berichten

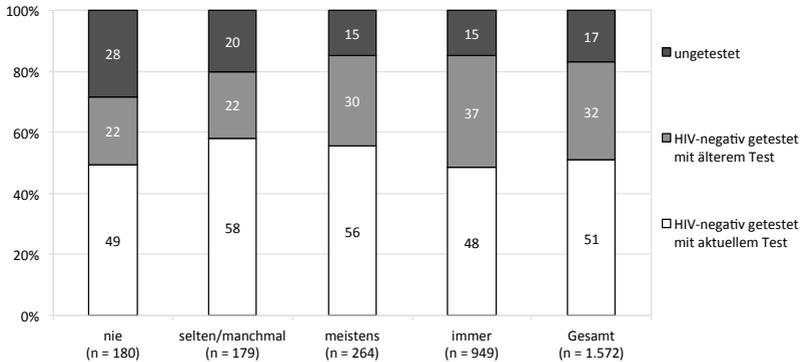
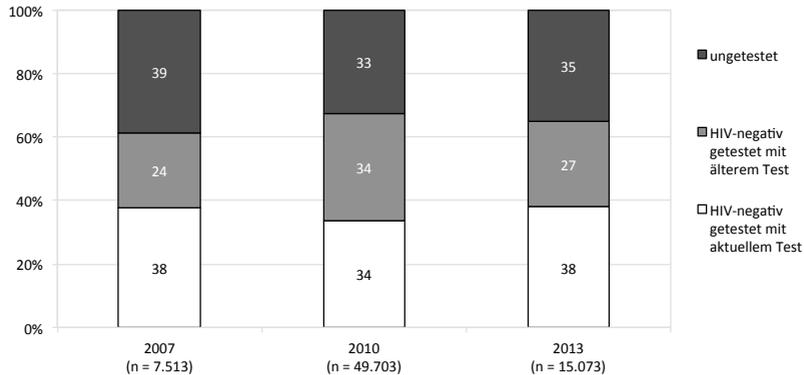


Abbildung 7.7 zeigt das HIV-Testverhalten der nicht HIV-positiv getesteten Teilnehmer in der Zeitreihe seit der Erhebung im Jahr 2007. Eine eindeutige Tendenz hinsichtlich des Testverhaltens kann aus dieser Abbildung nicht abgelesen werden. Auffällig ist besonders, dass die Ergebnisse der Erhebung von 2010 sich in keine Tendenz einfügen lassen, vielleicht bedingt durch die umfassendere Stichprobe dieser Erhebung. Es kann möglicherweise unter Beachtung der Unterschiedlichkeit aller drei Stichproben, insbesondere hinsichtlich der Altersverteilung, als Tendenz erkannt werden, dass der Anteil an schwulen und anderen MSM, die sich noch nie auf HIV haben testen lassen, in den vergangenen zwölf Monaten rückläufig ist.

Abbildung 7.7 HIV-Testverhalten in der Zeitreihe

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



182 7.2 Gründe und Setting des letzten negativen HIV-Tests

Die folgenden Ausführungen zum Setting des letzten HIV-Tests beziehen sich nur auf diejenigen Teilnehmer, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen ist. Zwei Motive, den letzten HIV-Test durchführen zu lassen, werden von den Teilnehmer besonders häufig genannt. 37 Prozent haben sich testen lassen, weil sie sich routinemäßig auf HIV untersuchen lassen, 36 Prozent berichten eine Risikosituation (vgl. Tab. 7.1). Dabei schließen sich beide Gründe nicht gegenseitig aus, da die Teilnehmer im Fragebogen mehrere Gründe für ihren letzten HIV-Test angeben konnten. Der am dritthäufigsten genannte Grund war der Wunsch, mit dem festen Freund bzw. der festen Freundin auf Kondome zu verzichten (25 Prozent). Elf Prozent geben an, dass ihnen empfohlen wurde, sich auf HIV testen zu lassen, wahrscheinlich durch eine Ärztin bzw. einen Arzt. Sehr selten werden die anderen vorgegebenen Gründe angegeben. Nur drei Prozent hatten Krankheitsanzeichen festgestellt, die auf eine frische HIV-Infektion hinwiesen, zwei Prozent berichten Krankheitsanzeichen, die möglicherweise auf eine AIDS-Erkrankung hinwiesen. Weitere zwei Prozent haben den letzten HIV-Test nicht freiwillig durchgeführt. Jeder vierte Teilnehmer gibt an, dass ein anderer Grund für den letzten HIV-Test vorlag, der von den vorgegebenen

Antwortoptionen nicht abgedeckt wird. Andere Gründe wurden allerdings nicht in einem offenen Textfeld erfasst. Es kann also nicht abgeschätzt werden, inwiefern diese anderen Gründe sich tatsächlich substantiell von den vorgegeben Gründen unterscheiden.

Tabelle 7.1: Gründe für die Durchführung des letzten HIV-Tests (in Prozent)
Basis: alle HIV-negativ getesteten Teilnehmer (n = 9.662)

Ich lasse mich routinemäßig auf HIV testen.	37
Ich hatte eine oder mehrere Risikosituation(en) und wollte wissen, ob ich mich infiziert habe.	36
Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten.	25
Mir wurde empfohlen, mich testen zu lassen.	11
Ich hatte Krankheitsanzeichen, die auf eine frische HIV-Infektion hinwiesen.	3
Ich hatte Krankheitsanzeichen, die möglicherweise auf eine Aids-Erkrankung hinwiesen.	2
Ich wurde gezwungen, den Test durchführen zu lassen.	2
andere Gründe	27

Am häufigsten wurde der letzte HIV-Test in der Praxis einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes durchgeführt (45 Prozent). Tabelle 7.2 verdeutlicht, dass auch nach der sexuellen Orientierung des niedergelassenen Arztes gefragt wurde. Jeder Zehnte der Befragungsteilnehmer hat sich bei einem schwulen Arzt auf HIV testen lassen, ein Wert, der überdurchschnittlich hoch erscheint, weil der Anteil von schwulen Ärzten in Deutschland sicher unter 10 Prozent liegt. Neben der niedergelassenen Ärztin bzw. dem niedergelassenen Arzt wird auch das Gesundheitsamt häufig zur Durchführung eines HIV-Tests aufgesucht, jeder fünfte Teilnehmer hat sich hier testen

lassen. Zehn Prozent der Teilnehmer haben den letzten HIV-Test in einer Aids-hilfe und einer anderen schwulen Präventionseinrichtungen durchführen lassen. Weitere zehn Prozent wurden in einem Krankenhaus getestet, davon sechs Prozent bei einem stationären Krankenhausaufenthalt. Angebote zum Blutspenden wurden von acht Prozent der Teilnehmer zur Rückmeldung des HIV-Status genutzt, ein Wert, der hoch erscheint, sind doch schwule und andere MSM obligatorisch von der Blutspende ausgeschlossen¹⁷. Den (in Deutschland nicht zugelassenen) Heimtest auf HIV hat ein Prozent der Teilnehmer genutzt, ein weiteres Prozent hat den Test in einem aufsuchenden Angebot in einer Bar, Sauna oder vor einem Club der schwulen Szene durchführen lassen. Diese mobilen Testangebote werden vor allem von Aidshilfen und anderen Testeinrichtungen, aber auch von Gesundheitsämtern durchgeführt.

Tabelle 7.2: Ort der Durchführung des letzten HIV-Tests (in Prozent)
Basis: alle HIV-negativ getesteten Teilnehmer (n = 9.637)

niedergelassener Arzt (nicht schwul)	35
Gesundheitsamt	22
niedergelassener Arzt (schwul)	10
HIV-Testeinrichtung (Aidshilfe)	10
Blutspende	8
Krankenhaus (stationär)	6
Krankenhaus (ambulant)	4
Heimtest	1
mobile Teststelle (Bar, Sauna, Club)	1
anderer Ort	5
Gesamt	100

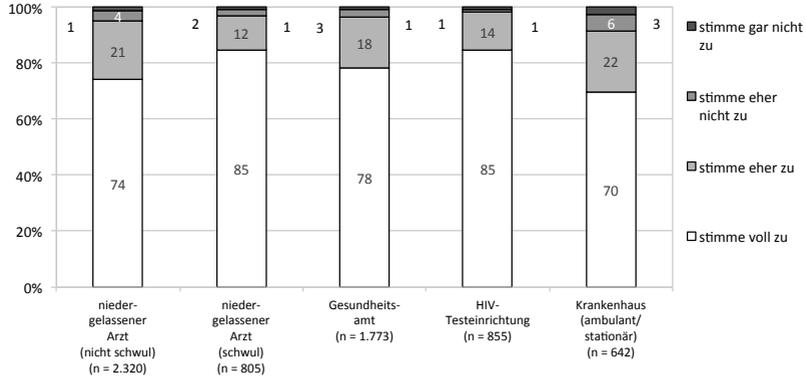
¹⁷ Der Ausschluss schwuler Männer wird immer wieder als homophobe Diskriminierung schwuler Männer kritisiert. Dass für diesen Ausschluss nachvollziehbare Gründe existieren (vgl. DAH, 2014) wird dabei in der Regel unterschlagen.

Die HIV-negativ getesteten Teilnehmer wurden zudem nach ihrer Zufriedenheit mit der Durchführung ihres letzten HIV-Tests gefragt. Dabei wurde der Grad der Zustimmung zu zwei Aussagen erfasst: 1) „Ich war zufrieden mit der Beantwortung meiner Fragen“ und 2) „Ich hatte das Gefühl, dass meine Sexualität akzeptiert wird“. Jeder vierte Teilnehmer gibt an, dass er beim letzten HIV-Test keine Fragen hatte. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer durchaus die Beantwortung eigener Fragen zum HIV-Test (oder auch anderen Fragen zu HIV/AIDS) erwartet hat. Werden nur die Teilnehmer betrachtet, die nicht angeben, dass sie keine Fragen hatten, waren fast alle Männer mit der Beantwortung der Fragen voll oder eher zufrieden: 77 Prozent waren voll zufrieden, 18 Prozent eher zufrieden und fünf Prozent eher oder gar nicht zufrieden. Ebenso geben fast alle Teilnehmer an, dass sie das Gefühl hatten, dass die eigene Sexualität bei der Durchführung des HIV-Tests akzeptiert wurde, 75 Prozent stimmen dieser Aussage voll zu, 18 Prozent eher zu, und acht Prozent stimmen eher oder gar nicht zu.

In Abbildung 7.8 und 7.9 ist für die am häufigsten genannten Testorte die Zufriedenheit der Teilnehmer mit den beiden erfassten Aspekten abgebildet. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede. Die Zufriedenheit mit beiden Aspekten ist unter den Teilnehmern am höchsten, die einen schwulen niedergelassenen Arzt oder eine HIV-Testeinrichtung aufgesucht haben. Bei Teilnehmern, die sich bei niedergelassenen Ärztinnen, nicht schwulen Ärzten und insbesondere in Krankenhäusern haben testen lassen, ist die Zufriedenheit am geringsten.

Abbildung 7.8: Zufriedenheit mit Beantwortung eigener Fragen nach Ort des HIV-Tests

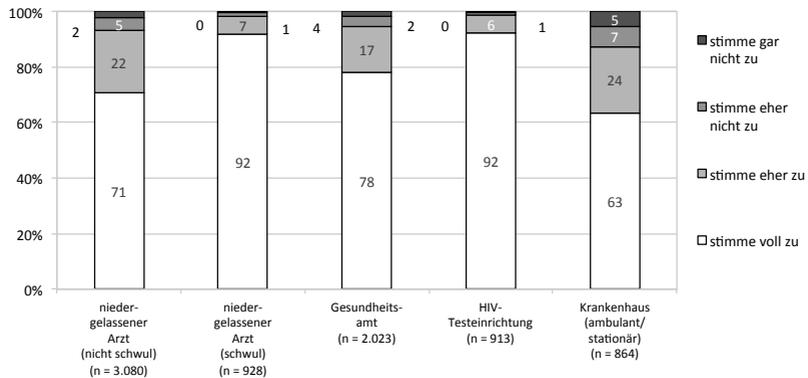
Basis: alle HIV-negativ getesteten Teilnehmer



186

Abbildung 7.9: Zufriedenheit mit Akzeptanz der eigenen Sexualität nach Ort des HIV-Tests

Basis: alle HIV-negativ getesteten Teilnehmer



Die bisher ungetesteten Teilnehmer wurden gefragt, aus welchen Gründen sie sich noch nie auf HIV testen lassen haben (vgl. Tabelle 7.3). Die meisten der ungetesteten Teilnehmer geben an, dass sie bisher noch kein Risiko eingegangen sind (71 Prozent). 22 Prozent der ungetesteten Teilnehmer begründen ihr Verhalten in ähnlicher Weise, sie seien zwar bisher Risiken eingegangen, glauben aber nicht, dass sie HIV-positiv seien. Auch bei dieser Frage schließen sich die verschiedenen Antwortoptionen nicht wechselseitig aus, da sie als Mehrfachantwort konzipiert war. Die weiteren vorgegebenen Gründe spielen eine deutlich untergeordnete Rolle. Werden, wie in der zweiten Spalte, nur diejenigen Teilnehmer betrachtet, die mindestens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem anderen Sexualpartner als dem festen Freund und mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus berichten, ändert sich dieses Bild deutlich. Unter diesen Teilnehmern geben zwar immer noch 31 Prozent an, dass sie bisher keine Risiken eingegangen seien, nehmen also dementsprechend die angegebenen Risiken nicht als solche wahr, aber mehrheitlich herrscht die Überzeugung vor, dass trotz eingegangener Risiken keine HIV-Übertragung stattgefunden habe (52 Prozent). Andere Gründe werden in dieser Subgruppe der ungetesteten Teilnehmer zu einem deutlich höheren Anteil genannt. So lassen sich zum Beispiel doppelt so viele Teilnehmer in dieser Subgruppe aus Angst vor einem positiven HIV-Testergebnis nicht auf HIV testen (13 Prozent aller ungetesteten Teilnehmer und 27 Prozent der ungetesteten Teilnehmer mit Risikokontakten). Auch der Anteil von Männern, für die das Stigma, das mit einem HIV-Test verbunden sein kann, eine Barriere darstellt, ist unter den ungetesteten Teilnehmern mit Risikokontakten deutlich höher als unter allen ungetesteten Teilnehmern. So geben sieben Prozent aller ungetesteten Teilnehmer an, dass sie befürchten, dass bei der Durchführung eines HIV-Tests andere Personen von der eigenen sexuellen Orientierung erfahren, unter den ungetesteten Teilnehmern mit Risikokontakten sind es jedoch 13 Prozent. Die Befürchtung, durch die Durchführung eines HIV-Tests als HIV-positiv wahrgenommen zu werden, teilen fünf Prozent aller ungetesteten Teilnehmer, aber neun Prozent der ungetesteten Teilnehmer mit Risikokontakten. Auch die Angst, über das eigene sexuelle Verhalten zu sprechen sowie der Unwille, deswegen belehrt zu werden, werden von einem substantziellen Teil der ungetesteten Teilnehmer mit Risikokontakten als Barrieren für einen HIV-Test empfunden. Den eigenen HIV-Serostatus gar nicht wissen zu wollen, ist nur vier Prozent aller ungetesteten Teilnehmer eine Motivation, keinen HIV-Test zu

machen, unter den ungetesteten Teilnehmern mit Risikokontakten ist es mehr als jeder Zehnte. Sechs Prozent der ungetesteten Teilnehmer geben auf die offene Frage andere Gründe dafür an, warum sie sich noch nie haben testen lassen. Hier wird unter anderem auf einen Mangel an Zeit oder Motivation, auf fehlende Informationen zum HIV-Test und auf Angst vor einer Blutabnahme oder generell vor Spritzen verwiesen.

Tabelle 7.3: Gründe gegen die Durchführung eines HIV-Tests (in %) Basis: alle ungetesteten Teilnehmer (n = 5.286)	Gesamt	UAV mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem HIV-Serostatus
Ich bin bisher kein Risiko eingegangen.	71	31
Ich bin bisher zwar Risiken eingegangen, glaube aber nicht, dass ich HIV-positiv bin.	22	52
Ich glaube, dass ich HIV-negativ bin, weil mein Partner HIV-negativ getestet ist.	7	6
Ich habe Angst, dass andere Personen dadurch erfahren, dass ich schwul bin / Sex mit Männern habe.	7	13
Ich habe Angst, dass andere Personen dadurch von mir denken könnten, dass ich HIV-positiv bin.	5	9
Ich habe Angst, dass ich dabei über mein sexuelles Verhalten sprechen muss.	9	14

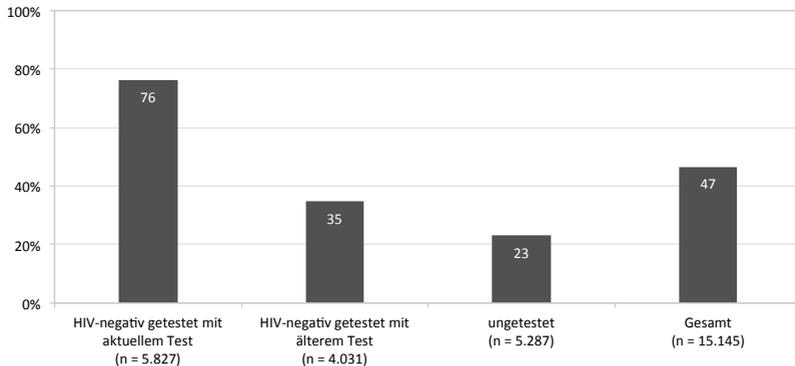
Ich möchte wegen meines sexuellen Verhaltens nicht belehrt werden.	7	15
Ich habe Angst, dass ich ein HIV-positives Testergebnis erhalte.	13	27
Ich habe Angst vor der Wartezeit auf das Testergebnis.	8	14
Ich habe Angst, dass Vertraulichkeit und Anonymität nicht gewahrt sind.	9	15
In meiner Nähe gibt es keine Testmöglichkeit, die ich nutzen würde.	4	6
Ein HIV-Test ist mir zu teuer.	5	9
Ich lehne einen HIV-Test grundsätzlich ab.	1	2
Ich möchte meinen HIV-Status nicht wissen.	5	11
Ich kann mich auch später testen lassen, da die Behandlungsmöglichkeiten dann genau so gut sind.	3	6
andere Gründe	6	6

Den Vorsatz, sich in den kommenden zwölf Monaten auf HIV testen zu lassen, berichten 47 Prozent der Teilnehmer (vgl. Abb. 7.10). Dieser Vorsatz hängt mit dem bisherigen HIV-Testverhalten zusammen. Unter den ungetesteten Teilnehmern ist diese Test-Intention am geringsten ausgeprägt, nur 23 Prozent aller bisher noch nicht getesteten Teilnehmer planen, sich in den kommenden zwölf Monaten auf HIV testen zu lassen. Teilnehmer, die einen aktuellen HIV-Test berichten, hegen auch am häufigsten den Vorsatz, sich zukünftig testen zu lassen, nämlich drei von vier Teilnehmern aus dieser Gruppe. Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass in dieser Gruppe das HIV-Testverhalten routinisiert wurde und der Empfehlung, sich mindestens einmal jährlich auf HIV testen zu lassen, gefolgt wird.

Abbildung 7.10: Intention, sich in den kommenden 12 Monaten auf HIV testen zu lassen, nach bisherigem HIV-Testverhalten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

190



7.3 Zusammenfassung und Fazit

Bezogen auf die Gesamtheit der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer haben sich 35 Prozent der Teilnehmer noch nie auf HIV testen lassen, 38 Prozent berichten einen aktuellen HIV-Test (d. h. nicht älter als zwölf Monate), und bei 27 Prozent der Teilnehmer liegt der letzte HIV-Test mehr als ein Jahr zurück. Das Testverhalten hängt deutlich vom Alter ab, es sind vor allem die jüngeren Teilnehmer, die sich noch nie auf HIV testen lassen. Auch der Umgang mit der eigenen Homosexualität wirkt sich auf das Testverhalten aus. Wer seine eigene sexuelle Orientierung als problembehaftet erlebt, damit sind hier Männer gemeint, die ihre Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld eher geheim halten und Teilnehmer, die eine vergleichsweise hohe internalisierte Homonegativität aufweisen, ist häufiger ungetestet und seltener aktuell auf HIV getestet. Das gesellschaftliche Stigma der Homosexualität kann sich demzufolge auf das HIV-Testverhalten schwuler und anderer MSM auswirken.

Das Ergebnis, dass Männer, die mehr Sexualpartner und mehr Risikokontakte berichten, auch zu einem höheren Anteil überhaupt oder aktuell getestet wurden, verweist auf einen bewussten Umgang mit dem eigenen HIV-Infektionsrisiko, wie es auch in der HIV-Prävention empfohlen wird. Allerdings muss in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht werden, dass ein substantieller Anteil von Männern, die (häufig) Risiken eingehen, sich gar nicht oder nicht regelmäßig auf HIV testen lässt. Dies gilt ebenfalls für Männer in einer festen Beziehung mit einem männlichen Partner. Auch hier ist ein deutlicher Anteil der Männer nicht oder nicht aktuell auf HIV getestet, obwohl sie auf Kondome mit ihrem festen Partner verzichten.

In der Zeitreihe der SMHA-Befragungen seit 2007 zeigt sich keine einheitlich zu interpretierende Tendenz, so dass davon ausgegangen werden kann, dass das HIV-Testverhalten insgesamt in den letzten Jahren relativ konstant geblieben ist. Allerdings finden sich auch Hinweise, dass der Anteil ungetesteter schwuler und anderer MSM im Zeitverlauf abnimmt.

Die Gründe für den letzten HIV-Test sind vielfältig. Dass der HIV-Test routinemäßig durchgeführt wird, teilt nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer mit. Fast ebenso viele Männer berichten einen Risikokontakt als Grund für

einen Test. Andere geben an, dass der Wunsch, mit dem festen Freund auf Kondome zu verzichten, oder eine Testempfehlung den Grund für den Test darstellte. Hinsichtlich der Gründe, sich nicht auf HIV testen zu lassen, überwiegen die Einschätzungen, bisher noch keine Risiken eingegangen zu sein bzw. trotz eingegangener Risiken nicht HIV-positiv zu sein. Andere Gründe spielen eine deutlich untergeordnete Rolle. Werden allerdings nur die Teilnehmer betrachtet, die in den vergangenen zwölf Monaten kondomlosen Analverkehr mit einem Sexualpartner mit unbekanntem oder positivem HIV-Serostatus berichten, zeigt sich, dass auch hier die meisten Teilnehmer sich nicht testen lassen, weil sie überzeugt sind, keine Risiken eingegangen zu sein bzw. trotz eingegangener Risiken nicht HIV-positiv zu sein. Die Angst vor einem HIV-positiven Testergebnis ist unter diesen Männern bemerkenswert weit verbreitet, jeder vierte ungetestete Teilnehmer mit Risikokontakten gibt an, sich deswegen nicht testen zu lassen. Zudem bevorzugt jeder Zehnte dieser Teilnehmer, seinen HIV-Serostatus nicht zu kennen. Das Stigma der HIV-Infektion stellt demzufolge eine deutliche Barriere zum HIV-Test unter diesen Männern dar. Denkbare Barrieren, wie der vermeintlich hohe Preis des HIV-Tests oder der mangelnde Zugang zu Testeinrichtungen, spielen unter den ungetesteten Männern kaum eine Rolle.

Knapp die Hälfte der nicht HIV-positiv getesteten Teilnehmer will sich in den kommenden zwölf Monaten auf HIV testen lassen, dabei sind es die aktuell getesteten, bei denen diese Testintention besonders stark ausgeprägt ist. Bisher ungetestete Teilnehmer berichten deutlich seltener von einem Testvorsatz. Von einer Routinisierung des HIV-Tests unter schwulen und anderen MSM in Deutschland, wie in der HIV-Prävention empfohlen, kann somit nicht gesprochen werden. Ein Drittel der nicht HIV-positiv getesteten Männer lässt sich routinemäßig einmal jährlich auf HIV testen.

Viii. HIV-POSITIVE SCHWULE UND ANDERE MSM: LEBENSSITUATION, UMGANG MIT DER HIV-INFESTION UND SEXUALVERHALTEN

VIII. HIV-positive schwule und andere MSM: Lebenssituation, Umgang mit der HIV-Infektion und Sexualverhalten

193

HIV-positive Männer stellen eine distinkte Gruppe unter den schwulen und anderen MSM dar. Nach Modellrechnungen des Robert Koch Instituts sind 4,9 bis 6,7 Prozent der schwulen und anderen MSM (abhängig davon, wie hoch der Anteil der homosexuell aktiven Männer an der Gesamtbevölkerung geschätzt wird), die in Deutschland mit einer HIV-Infektion leben (Marcus, Schmidt, Kollan & Hamouda, 2009).

In der aktuellen Erhebung haben neun Prozent aller Teilnehmer angegeben, dass sie HIV-positiv getestet wurden, insgesamt 1.437 Männer. Für diese Gruppe wird in diesem Kapitel untersucht, inwiefern sie sich in soziodemographischen und gesundheitlichen Variablen von den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern unterscheiden, wie sie mit ihrer HIV-Infektion umgehen, und wie der HIV-Serostatus und die Viruslast mit dem Sexualverhalten zusammenhängen.

8.1 Zur Lebenssituation HIV-positiver schwuler und anderer MSM

Befragungsteilnehmer mit einem positiven HIV-Testergebnis sind mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 43,6 Jahren deutlich älter als HIV-negative/ungetestete Befragungsteilnehmer, die durchschnittlich 36,9 Jahre alt sind. Abb. 8.1A (siehe Anhang Seite 318) zeigt, dass die meisten HIV-positiven Teilnehmer über 44 Jahre alt sind (55 Prozent), während nur zehn Prozent zwischen 20 und 29 Jahren sind. Der Anteil der unter 20-jährigen HIV-positiven Teilnehmer ist geringer als ein Prozent.

HIV-positive Teilnehmer leben häufiger in größeren Städten als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Doppelt so viele HIV-positive Teilnehmer (39 Prozent) als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer (19 Prozent) leben in Metropolen mit mehr als einer Million Einwohner, in denen die medizinische Versorgung durch spezialisierte HIV-Ärztinnen und -Ärzte häufig qualitativ besser und vor allem besser zugänglich ist. Dennoch leben auch 30 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer in kleineren Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern (vgl. Abb. 8.2A). Allerdings ist dieser Anteil deutlich niedriger als unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern (50 Prozent).

194

Während 31 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer sich nicht als schwul identifizieren, sind es nur 13 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer (vgl. Abb. 8.3A im Anhang S. 319). Besonders deutlich unterscheidet sich hier der Anteil der bi- oder heterosexuell identifizierten Teilnehmer zwischen beiden Gruppen (6 Prozent bei den HIV-positiven und 21 Prozent bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern). Dies könnte mit den geringeren HIV-Risiken, die bi- und heterosexuell identifizierte MSM eingehen (vgl. Bochow, Sekuler, 2016; Sekuler, Bochow, von Rüden & Töppich, 2014), und der entsprechend geringeren Wahrscheinlichkeit von bisexuellen Männern, HIV-positiv getestet zu werden, zusammenhängen.

Hinsichtlich des SES unterscheiden sich die HIV-positiven Teilnehmer nicht von den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern (vgl. Abb. 8.4A im Anhang S. 320), ein Sachverhalt, der eventuell dadurch erklärt werden kann, dass die Verzerrung der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich des sozialen Status, die in

Kapitel 2 beschrieben wird, sich besonders stark bei HIV-positiven Teilnehmern ausgewirkt hat. Daraus sollte aber nicht geschlossen werden, dass der SES keine Rolle für die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion spielt, denn Teilnehmer mit einem niedrigen SES haben sich z. B. seltener überhaupt auf HIV testen lassen (58 Prozent) als Teilnehmer mit einem mittleren SES (65 Prozent) und einem hohen SES (77 Prozent). Betrachtet man nur diejenigen, die sich bereits haben testen lassen, zeigt sich ein deutlicher Effekt nach dem SES. Von den getesteten Teilnehmern mit einem niedrigen SES sind 17 Prozent HIV-positiv, von den Teilnehmern mit einem mittleren SES 14 Prozent und von den Teilnehmern mit einem hohen SES nur 13 Prozent. Ähnliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils HIV-positiv Getesteter an allen getesteten Teilnehmern berichten bereits Bochow et al. auf der Basis der Zahlen aus der Erhebung in 2010. Für alle untersuchten Altersgruppen ist dieser Anteil positiv getesteter Befragungsteilnehmer in den höheren SES-Kategorien niedriger als in den niedrigen SES-Kategorien (Bochow et al., 2012, S. 151).

Nur geringe Unterschiede finden sich zwischen beiden Gruppen hinsichtlich des Beziehungsstatus. 47 Prozent der HIV-positiven Befragungsteilnehmer bezeichnen sich als Single, ebenso 51 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer. Allerdings sind HIV-positive Teilnehmer häufiger in einer Beziehung mit einem Mann (49 Prozent) als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer (38 Prozent) und seltener in Beziehung mit einer Frau (4 Prozent vs. 12 Prozent), ein Ergebnis, das sich mit den aufgezeigten Unterschieden in der sexuellen Selbstdefinition deckt.

195

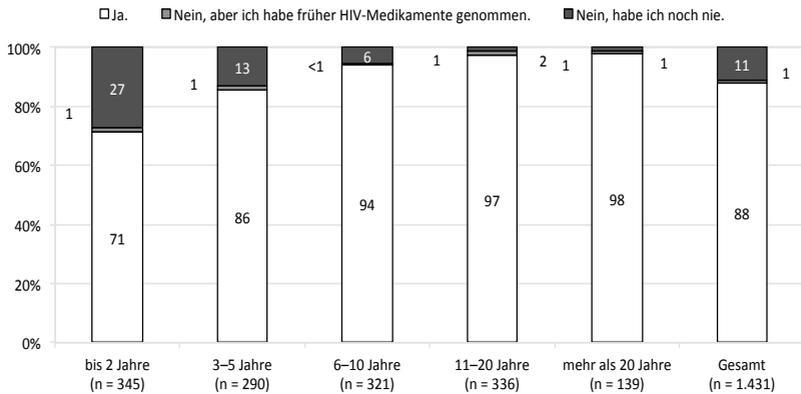
8.2 Umgang mit der HIV-Infektion

Im Durchschnitt wurden die HIV-positiven Teilnehmer vor 8,7 Jahren HIV-positiv getestet. Bei etwa jedem vierten Teilnehmer (24 Prozent) liegt die HIV-Diagnose nicht länger als zwei Jahre zurück, ein Zehntel der Teilnehmer sind bereits seit mehr als 20 Jahren infiziert. Fast alle HIV-positiven Teilnehmer nehmen regelmäßig eine medizinische Kontrolluntersuchung bei ihrer HIV-Schwerpunktärztin oder ihrem HIV-Schwerpunktarzt wahr. 95 Prozent berichten eine Kontrolluntersuchung in den vergangenen drei Monaten, also im medizinisch angeratenen Zeitraum, weitere drei Prozent in den vergangenen zwölf Monaten.

Eine ART nutzen ungefähr neun von zehn HIV-positiven Befragungsteilnehmern, nur zwölf Prozent geben an, derzeit keine ART zu nutzen, elf Prozent haben diese noch nie genutzt (vgl. Abb. 8.1).

Abbildung 8.1: Antiretrovirale Therapie nach Dauer der HIV-Infektion

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



196

Diese Abbildung zeigt auch, dass mit zunehmender Infektionsdauer der Anteil der ART-Nutzer zunimmt, auch wenn der Anteil der ART-Nutzer bereits bei den „frisch“ diagnostizierten Teilnehmern mit 71 Prozent relativ hoch ist. Dieser Anteil steigt auf 97 Prozent bei denen, die länger als zehn Jahre infiziert sind. Gründe für die Nicht-Nutzung der ART unter HIV-positiven Befragungsteilnehmern werden in Tabelle 8.1 aufgeführt. Die meisten Teilnehmer geben an, die ART nicht zu nutzen, weil der behandelnde Arzt dies nicht empfohlen habe. Andere Gründe spielen eine viel geringere Rolle, auf dem zweiten Platz folgt die Angst vor Nebenwirkungen, die von insgesamt 17 Prozent der Nicht-Nutzer genannt wird.

Unter den ART-Nutzern ist die Adhärenz¹⁸ hoch. 81 Prozent der ART-Nutzer geben an, ihre antiretroviralen Medikamente in den vergangenen 14 Tagen an jedem Tag so eingenommen zu haben, wie es ihr behandelnder Arzt ihnen geraten hat. Weitere 17 Prozent berichten, dass sie in diesem Zeitraum nur an ein oder zwei Tagen ihre Medikation nicht oder nicht vollständig eingenommen haben. Eine geringere Adhärenz berichten nur zwei Prozent der ART-Nutzer.

Für das Ziel einer vollständigen Unterdrückung der Virusreplikation ist eine hohe Adhärenz notwendig. Tatsächlich weisen 80 Prozent aller HIV-positiven

**Tabelle 8.1: Gründe gegen die Nutzung der antiretroviralen Therapie
Basis: Teilnehmer, die Angaben zu Gründen der Nichtnutzung der ART machten**

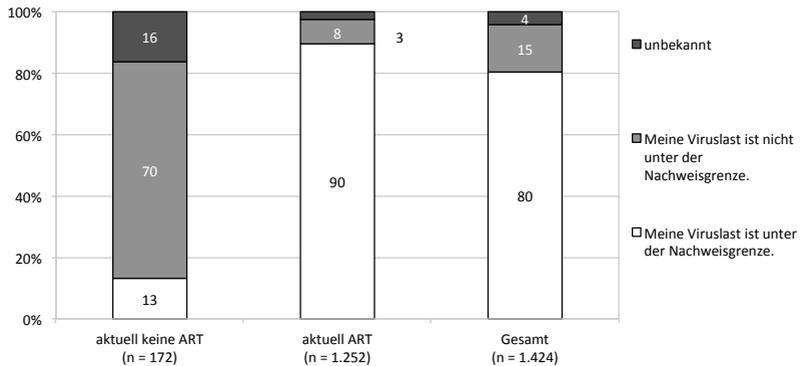
Mein Arzt sagt, ich benötige im Moment keine Behandlung.	75
Um Nebenwirkungen zu vermeiden.	17
Ich finde es nicht notwendig.	9
Ich möchte nicht jeden Tag an HIV erinnert werden.	8
Die Diagnose liegt kurz zurück.	7
Ich befürchte, dass andere Leute es merken.	5
Ich kann mir die Kosten einer Behandlung nicht leisten.	2
andere Gründe	19

¹⁸ Adhärenz meint die Einnahme von Medikamenten entsprechend der Empfehlungen des Arztes oder der Packungsbeilage.

Befragungsteilnehmer eine Viruslast unter der Nachweisgrenze auf. Nur bei 15 Prozent liegt die Viruslast über der Nachweisgrenze. Unter den ART-Nutzern ist der Anteil derjenigen mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze höher und liegt bei 90 Prozent der ART-Nutzer (Abb. 8.2).

Abbildung 8.2: Viruslast nach antiretroviraler Therapie

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



198

8.3 Internalisiertes HIV-Stigma

Die HIV-Infektion gilt auch heute noch als eine stark stigmatisierte Erkrankung. Dieses Stigma der HIV-Infektion äußert sich unter anderem auch in kollektiv geteilten negativen Einstellungen, Stereotypen und Vorurteilen gegenüber HIV-Positiven. Diese in einer Gesellschaft existierenden negativen Einstellungen sind den HIV-Positiven in der Regel bekannt und einige übernehmen und verinnerlichen diese Einstellungen. Dieses Phänomen wird Selbststigma oder internalisiertes HIV-Stigma genannt und ähnelt dem in Kapitel 4 diskutierten Konzept der internalisierten Homonegativität.

Internalisiertes HIV-Stigma¹⁹ ist unter den HIV-positiven Befragungsteilnehmern relativ weit verbreitet. Nur etwas mehr als ein Drittel aller HIV-positiven Männer lehnt alle Aussagen der Skala völlig ab. Die übrigen Teilnehmer stimmen zumindest einer dieser Aussagen zu oder lehnen diese nur teilweise ab.

Dabei erreicht das Item „Ich habe das Gefühl, nicht so gut wie andere zu sein, da ich HIV-positiv bin“ die höchste Zustimmung von 28 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer, gefolgt von der Aussage „Ich schäme mich dafür, HIV-positiv zu sein“.

Das Item „Die Einstellung der Menschen lässt mich schlecht über mich selbst denken“, eine Aussage, die eine gute Beschreibung des Internalisierungsprozesses stigmatisierender Einstellungen abgibt, wird sogar nur von 53 Prozent der Teilnehmer ausdrücklich abgelehnt. Am geringsten ist die Zustimmung für die Aussage „HIV-positiv zu sein, ekelt mich an“, der immer noch neun Prozent der HIV-positiven Teilnehmer zustimmen, und die von weiteren 14 Prozent zumindest nicht völlig abgelehnt wird (alle Items siehe Tab. 8.2).

¹⁹ Internalisiertes HIV-Stigma wurde erfasst über die Items der Subskala „Negatives Selbstbild“ der Berger HIV-Stigma Scale (Berger, Ferrans & Lashley, 2001) in der deutschen Übersetzung von Dinkel et al. (2014)

**Tabelle 8.2: Verteilung der Antworten auf die Items der Skala
Internalisiertes HIV-Stigma (in Prozent)**

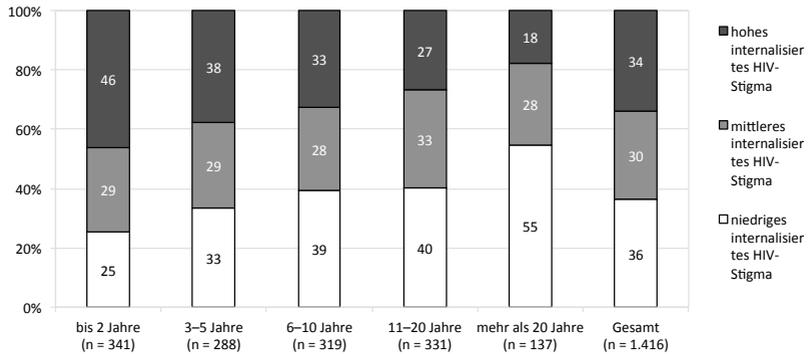
Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
Die Einstellung der Menschen zu HIV lässt mich schlecht über mich selbst denken.	7	16	23	53
Ich habe das Gefühl, nicht so gut wie andere zu sein, da ich HIV-positiv bin.	10	18	17	55
HIV-positiv zu sein, gibt mir das Gefühl, unsauber zu sein.	7	13	17	63
Ich schäme mich dafür, HIV-positiv zu sein.	12	14	19	55
HIV-positiv zu sein, gibt mir das Gefühl, ein schlechter Mensch zu sein.	5	8	17	70
HIV-positiv zu sein, ekelt mich an.	3	6	14	77
Ich fühle mich schuldig, da ich HIV-positiv bin.	10	15	16	59

Abbildung 8.3 zeigt, dass das Ausmaß des internalisierten HIV-Stigmas stark von der Dauer der HIV-Infektion abhängt. Dazu wurden die Teilnehmer entlang ihrer Antworten auf die sieben Items in drei mehr oder weniger gleich große Gruppen aufgeteilt, die für eine geringe, mittlere oder hohe Ausprägung von internalisiertem HIV-Stigma stehen. Unter den Teilnehmern, deren HIV-Infektion weniger als drei Jahre zurückliegt, ist das internalisierte HIV-Stigma am stärksten ausgeprägt. 46 Prozent zeigen in dieser Gruppe ein hohes, nur 25 Prozent ein niedriges internalisiertes HIV-Stigma. Der Anteil derer mit einem hohen internalisierten HIV-Stigma nimmt dabei kontinuierlich ab, je länger die HIV-Diagnose zurückliegt. Unter denen, die vor mehr als 20 Jahren ihre HIV-Diagnose erhalten haben, ergibt sich ein gegenteiliges Bild. Die Mehrheit zeigt ein niedriges internalisiertes HIV-Stigma, nur noch eine kleine Gruppe weist hohe Ausprägungen von internalisiertem HIV-Stigma auf. Ähnliche Effekte zeigt das Alter. Unter den jüngeren HIV-positiven Teilnehmern weisen 52 Prozent ein hohes internalisiertes Stigma auf, unter den älteren Teilnehmern sind es nur 26 Prozent (vgl. Abb. 8.5A S. 320). Zudem hat der SES eine Bedeutung für die Verinnerlichung von HIV-bezogener Stigmatisierung. Unter den Teilnehmern mit einem niedrigen SES haben 51 Prozent hohe Werte internalisierten HIV-Stigmas, unter den Teilnehmern mit einem hohen SES sind dies lediglich 29 Prozent (vgl. Abb. 8.6A S. 321). Aufschlussreich ist überdies der Zusammenhang zwischen der Internalisierung homonegativer Einstellungen und HIV-stigmatisierender Einstellungen. Abbildung 8.7A (siehe Anhang Seite 321) zeigt, dass die HIV-positiven Teilnehmer umso stärker zur Internalisierung HIV-stigmatisierender Einstellungen neigen, je stärker sie dazu neigen, homonegative Einstellungen zu internalisieren. Auf einen einfachen Nenner gebracht bedeutet dies, dass schwule Männer, die Probleme mit ihrer sexuellen Orientierung haben, mit großer Wahrscheinlichkeit auch Probleme mit ihrer HIV-Infektion haben.

Abbildung 8.3: Internalisiertes HIV-Stigma nach Infektionsdauer

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

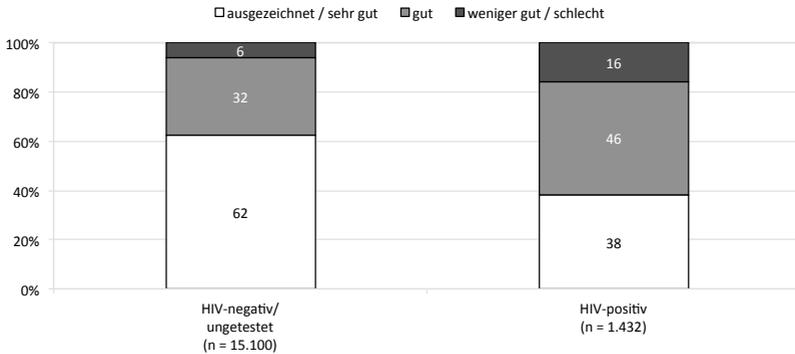


202 8.4 Subjektiver allgemeiner Gesundheitszustand und psychische Gesundheit in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus

HIV-positiv getestete und nicht HIV-positiv getestete Teilnehmer unterscheiden sich stark in der subjektiven Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands. Die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands wurde in der aktuellen Erhebung erstmals über die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ erfasst, die als Item auch in bewährten Verfahren zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität genutzt wird. Abbildung 8.4 zeigt, dass 22 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Befragungsteilnehmer ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet und 41 Prozent als sehr gut bezeichnen. Unter den HIV-positiven Teilnehmern nehmen jedoch nur neun Prozent ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet und 29 Prozent als sehr gut wahr. Hingegen führen 16 Prozent an, dass ihr Gesundheitszustand weniger gut oder schlecht ist. Bei den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern sagen dies nur sechs Prozent. Diese Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind nicht auf das höhere Durchschnittsalter der HIV-positiven Befragungsteilnehmer zurückzuführen. Die Unterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn das Alter konstant gehalten

wird und nur gleichaltrige Altersgruppen miteinander verglichen werden (Abb. 8.8A im Anhang Seite 322).

Abbildung 8.4: Wahrgenommener Gesundheitszustand nach HIV-Serostatus
Basis: alle Teilnehmer

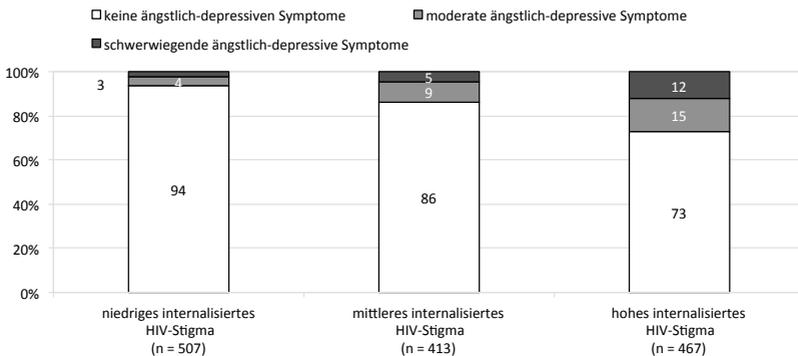


Unterschiede hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens (bezogen auf die vergangenen zwei Wochen, vgl. Kapitel 4) finden sich jedoch zwischen HIV-positiven und HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern nicht. Hinsichtlich der Infektionsdauer zeigt sich nur ein sehr geringer Effekt, das heißt, HIV-positive Befragungsteilnehmer, die ihre HIV-Diagnose erst vor weniger als drei Jahren erhalten haben, weisen zu acht Prozent eine schwerwiegende depressiv-ängstliche Symptomatik und zu zehn Prozent eine moderate depressiv-ängstliche Symptomatik auf. Je mehr Zeit seit der HIV-Diagnose vergangen ist, umso geringer ist der Anteil der Befragten, die Beschwerden berichten; unter denjenigen, die ihre Diagnose vor mehr als 20 Jahren erhalten haben, weisen nur vier Prozent eine schwerwiegende Symptomatik und acht Prozent eine moderate Symptomatik auf (vgl. Abb. 8.9A im Anhang Seite 322).

Deutliche Zusammenhänge finden sich jedoch zwischen internalisiertem HIV-Stigma und psychischem Wohlbefinden. In Abbildung 8.5 wird das psychische Wohlbefinden in Abhängigkeit vom Ausmaß des verinnerlichten HIV-Stigmas dargestellt. HIV-positive Teilnehmer mit einem niedrigen internalisiertem

HIV-Stigma zeigen nur zu drei Prozent eine schwere und zu vier Prozent eine mittelschwere Symptomatik, während zwölf Prozent der Männer mit einem hohen internalisierten HIV-Stigma eine schwere Symptomatik aufweisen und weitere 15 Prozent eine mittelschwere Symptomatik.

Abbildung 8.5: Psychisches Wohlbefinden nach internalisiertem HIV-Stigma
 Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



204

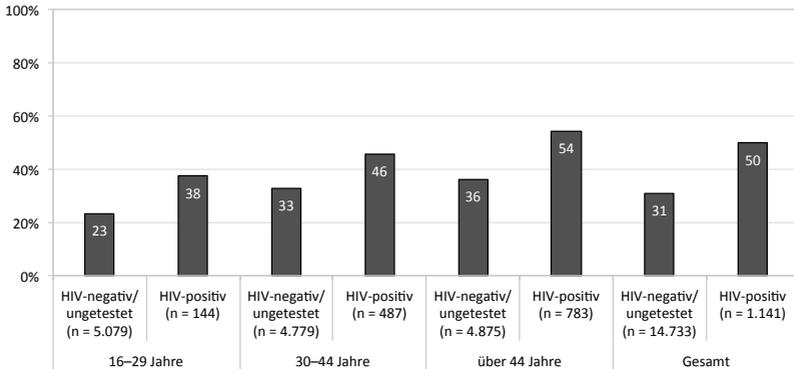
Zeigen sich keine Unterschiede zwischen HIV-positiven und HIV-negativen/ ungetesteten Teilnehmern hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens in den vergangenen zwei Wochen, so offenbart sich hinsichtlich der selbstberichteten Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufgrund psychischer Probleme und selbstberichteter psychischer Diagnosen im Laufe des bisherigen Lebens ein gänzlich anderes Bild.

Die Hälfte aller HIV-positiven Befragungsteilnehmer gibt an, bereits mindestens einmal eine psychotherapeutische oder ärztliche Behandlung aufgrund psychischer Probleme in Anspruch genommen zu haben, bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern sind dies 31 Prozent. Auch dieser Unterschied lässt sich nicht auf das durchschnittlich höhere Lebensalter der HIV-positiven Teilnehmer zurückführen. Wie Abbildung 8.6 zeigt, steigt der Anteil der Teilnehmer, die psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen haben,

mit dem Lebensalter zwar für alle Teilnehmer an, für HIV-positive Männer findet dieser Anstieg jedoch auf einem deutlich höherem Niveau statt als unter HIV-negativen/ungetesteten Männern.

Abbildung 8.6: Inanspruchnahme professioneller Hilfe nach HIV-Serostatus und Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Die gleiche Tendenz zeigt sich hinsichtlich der selbstberichteten psychiatrischen Diagnosen. 17 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichten, dass bei ihnen bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, während dies 30 Prozent der HIV-positiven Männer berichtet. Hier zeigt sich erneut, dass dieser Unterschied unabhängig vom höheren Lebensalter der HIV-positiven Befragungsteilnehmer existiert (vgl. Abb. 8.10A im Anhang Seite 323).

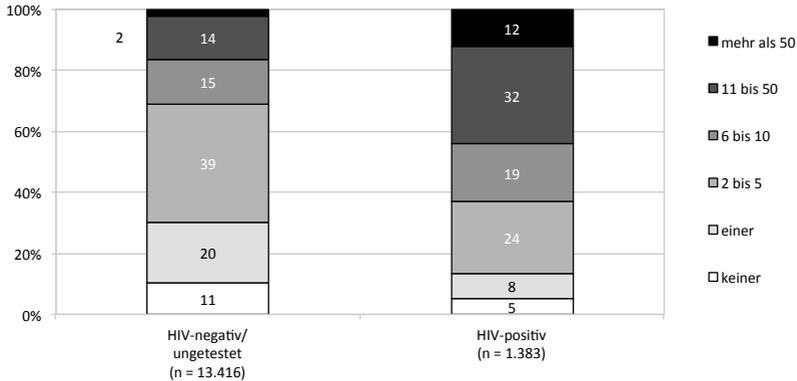
8.5 Sexuelles Risiko- und Schutzverhalten in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus und der Viruslast

8.5.1 Anzahl der Sexualpartner und sexuelle Praktiken

HIV-positive Befragungsteilnehmer sind im Durchschnitt deutlich sexuell aktiver als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer, wie sich bereits in früheren Erhebungen zeigte (vgl. z. B. Bochow et al., 2012). Dieses Ergebnis kann hier zwar nicht direkt an der Häufigkeit sexueller Akte demonstriert werden, da diese Angabe in der aktuellen Erhebung nicht erfasst wurde, aber die Anzahl der in den letzten zwölf Monaten berichteten Sexualpartner offenbart deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Während zehn Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Befragungsteilnehmer berichten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten keinen Sex mit einem Mann hatten, geben dies nur fünf Prozent der HIV-positiven Teilnehmer an. Deutlicher fallen diese Unterschiede noch aus, wenn man nur die anderen Sexualpartner betrachtet, die nicht den festen Partner einschlossen (im Weiteren als „andere Sexualpartner“ bezeichnet). 24 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichten keinen anderen Sexualpartner, bei den HIV-positiven sind es nur elf Prozent. Dafür berichten 44 Prozent der HIV-positiven Befragungsteilnehmer mehr als zehn andere Sexualpartner, nur 16 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichten eine solch hohe Anzahl anderer Sexualpartner (vgl. Abb. 8.7).

Abbildung 8.7: Anzahl der Sexualpartner nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer

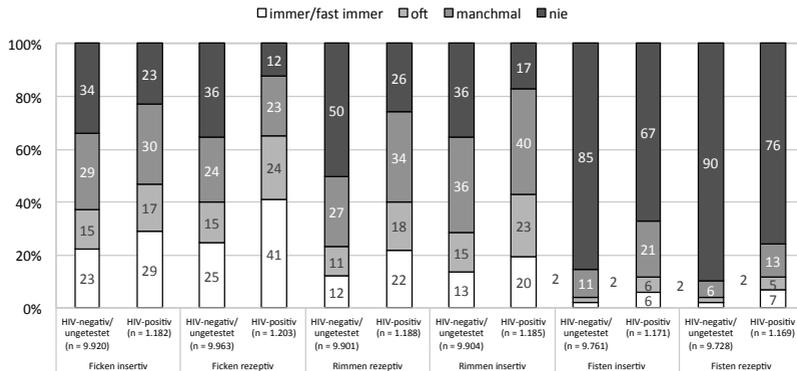


HIV-positive Männer haben nicht nur mehr Sexualpartner, sie praktizieren auch häufiger Analverkehr und andere anale Sexualpraktiken als HIV-negative/ ungetestete MSM. Abbildung 8.8 vergleicht für insertive und rezeptive anale Praktiken, wie häufig diese in den vergangenen zwölf Monaten mit anderen Sexualpartnern ausgeübt wurden. Für jede Praktik ist der Anteil von HIV-positiven Befragungsteilnehmern, die diese Praktik nie ausüben, geringer, und der Anteil, der diese (fast) immer oder häufig ausübt, höher als unter HIV-negativen/ ungetesteten Teilnehmern. Besonders markant fallen diese Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des rezeptiven Analverkehrs aus, den 66 Prozent der HIV-positiven Männer (fast) immer oder oft ausüben, aber nur 40 Prozent der HIV-negativen/ ungetesteten Teilnehmer. Hinsichtlich der Häufigkeit des insertiven Analverkehrs ist dieser Unterschied deutlich geringer ausgeprägt. Zwei mögliche Erklärungen für dieses Ergebnis liegen nahe. Erstens: das höhere HIV-Übertragungsrisiko, das mit rezeptivem Analverkehr im Vergleich zu insertivem Analverkehr verbunden ist, weshalb Männer, die häufiger ungeschützten rezeptiven Analverkehr haben, ein erhöhtes Risiko aufweisen, sich mit HIV zu infizieren. Zum zweiten kann die höhere Frequenz des rezeptiven Analverkehrs ein Zeichen für die Nutzung der Risikomanagementstrategie Seropositioning beim Analverkehr mit HIV-negativen Sexualpartnern sein. Mit der Ausübung dieser Strategie wird das geringere HIV-Übertragungsrisiko bei

(ungeschütztem) insertivem Analverkehr genutzt, um eine Risikoreduktion für den HIV-negativen Partner zu erreichen. Dies geschieht, indem dieser die insertive Rolle übernimmt, während der HIV-positive Partner entsprechend die rezeptive Rolle einnimmt.

Abbildung 8.8: Anale sexuelle Praktiken nach Serostatus

Basis: alle Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern



208

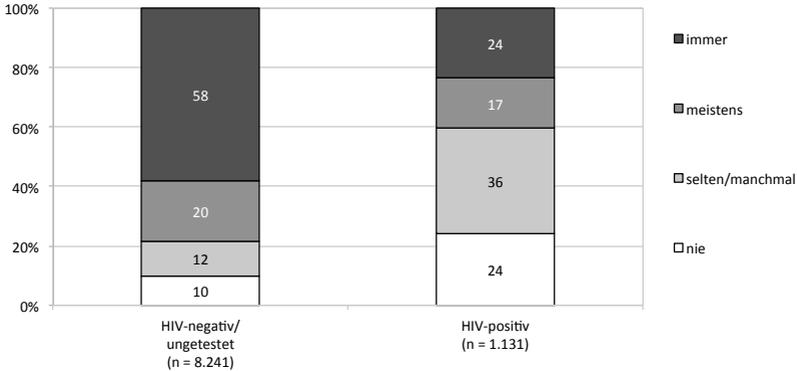
8.5.2 Kondomgebrauch und Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Sexualpartnern

HIV-positive Befragungsteilnehmer praktizieren häufiger kondomlosen Analverkehr als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer (vgl. Abb. 8.9). Ein Vergleich der Kondomnutzung beim Sex mit anderen Sexualpartnern als dem festem Partner zeigt, dass 58 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer dabei in den vergangenen zwölf Monaten immer Kondome nutzten, lediglich 24 Prozent der HIV-positiven Männer geben dies an. 24 Prozent der positiv getesteten Männer berichten, niemals Kondome mit anderen Partnern genutzt zu haben, während dies nur zehn Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer angeben. HIV-positive Teilnehmer berichten besonders häufig eine inkonsistente Kondomnutzung. Mehr als die Hälfte haben Kondome meistens, manchmal oder selten genutzt. Dies kann als Hinweis auf ein situatives

Risikomanagement verstanden werden, welches an den HIV-Serostatus des Partners, die eigene Viruslast und andere Merkmale angepasst wird.

Abbildung 8.9: Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern



Tatsächlich geben insgesamt 81 Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer, die niemals oder inkonsistent Kondome nutzen, an, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten beim Analverkehr mit anderen Partnern versucht haben, eine HIV-Übertragung auf eine andere Weise zu vermeiden. Jedoch haben in der Gruppe derer, die nie Kondome verwenden, deutlich weniger, nämlich 68 Prozent, eine solche Risikomanagementstrategie genutzt, während unter denjenigen, die selten oder manchmal Kondome verwenden, 86 Prozent und unter denjenigen, die meistens Kondome verwenden, 90 Prozent die Nutzung einer solchen Strategie berichten (vgl. Abb. 8.11A im Anhang Seite 323).

Die Methode „Schutz durch Therapie“ ist unter den HIV-positiven Teilnehmer, die nicht immer Kondome nutzen, am weitesten verbreitet, wie Tabelle 8.3 zeigt. 57 Prozent dieser Teilnehmer geben an, auf Kondome verzichtet zu haben, weil die eigene Viruslast unter der Nachweisgrenze ist. 50 Prozent berichten Serosorting, haben also keine Kondome genutzt, weil der Partner ebenfalls HIV-positiv war. Seropositioning, d. h. die Einnahme der passiven Rolle bei

kondomlosem Analverkehr, berichten 36 Prozent und Withdrawal, also der Verzicht beim insertiven Analverkehr, im Körper des Partners zu ejakulieren, wird von 32 Prozent berichtet. Auch wenn diese Zahlen darauf hinweisen, dass die HIV-positiven Befragungsteilnehmer, die nicht immer Kondome nutzen, in der überwiegenden Mehrheit bestrebt sind, ihre Sexualpartner nicht zu infizieren, indem sie Risikominimierungsstrategien nutzen, bleibt doch die Frage nach der Häufigkeit der Nutzung dieser Strategien offen. Da keine Informationen zur Häufigkeit der Nutzung von Risikomanagementstrategien erfasst wurden, ist unklar, inwiefern diese Strategien bei kondomlosem Analverkehr immer oder nur gelegentlich genutzt wurden. Zudem kann auf der Basis der vorliegenden Daten keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern diese Strategien tatsächlich intentional genutzt werden.

Tabelle 8.3: Nutzung von Risikomanagementstrategien unter HIV-positiven Teilnehmern (in Prozent)

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer, die nicht immer Kondome mit anderen Sexualpartnern genutzt haben (n = 849)

Ich habe versucht, das Risiko einer HIV-Infektion zu vermeiden, indem:	
... ich Analverkehr ohne Kondom hatte, wenn meine Viruslast unter der Nachweisgrenze war.	57
... ich Analverkehr ohne Kondom mit mir bekannten HIV-positiven Sexualpartnern hatte.	50
... ich beim Analverkehr ohne Kondom die passive Rolle eingenommen habe.	36
... ich beim Analverkehr nicht in meinem Partner abgespritzt habe.	32

Wie bereits diese Ergebnisse zur Verbreitung von Risikomanagementstrategien zeigen, ist für die Abschätzung der Frage, ob und in welchem Umfang es unter den HIV-positiven schwulen und anderen MSM zu sexuellen Kontakten gekommen ist, bei denen tatsächlich die Gefahr einer HIV-Transmission bestanden hat, der Rückgriff auf die Frage nach der generellen Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern nicht hinreichend. Zu diesem Zweck ist die Berücksichtigung des HIV-Serostatus des Sexualpartners und der Höhe der Viruslast des HIV-positiven Partners unabdingbar. HIV-Transmission findet nicht zwischen zwei HIV-positiven Sexualpartnern statt, sieht man von der Möglichkeit einer Superinfektion ab, deren Auswirkungen auf den klinischen Verlauf einer aktuellen Studie zufolge zu vernachlässigen sind (Ronen et al., 2014). Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Transmission von einem HIV-positiven Partner mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze auf einen nicht HIV-positiven Sexualpartner unwahrscheinlich (vgl. z. B. Cohen et al., 2012).

Im Folgenden wird deshalb die Kondomnutzung in den vergangenen zwölf Monaten gemeinsam mit dem HIV-Serostatus der Sexualpartner betrachtet, d. h. es wird untersucht, wie häufig HIV-positive Teilnehmer kondomlosen Analverkehr mit einem Sexualpartner berichten, dessen HIV-Serostatus sie entweder nicht kannten oder von dessen HIV-Serostatus ihnen bekannt war, dass dieser nicht HIV-positiv war. In einem zweiten Schritt wird dargestellt, wie diese Angaben mit der Viruslast des befragten Teilnehmers zusammenhängen.

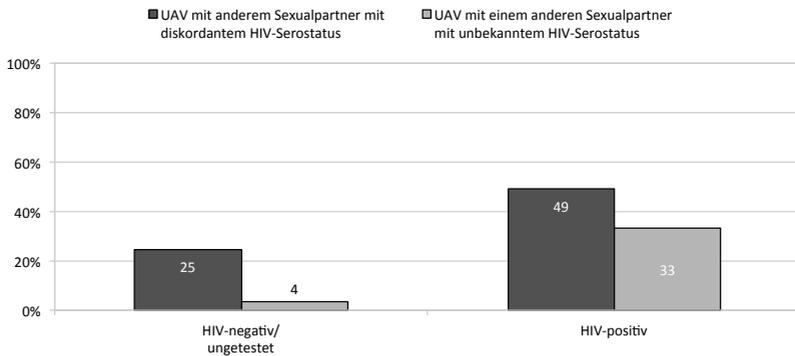
Die Vorgehensweise bei der Erfassung des kondomlosen Analverkehrs unterscheidet sich vom Vorgehen der früheren Erhebungen, wie bereits in Kapitel 6 beschrieben. Direkte Vergleiche zwischen den früheren Erhebungen und der aktuellen Erhebung müssen bei einigen Variablen deshalb mögliche Variationen in den Ergebnissen aufgrund dieser Unterschiede berücksichtigen.

Abbildung 8.10 zeigt, dass 49 Prozent der HIV-Positiven, die Sex mit einem anderen als dem primären Partner berichten, kondomlosen Analverkehr mit einem Partner hatten, dessen HIV-Serostatus ihnen unbekannt war. Dieser Anteil ist doppelt so hoch wie der entsprechende Anteil unter den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern. Noch größer fällt der Unterschied hinsichtlich des kondomlosen Analverkehrs mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus bekannt diskordant war, aus. 33 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer berichten,

dass sie mindestens einmal in den vergangenen zwölf Monaten kondomlosen Analverkehr mit einem Partner hatten, von dem sie wussten, dass er nicht HIV-positiv ist, während nur vier Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer kondomlosen Analverkehr mit einem Partner berichten, von dem sie wussten, dass er HIV-positiv ist.

Abbildung 8.10: Kondomloser Analverkehr nach HIV-Serostatus mit anderen Sexualpartnern

Basis: alle Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern



212

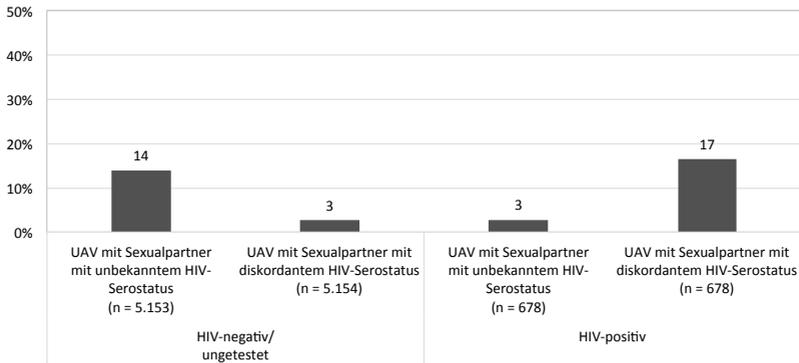
Auch die Häufigkeit, mit der Analverkehr ohne Kondom ausgeübt wird, ist unter den HIV-positiven Teilnehmern deutlich höher. Abb. 8.12A (im Anhang Seite 324) zeigt, dass 68 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die kondomlosen Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus ihnen unbekannt war, berichten, diesen weniger als fünf Mal in den zwölf Monaten vor der Befragung ausgeübt haben. HIV-positive Teilnehmer berichten zu 65 Prozent fünf und mehr Kontakte ohne Kondom, 42 Prozent hatten solche Kontakte mindestens einmal im Monat. Kondomlosen Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus bekannt diskordant war, berichten 41 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, aber 58 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer mindestens fünf Mal.

Die Kondomnutzung in festen Beziehungen in Abhängigkeit vom HIV-Serostatus und von der Viruslast des HIV-positiven Partners wurde bereits in Kapitel 5 ausführlich thematisiert. An dieser Stelle soll jedoch ergänzend dazu die Prävalenz von kondomlosem Analverkehr unter HIV-positiven Teilnehmern im Rahmen einer festen Beziehung dargestellt werden.

Abbildung 8.11 zeigt, dass deutlich weniger HIV-positive als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer kondomlosen Analverkehr mit einem festen Partner berichten, dessen HIV-Serostatus sie nicht kennen. Bezogen auf diejenigen Teilnehmer, die sich aktuell in einer Beziehung mit einem Mann befinden, sind dies drei Prozent der HIV-positiven und 14 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Männer. Dieses Ergebnis ist darauf zurückzuführen, dass HIV-positive Befragungsteilnehmer den HIV-Serostatus des Partners häufiger kennen als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Wird hingegen der kondomlose Analverkehr mit einem festen Partner, dessen HIV-Serostatus diskordant war, betrachtet, so zeigt sich, dass 17 Prozent der HIV-Positiven dies berichten, aber nur drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer. Der Grund für dieses Ergebnis liegt wiederum in dem vergleichsweise höheren Anteil HIV-positiver Teilnehmer in einer serodiskordanten Beziehung.

Abbildung 8.11: Kondomloser Analverkehr (UAV) mit dem festen Partner nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner

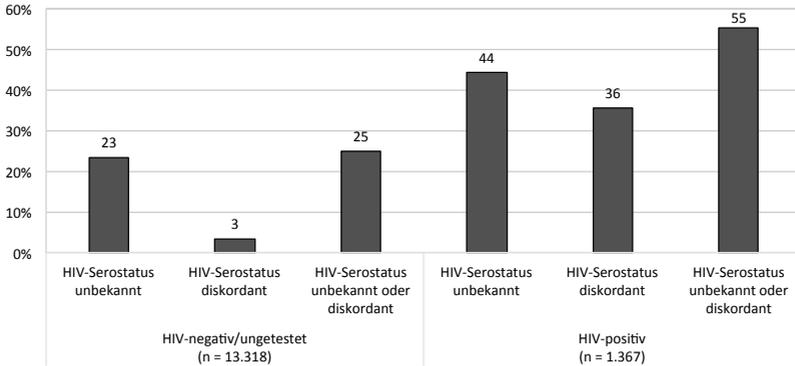


214

Für die Darstellung in Abbildung 8.12 wurden die Angaben zum kondomlosen Analverkehr mit dem festen Partner und mit anderen Partnern zusammengefasst. 44 Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer hatten kondomlosen Analverkehr mit einem festen oder nicht-festen Partner, dessen HIV-Serostatus sie nicht kannten, 36 Prozent mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus bekannt diskordant war, und insgesamt 55 Prozent berichteten mindestens eine von beiden Verhaltensweisen. HIV-negative und ungetestete Teilnehmer geben zu einem geringeren Anteil an, sich so verhalten zu haben. Zudem berichteten HIV-positive Teilnehmer zu einem höheren Anteil kondomlosen Analverkehr mit einem Partner, dessen HIV-Serostatus sie nicht kennen oder von dem sie wissen, dass er nicht ebenfalls HIV-positiv ist. 39 Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer berichten kondomlosen Analverkehr mindestens fünf Mal in den vergangenen zwölf Monaten. Unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern berichten nur elf Prozent, dass sie diese Verhaltensweisen häufig ausgeübt haben.

Abbildung 8.12: Kondomloser Analverkehr mit festem und anderen Partnern nach HIV-Serostatus

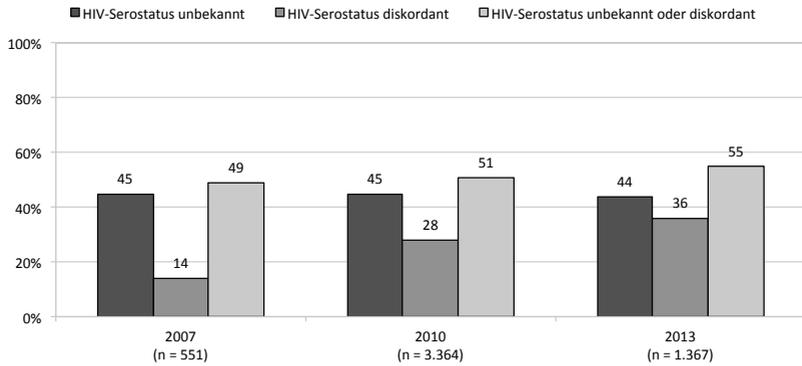
Basis: alle Teilnehmer



Im Zeitverlauf ist das Eingehen von Risikokontakten mit Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Serostatus bei HIV-positiven Männern weitgehend stabil (vgl. Abb. 8.13). In den Erhebungen von 2007 und 2010 berichtet dies jeweils ein Anteil von 45 Prozent. Allerdings ist der Anteil derjenigen HIV-positiven Befragungsteilnehmer, die kondomlosen Sex mit einem Partner berichten, von dem sie wussten, dass er nicht HIV-positiv war, mit 36 Prozent in der aktuellen Erhebung deutlich höher als in 2010 mit 28 Prozent und 2007 mit 14 Prozent. Zwar betrifft dieser Anstieg ein Item, dessen Formulierung in der aktuellen Erhebung leicht verändert wurde, allein kann dieser Methodeneffekt aber diesen deutlichen Anstieg nicht erklären. Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklung auf die Diskussion um das EKA-F-Statement und die Viruslastmethode zurückzuführen ist, also Ausdruck einer vermehrten Nutzung von „Schutz durch Therapie“ bei HIV-positiven schwulen und anderen MSM in Deutschland ist. Bemerkenswert dabei ist allerdings, dass sich ein ähnlicher Anstieg bei den HIV-negativ/ungetesteten Teilnehmern nicht abbilden lässt (vgl. Kapitel 6). Eine mögliche Erklärung dieses widersprüchlichen Sachverhalts zeigt eine niederländische Studie auf, in der der Anwendung von „Schutz durch Therapie“ nur in wenigen Fällen eine gemeinsame Diskussion über die Nutzung dieser Methode zwischen dem HIV-positivem und dem nicht HIV-positivem Sexualpartner vorausgegangen war (Van den Boom et al., 2013).

Abbildung 8.13: Kondomloser Analverkehr unter HIV-positiven Männern in der Zeitreihe

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



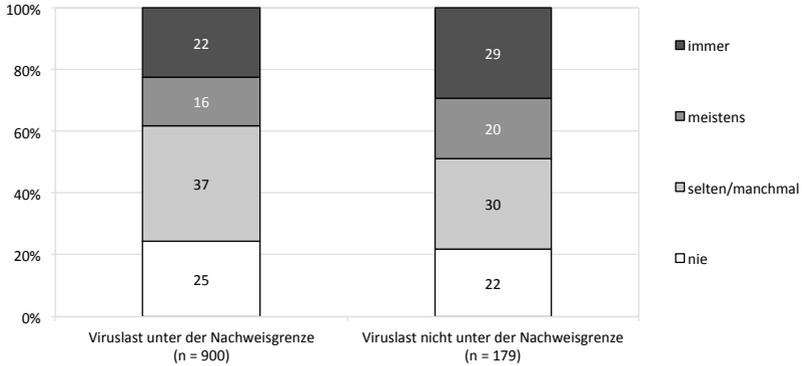
216

8.6 Zur Bedeutung der Viruslast für das sexuelle Risikoverhalten

Dass die Viruslast des HIV-positiven Partners mit der Kondomnutzung in HIV-serodiskordanten Beziehungen zusammenhängt, wurde bereits in Kapitel 5 kommentiert. Tatsächlich zeigt sich auch ein Unterschied in der Kondomnutzung mit anderen Partnern in Abhängigkeit von der Viruslast des Befragungsteilnehmers. 22 Prozent der HIV-positiven Männer, deren Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, nutzen immer Kondome mit anderen Partnern, unter den HIV-Positiven, deren Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist, sind dies mit 29 Prozent etwas mehr. Abbildung 8.14 verdeutlicht die vergleichsweise geringen Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Abbildung 8.14: Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten nach Höhe der Viruslast

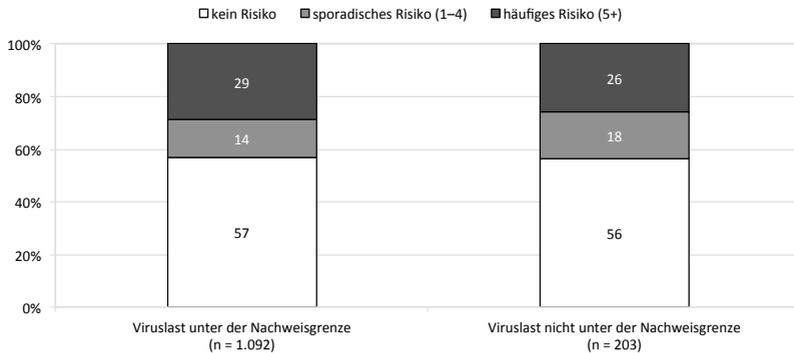
Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern



Überhaupt kein Unterschied zeigt sich allerdings zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Anteils, mit dem kondomloser Analverkehr mit anderen Sexualpartnern, deren HIV-Serostatus unbekannt oder bekannt nicht HIV-positiv war, berichtet wird. 43 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze berichten kondomlosen Analverkehr mit einem Partner, dessen Serostatus ihnen unbekannt ist, und 44 Prozent der Teilnehmer mit einer Viruslast, die nicht unter der Nachweisgrenze ist. Jeweils 30 Prozent berichten kondomlosen Analverkehr mit einem Partner, der nicht HIV-positiv war (vgl. Abb. 8.15).

Abbildung 8.15: Kondomloser Analverkehr mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten nach Höhe der Viruslast

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern



218

Werden alle Kategorien kondomlosen Analverkehrs, d. h. mit festem Partner und mit anderen Partnern, mit Partnern, deren HIV-Serostatus unbekannt war und mit Partnern, deren HIV-Serostatus bekannt nicht HIV-positiv war, zusammengefasst, zeigt sich ebenfalls kein Unterschied hinsichtlich des Anteils an Teilnehmern mit Viruslast unter oder über der Nachweisgrenze, die eine dieser Verhaltensweisen berichten. Allerdings üben Männer mit einer Viruslast über der Nachweisgrenze diese Verhaltensweise seltener aus als Männer mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze. Dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen ist allerdings nicht besonders stark ausgeprägt.

Nutzen HIV-positive MSM in Deutschland also „Schutz durch Therapie“ gar nicht, spielt die Viruslast keine Rolle bei der Entscheidung, ob beim Analverkehr mit anderen Partnern auf das Kondom verzichtet wird oder nicht? Diese Frage kann auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse nicht beantwortet werden. Dass die Höhe der eigenen Viruslast offenbar für die Männer mit einer Viruslast über der Nachweisgrenze keine Rolle bei der Entscheidung über kondomlosen Analverkehr spielt, bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass die Höhe der Viruslast auch keine Bedeutung für die Entscheidungen der Teilnehmer mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze hat. Tatsächlich gibt mehr als die

Hälfte der HIV-positiven Teilnehmer, die nicht immer Kondome verwenden, an „Schutz durch Therapie“ als Risikomanagementstrategie zu nutzen. Es ist vermutlich unerheblich, ob die Viruslast bei der Entscheidung über die Kondomnutzung eine Rolle spielt oder nicht, oder ob die Methode überhaupt intentional angewandt wird, um das Risiko einer HIV-Transmission zu minimieren. Dadurch, dass die Viruslast dieser Männer unter der Nachweisgrenze ist, sind HIV-Transmissionen unwahrscheinlich. Die Herausforderung für die Prävention liegt also eher bei der Gruppe von HIV-positiven Männern, die ungeschützten Analverkehr mit Partnern betreiben, deren HIV-Serostatus sie nicht kennen oder die bekanntermaßen nicht HIV-positiv waren, obwohl ihre Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist. Diese Gruppe ist allerdings klein. Nur neun Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer, deren Viruslast bekannt ist und die Sex mit anderen oder dem festen Partner haben, berichten überhaupt ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder bekannt nicht positivem HIV-Serostatus, während sie selbst nicht unter der Nachweisgrenze sind.

8.7 Zusammenfassung und Fazit

219

Ein knappes Zehntel der Teilnehmer berichtet ein HIV-positives Testergebnis, ein Wert, der im Vergleich mit den vorangegangenen Erhebungen weitgehend konstant bleibt. Trotz dieser Übereinstimmung darf diese Zahl nicht mit der tatsächlichen HIV-Prävalenz unter schwulen und anderen MSM verwechselt werden. HIV-positive Männer sind in allen SMHA-Erhebungen überrepräsentiert. Die tatsächliche HIV-Prävalenz unter schwulen und anderen MSM in Deutschland liegt wahrscheinlich zwischen 4,9 Prozent und 6,7 Prozent.

HIV-positive Männer unterscheiden sich von nicht HIV-positiv diagnostizierten Männern hinsichtlich zahlreicher Merkmale. Sie sind älter, leben häufiger in größeren Städten und Metropolen, definieren sich häufiger als schwul oder homosexuell und bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter. Auf einem Screening-Instrument für depressiv-ängstliche Symptomatiken in den vergangenen zwei Wochen (PHQ-4, vgl. Kapitel 4) zeigen sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen, allerdings berichtet ein deutlich höherer Anteil an HIV-positiven Teilnehmern von einer bereits diagnostizierten psychischen Störung und der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei

psychischen Problemen. Diese widersprüchlich erscheinenden Ergebnisse sind anhand unserer Daten schwer zu erklären: Die Vermutung, dass die diagnostizierten psychischen Erkrankungen und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe eine direkte Konsequenz der HIV-Diagnose sind, und dementsprechend die depressive Symptomatik nur für Teilnehmer mit einer „frischen“ HIV-Diagnose erhöht ist, lässt sich nicht aufrechterhalten, da sich nur ein sehr geringer Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und Dauer der HIV-Infektion zeigt. Dieser Zusammenhang entspricht allerdings zumindest der vermuteten Richtung der Beziehung zwischen beiden Variablen: je kürzer die HIV-Diagnose zurückliegt, umso stärker ist die Symptomatik ausgeprägt. Eine weitere Erklärung, dass eine ängstlich-depressive Symptomatik die Vulnerabilität für eine HIV-Infektion erhöht, also die ängstlich-depressive Symptomatik (und die psychiatrische Diagnose sowie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe) nicht in die Zeit nach, sondern vor der HIV-Diagnose fällt, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht überprüfen. Immerhin verleiht der Syndemie-Ansatz dieser Hypothese theoretische Plausibilität (vgl. zum Beispiel Langer, 2009). Gewiss kann der deutlich höhere Anteil an HIV-positiven Teilnehmern mit einer psychiatrischen Diagnose und mit Inanspruchnahme von professioneller Hilfe bei psychischen Problemen auch durch die bessere Einbindung von HIV-positiven Menschen in das medizinische Versorgungssystem bedingt sein. Wenn durch diese bessere Anbindung mehr Diagnosen gestellt werden, bedeutet dies im Umkehrschluss, dass psychische Störungen bei HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern unterdiagnostiziert sind.

Auch wenn sich das Fehlen eines Zusammenhangs zwischen psychischem Wohlbefinden und HIV-Infektion nicht befriedigend erklären lässt, zeigt sich doch ein starker Zusammenhang zwischen depressiv-ängstlicher Symptomatik und HIV-Stigma. Teilnehmer, die HIV-stigmatisierende Einstellungen in hohem Maße verinnerlichen, weisen ein schlechteres psychisches Wohlbefinden auf als Teilnehmer, die das Stigma nicht internalisiert haben. Allerdings ist es an dieser Stelle nicht möglich, Aussagen über eine eventuelle Kausalität zwischen beiden Variablen zu belegen. Internalisiertes Stigma ist moderat in dieser Stichprobe ausgeprägt, bis zu einem Viertel der Teilnehmer stimmt selbststigmatisierenden Aussagen zu, manche Aussagen werden nur von der Hälfte der Teilnehmer vollkommen abgelehnt. Aufschlussreich ist, dass internalisiertes Stigma mit der Zeit stark abnimmt, am stärksten ist es in den ersten

Jahren nach der HIV-Diagnose ausgeprägt. Dieser Zusammenhang zwischen Erkrankungsdauer und internalisierter Stigmatisierung lässt sich wahrscheinlich auf einen individuellen und gesellschaftlichen Normalisierungsprozess zurückführen. Es spricht einiges dafür, dass schwule und andere MSM, die mit HIV leben, in der Regel mit der Zeit effektive Bewältigungsstrategien entwickeln, um mit dem Stigma der HIV-Infektion umzugehen. Diese Strategien der Bewältigung und des Empowerments werden nicht unerheblich durch die gesellschaftlichen Normalisierungsprozesse und das durch die HIV-Prävention in Deutschland positiv beeinflusste Präventionsklima begünstigt. Den Gründen für den Zusammenhang von internalisiertem HIV-Stigma, psychischem Wohlbefinden und dem Alter sowie der Dauer der HIV-Infektion nachzugehen, wäre eine lohnende Forschungsaufgabe.

Fast alle HIV-positiven Befragungsteilnehmer befinden sich in regelmäßiger medizinischer Behandlung, 90 Prozent nehmen eine ART und 80 Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer berichten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Die Adhärenz zur ART ist entsprechend gut, nur zwei Prozent haben an mehr als zwei Tagen in den vergangenen zwei Wochen ihre Medikamente nicht vorschriftsgemäß eingenommen.

Wie in den vorhergehenden Erhebungen auch, berichten HIV-positive Teilnehmer mehr Sexualpartner und mehr anale Sexualpraktiken als HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Auch wenn die absolute Häufigkeit von sexuellen Akten nicht erfasst wurde, deuten die Informationen zu Sexualpartnern und Sexualpraktiken darauf hin, dass HIV-positive Teilnehmer in der Regel deutlich mehr Sex haben als HIV-negative Teilnehmer. Insbesondere berichten sie häufiger rezeptiven Analverkehr, ein Phänomen, für das sich verschiedene Erklärungen anbieten. Einerseits ist die Wahrscheinlichkeit, sich mit HIV zu infizieren, bei rezeptivem Analverkehr erhöht, so dass Männer mit einer Vorliebe für rezeptiven Analverkehr vulnerabler für eine HIV-Infektion sind, andererseits kann die Häufigkeit rezeptiven Analverkehrs in dieser Gruppe Ausdruck der Nutzung der Risikomanagementstrategie Seropositioning sein.

Die höhere Frequenz sexueller Kontakte geht einher mit einer deutlich niedrigeren generellen Kondomnutzung und einem deutlich häufigeren Eingehen von sexuellen Akten, bei denen eine HIV-Transmission auf die Partner möglich

erscheint. Allerdings finden die meisten dieser Kontakte durch Männer mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze statt, so dass die Wahrscheinlichkeiten von HIV-Transmissionen sehr niedrig sind. Zwar finden sich in festen HIV-serodiskordanten Beziehungen Hinweise darauf, dass HIV-positive Männer, deren Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze ist, häufiger mit ihren HIV-negativen Partnern Kondome verwenden, ein solcher Zusammenhang zeigt sich jedoch kaum beim Sex mit anderen Partnern. Eine relativ kleine Gruppe von ungefähr neun Prozent aller HIV-positiven Teilnehmer hat trotz einer Viruslast über der Nachweisgrenze ungeschützten Analverkehr mit Partnern, deren HIV-Serostatus nicht bekannt ist oder von denen ihnen bekannt ist, dass sie nicht HIV-positiv sind. Die vorliegenden Daten sprechen für einen deutlichen Anstieg von ungeschütztem Analverkehr mit nicht HIV-positiven Sexualpartnern unter HIV-positiven schwulen und anderen MSM in Deutschland in den vergangenen Jahren, wahrscheinlich als Konsequenz der Diskussion um das EKAF-Statement und damit als Ausdruck einer vermehrten Nutzung der Methode „Schutz durch Therapie“. Allerdings findet sich kein Anstieg von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem HIV-Serostatus im Zeitverlauf, allerdings wird dieser von einem vergleichsweise hohen Anteil der Teilnehmer seit 2007 praktiziert (45 Prozent), was wiederum dafür spricht, dass HIV-positive Männer bei einem Sexualpartner, dessen HIV-Serostatus sie nicht kennen, davon ausgehen, dass dieser ebenfalls HIV-positiv ist.

Die hohe Partnerfrequenz, die größere Häufigkeit analer Praktiken und das häufigere Vorkommen kondomlosen Analverkehrs wurden bereits in den vorhergehenden SMHA-Erhebungen festgestellt. Wahrscheinlich ist der Grund hierfür eine seit langem bestehende psychische Besetzung von Sexualität im Allgemeinen und von analgenitalen Kontakten im Besonderen, die bereits vor der HIV-Infektion existierte, und die zu einer höheren Vulnerabilität der Individuen für eine HIV-Infektion maßgeblich beigetragen hat.

IX. BIOMEDIZINISCHE PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

IX. Medizinische Präventionsstrategien

223

Seitdem die ersten antiretroviralen Medikamente genutzt werden, ist auch bekannt, dass sie ein Potenzial für die Nutzung in der Primärprävention besitzen. Es hat allerdings eine Weile gedauert, bis diese Potenziale umfassend auf ihre Wirksamkeit überprüft und als Präventionsstrategie umgesetzt wurden. Heute existieren verschiedene biomedizinische Präventionsstrategien, die auf die Wirksamkeit der antiretroviralen Medikamente bauen, eine HIV-Infektion nicht nur zu behandeln, sondern diese auch zu vermeiden. Ansätze wie Treatment as Prevention (TasP) und die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) sind in ihrer Bedeutung für die HIV-Prävention immer noch umstritten, auch wenn deutliche Hinweise auf ihre Wirksamkeit vorgelegt werden konnten. Im Folgenden werden Ergebnisse zu Wissen und Einstellungen hinsichtlich der antiretroviralen Therapie und biomedizinischer Präventionsstrategien beschrieben.

9.1 Postexpositionsprophylaxe

Als Postexpositionsprophylaxe (PEP) wird eine Therapieoption bezeichnet, mit der durch die Einnahme von antiretroviralen Medikamenten über einen Zeitraum von vier Wochen nach einem Risikokontakt eine HIV-Transmission verhindert werden kann. Anders als die anderen aktuell diskutierten biomedizinischen Präventionsstrategien ist die PEP keine primärpräventive, sondern eine sekundärpräventive Maßnahme, da sie nicht vorbeugend, sondern nach einer (nicht auszuschließenden) HIV-Transmission eingesetzt wird. Die PEP ist zudem eine langjährig bewährte Präventionsstrategie, deren Anwendung bereits seit 1989 empfohlen wird (vgl. DAIG & ÖAG, 2013). Die Wirksamkeit der PEP ist nur indirekt nachweisbar, weil die für den direkten Wirksamkeitsnachweis notwendigen klinischen randomisierten Kontrollgruppenstudien aus ethischen Gründen nicht vertretbar sind. Allerdings zeigt sich eine Wirksamkeit im Tierexperiment und in retrospektiven Studien, außerdem erscheint der Wirkmechanismus der PEP plausibel aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pathogenese der HIV-Infektion²⁰.

224

Die Wirkung der PEP wird vor allem durch die Länge des Zeitraums zwischen der Risikosituation und der ersten Einnahme der PEP bestimmt. Optimal sind zwei Stunden, empfohlen werden 24 Stunden und nachdem mehr als 72 Stunden verstrichen sind, wird eine PEP-Behandlung nicht mehr als sinnvoll erachtet (DAIG & ÖAG, 2013). Für die Nutzung der PEP ist das Wissen um die Existenz der PEP und diese Einnahmerichtlinien grundlegend. Die Vermittlung dieses Wissens stellt ein wichtiges Ziel der HIV-Prävention dar.

In den bisherigen Erhebungen wurde die Kenntnis der PEP über Wissensfragen erfasst. 2007 stimmten 17 Prozent der ungetesteten Teilnehmer und 16 Prozent der HIV-negativen Teilnehmer der Aussage „Die neuen Kombinationstherapien bewirken, dass nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann“ zu (Bochow, Schmidt & Grote, 2010). Allerdings taucht der Begriff der PEP in diesem Zusammenhang nicht auf. In der Erhebung von 2010 wurde die PEP anhand von drei Wissensfragen thematisiert. Diese Items behandelten das

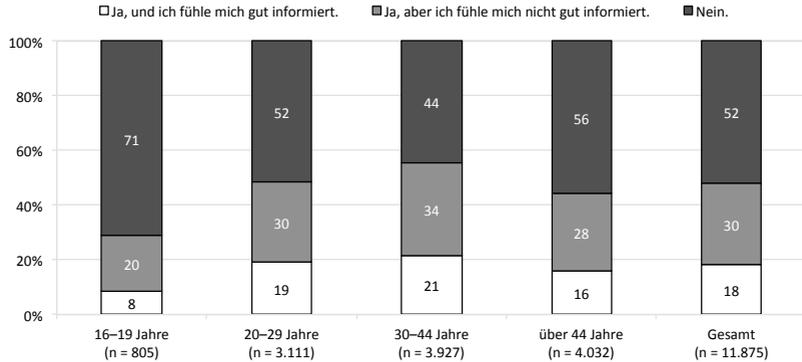
²⁰ Für vertiefende Hintergrundinformationen zur PEP wird auf den HIVreport der Deutschen AIDS-Hilfe, 4/2013 und die aktuelle Version der Deutsch-Österreichischen Leitlinien zur PEP der HIV-Infektion verwiesen (DAIG & ÖAG, 2013).

Wissen über den Zweck der PEP, über die Behandlungsdauer der PEP und über den Zeitraum, in dem eine PEP eingeleitet werden sollte. Hervorzuheben ist, dass die Wissensfragen in der EMIS/SMHA-Erhebung zur Wissensvermittlung genutzt wurden, d. h. die Aussagen in den Wissensfragen wurden im einleitenden Satz als zutreffend bezeichnet. Mit 29 Prozent und 41 Prozent geben jeweils eine Minderheit der Teilnehmer an, die jeweilige Information bereits zu kennen. Dieser Anteil ist bei den HIV-positiven Teilnehmern höher, von denen bis zu 72 Prozent die Informationen zur PEP bereits kannten, und niedriger bei den ungetesteten Teilnehmern (bis zu 26 Prozent).

In der aktuellen Erhebung wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie bereits von der PEP gehört haben, und wenn ja, wie gut sie sich darüber informiert fühlen. Ziele und Durchführung der PEP wurden in einem kurzen Einleitungstext beschrieben. 48 Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer (HIV-positiven Teilnehmern wurden die Fragen zur PEP nicht gestellt) geben an, die PEP zu kennen, aber nur 18 Prozent fühlen sich gut informiert. Wie Abbildung 9.1 zeigt, ist die PEP-Kenntnis am höchsten in der Gruppe der 30- bis 44-jährigen Teilnehmer (55 Prozent Kenntnis) und am geringsten in der Gruppe der jüngsten Teilnehmer (28 Prozent Kenntnis). Teilnehmer mit Hochschulreife kennen die PEP häufiger als Teilnehmer mit mittlerem Schulabschluss oder Teilnehmer mit Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss (28 Prozent Kenntnis, vgl. Abb. 9.1A im Anhang Seite 324). Der Anteil derjenigen, die die PEP kennen, erhöht sich auch mit der Anzahl der berichteten Sexualpartner (Abb. 9.2A, siehe Anhang Seite 325), aber nicht mit der Häufigkeit von Risikokontakten. Am weitesten verbreitet ist die Kenntnis der PEP unter HIV-negativen Männern in einer HIV-serodiskordanten Beziehung (83 Prozent Kenntnis), aber auch in dieser Gruppe, für die die Kenntnis der PEP von besonderer Wichtigkeit ist, fühlt sich nur eine Minderheit von 39 Prozent gut über die PEP informiert.

Abbildung 9.1: Kenntnis der PEP nach Alter

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

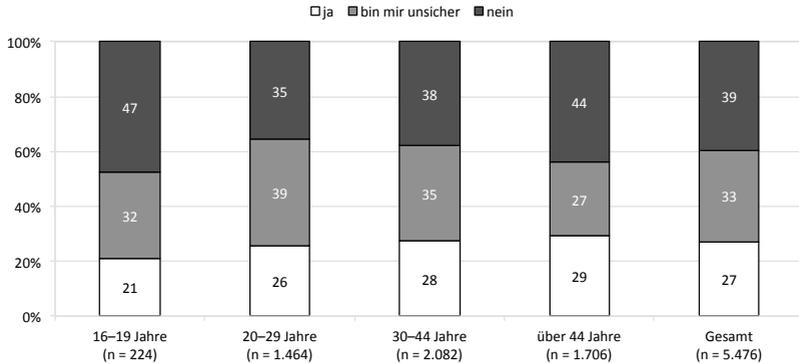


226

Teilnehmer, die angegeben hatten, dass sie die PEP kennen, wurden gefragt, ob sie wissen, wo sie eine PEP erhalten können, falls sie diese benötigen. 27 Prozent der Teilnehmer, die die PEP kennen, wissen auch sicher, wo sie diese erhalten können. Weitere 33 Prozent sind sich dabei unsicher und 39 Prozent wissen nicht, wo sie eine PEP erhalten können (vgl. Abb. 9.2). Es zeigen sich hier in geringerer Ausprägung erneut die gleichen Unterschiede zwischen Subgruppen, wie sie bei der Kenntnis der PEP aufgezeigt wurden. Unter den HIV-negativen Teilnehmern in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Partner wissen 40 Prozent sicher, wo sie die PEP erhalten können, aber 29 Prozent sind sich unsicher und 30 Prozent wissen zwar, dass es die PEP gibt, aber nicht, wo sie diese im Ernstfall erhalten können.

Abbildung 9.2: Kenntnis der Bezugsquellen der PEP nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die die PEP kennen



Nur wenige Teilnehmer geben an, die PEP bereits genutzt zu haben. Insgesamt sind es 178 Teilnehmer, das sind 1,5 Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer, die die PEP bereits mindestens einmal genutzt haben, davon 125 in den vergangenen zwölf Monaten.

227

9.2 Präexpositionsprophylaxe

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist im Gegensatz zur PEP eine primärpräventive Strategie, bei der HIV-negative Personen antiretrovirale Medikamente vor einer potenziellen Risikoexposition einnehmen mit dem Ziel, eine HIV-Infektion zu vermeiden. Das Prinzip einer solchen Prophylaxe ist zum Beispiel von der Malaria-Chemoprophylaxe (in Form eines Antibiotikums) bekannt, die Reisende in Regionen mit hohem Infektionsrisiko vorbeugend einnehmen.

Die Wirksamkeit der PrEP, eine HIV-Transmission zu verhindern, wurde in mehreren klinischen Studien bewiesen. Die konsequente tägliche Einnahme der PrEP kann das Risiko einer HIV-Infektion um bis zu 92 Prozent senken, die Adhärenz ist dabei der wichtigste Faktor, der die Wirksamkeit der PrEP bestimmt (Baeten, Haberer, Liu & Sista, 2013; Hankins & Dybul, 2013). In den USA

wurde die Nutzung des HIV-Medikaments Truvada für Personen mit einem hohen HIV-Infektionsrisiko zur PrEP durch die Food and Drug Administration (FDA) im Jahr 2012 zugelassen. Die begleitenden Leitlinien der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) identifizieren fünf Gruppen von schwulen und anderen MSM²¹, für die die Verschreibung der PrEP indiziert ist: 1) MSM mit HIV-positiven Sexualpartnern, 2) MSM, bei denen in letzter Zeit eine bakterielle STI festgestellt wurde, 3) MSM mit einer hohen Anzahl von Sexualpartnern, 4) MSM, die inkonsistent oder gar keine Kondome nutzen, und 5) MSM-Sexarbeiter. Es wird weiterhin empfohlen, die PrEP mit anderen Maßnahmen zur Risikoreduktion zu kombinieren, insbesondere mit der Nutzung von Kondomen. In Deutschland, wie in allen anderen europäischen Ländern auch, sind antiretrovirale Medikamente zur Nutzung als PrEP derzeit nicht zugelassen.

228

In der aktuellen Erhebung wurde die PrEP zum ersten Mal thematisiert. HIV-negative und ungetestete Teilnehmer wurden nach einer kurzen Information über die PrEP gefragt, ob sie bereits von der PrEP gehört haben, ob sie diese bereits genutzt haben und ob sie grundsätzlich bereit wären, die PrEP zu nutzen. Teilnehmer, die grundsätzlich bereit zur Einnahme der PrEP waren, wurden ergänzend nach ihren Einstellungen zur PrEP gefragt.

Nur eine Minderheit von 17 Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer hatte bereits von der PrEP gehört, davon fühlten sich fünf Prozent gut informiert und zwölf Prozent nicht gut informiert. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen angesichts der Tatsache, dass die PrEP in Deutschland zum Zeitpunkt der Erhebung nicht im Rahmen der HIV-Prävention der Zielgruppe kommuniziert wurde und ein fundiertes Wissen wahrscheinlich nur unter Experten existiert. Allerdings wurde im Rahmen der Zulassung von Truvada für die PrEP in den USA in der Presse über die PrEP berichtet.

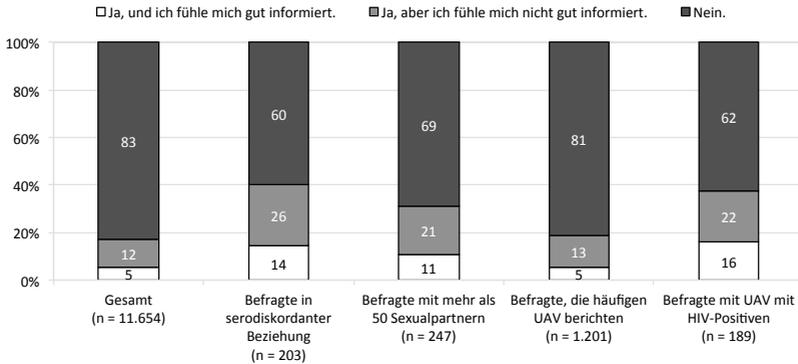
Die Abbildung 9.3 zeigt den Anteil der Teilnehmer mit Kenntnis der PrEP für die Gesamtstichprobe und für diejenigen MSM, für die die PrEP nach den

²¹ Analog werden auch Zielgruppen unter heterosexuellen Personen und iv-Drogennutzern beschrieben.

Leitlinien der CDC indiziert wäre ²². Unter diesen Personen, für die die PrEP indiziert ist, liegt die Kenntnis der PrEP tatsächlich höher, mit 40 Prozent am höchsten unter den Teilnehmern, die in einer HIV-serodiskordanten Beziehung mit einem HIV-positiven Partner sind.

Abbildung 9.3: Kenntnis der PrEP nach Risikogruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer und Subgruppen



Die Nutzung der PrEP ist in Deutschland nur im Off-Label-Use ²³ möglich bzw. bei einem informellen oder illegalen Erwerb der HIV-Medikamente. Tatsächlich geben nur 32 Teilnehmer (0,3 Prozent aller HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer) an, die PrEP bereits genutzt zu haben. Nur 18 dieser Teilnehmer haben die PrEP in den letzten zwölf Monaten genutzt. Die dafür benötigten Medikamente haben die meisten Teilnehmer nach eigenen Angaben von einem Arzt erhalten, drei Teilnehmer haben diese im Internet bestellt. Die übrigen Teilnehmer nennen andere Bezugsquellen, wie das Krankenhaus, einen HIV-positiven Freund oder den Erhalt in einem Bodybuildingstudio. Die sich selbst als PrEP-Nutzer bezeichnenden Teilnehmer gehören nur zu einer Minderheit den

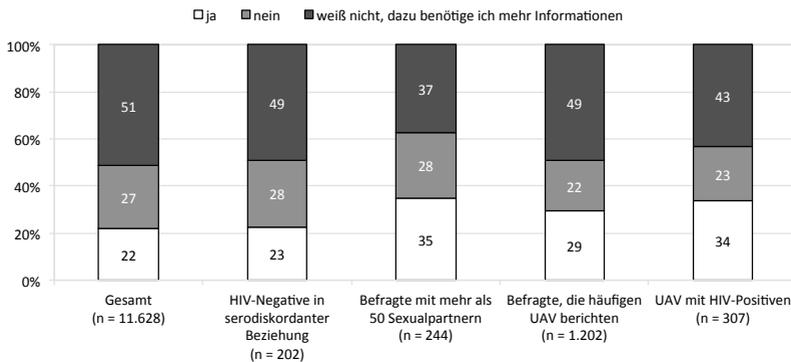
²² Mit den erfassten Informationen lassen sich die von den CDC definierten Zielgruppen nicht exakt beschreiben, deshalb stellen diese Gruppen Annäherungen an die Definition der Zielgruppen dar. Gar nicht lässt sich die Gruppe der kommerziellen Sexarbeiter beschreiben, da diese Information nicht in der aktuellen Erhebung erhoben worden ist.

²³ Damit ist die zulassungsüberschreitende Verordnung eines Medikaments außerhalb des von den Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs gemeint.

definierten Zielgruppen für die PrEP an. Keiner dieser PrEP-Nutzer ist aktuell in einer HIV-serodiskordanten Beziehung, nur ein Drittel berichtet Risikokontakte in den letzten zwölf Monaten und zwei Drittel berichten maximal fünf Sexualpartner in diesem Zeitraum. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige vermeintliche PrEP-Nutzer die Frage nicht verstanden haben, sich verlickt haben oder die PrEP mit der PEP verwechselt haben. Man kann vermuten, dass die PrEP in Deutschland selten genutzt wird. Und weiterhin scheint die PrEP zum Zeitpunkt unserer Erhebung unter schwulen und anderen MSM in Deutschland kaum bekannt zu sein.

Abbildung 9.4: Akzeptanz der PrEP nach Risikogruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer und Subgruppen



230

22 Prozent aller HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer können sich die Nutzung der PrEP grundsätzlich vorstellen (Abb. 9.4). 27 Prozent können sich dies nicht vorstellen, die Hälfte der Teilnehmer wünscht jedoch mehr Informationen vor einer solchen Entscheidung. In der Tat ist es schwierig, auf der Basis eines kurzen Informationstextes das komplexe Konzept der PrEP in einer Weise zu verstehen, dass eine Entscheidung für oder wider eine Nutzung getroffen werden kann. Die hier vorgelegten Akzeptanzdaten zur PrEP müssen in diesem Kontext betrachtet werden und können nicht als valide Nutzungswahrscheinlichkeiten der PrEP, sondern eher als grundsätzliche Akzeptanz dieses Ansatzes interpretiert werden. Die erhobenen Daten können Ergebnisse zum

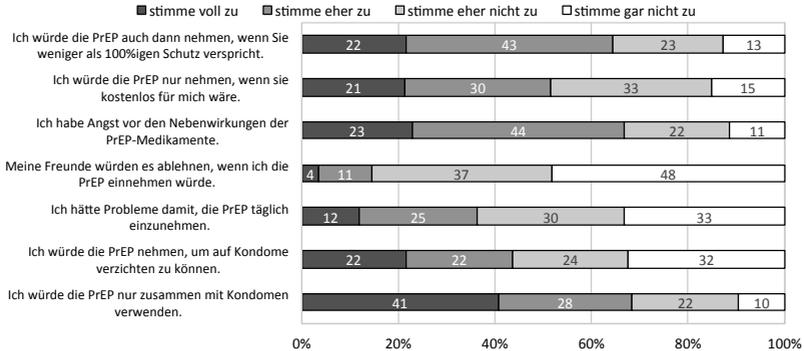
Zusammenhang zwischen Bekanntheitsgrad der PrEP und Akzeptanz der PrEP belegen. Unter denjenigen, die die PrEP gut kennen, benötigen nur 15 Prozent weitere Informationen, die Nutzungsbereitschaft in dieser Gruppe ist höher (32 Prozent), allerdings kann sich unter diesen informierten Teilnehmern die Mehrheit nicht vorstellen, die PrEP zu nutzen (53 Prozent, vgl. Abb. 9.3A im Anhang Seite 325).

Werden wiederum nur die Zielgruppen der PrEP betrachtet, zeigt sich, dass in diesen Gruppen die Akzeptanz nicht durchgängig höher ist als unter allen Teilnehmern. Teilnehmer in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Partner sind nur zu 22 Prozent zur PrEP-Nutzung bereit und unterscheiden sich somit kaum von der Gesamtgruppe. Für die anderen Gruppen liegt die Nutzungsbereitschaft zwischen 29 Prozent und 34 Prozent (siehe Abb. 9.4).

Teilnehmer, die grundsätzlich bereit waren, die PrEP zu nutzen, wurden nach ihren Einstellungen zur PrEP gefragt. Dabei wurden zentrale Punkte der internationalen Diskussion um die PrEP aufgenommen, und zwar 1) die Diskussion um die Kondomnutzung bei PrEP-Anwendern, 2) die Bedeutung der Adhärenz, 3) die mögliche Stigmatisierung der PrEP, 4) wahrgenommene Nebenwirkungen der Medikamente, 5) die Bezahlbarkeit der Medikamente und 6) das Problem, dass die PrEP keine hundertprozentige Sicherheit bietet (vgl. Abb. 9.5).

Abbildung 9.5: Einstellungen zur PrEP

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer mit Bereitschaft, die PrEP zu nutzen (n = 2.462)



232

Mehr als zwei Drittel der Nutzungswilligen würden die PrEP mit Kondomen nutzen, allerdings würden auch 44 Prozent die PrEP nutzen, um dann auf Kondome verzichten zu können. Ein Adhärenz-Problem sieht nur eine Minderheit der Teilnehmer, 63 Prozent hätten keine oder eher keine Probleme mit der täglichen Einnahme des Medikaments. Hinweise auf eine mögliche Stigmatisierung der PrEP bzw. der PrEP-Nutzer finden sich kaum in dieser Erhebung. Nur 15 Prozent der Teilnehmer sind der Ansicht, dass ihre Freunde es ablehnen würden, wenn sie die PrEP nehmen würden. Weit verbreitet ist jedoch die Angst vor Nebenwirkungen, zwei Drittel der Nutzungswilligen haben vor befürchteten Nebenwirkungen Angst. Die Kostenfrage spaltet die Gruppe der Teilnehmer, ungefähr die Hälfte würde die PrEP nur nehmen, wenn sie kostenlos wäre, die andere Hälfte stellt diese Bedingung nicht. Ein hundertprozentiger Schutz ist nur 36 Prozent der Nutzungswilligen wichtig. Die Mehrheit würde die PrEP auch nutzen, wenn sie keinen hundertprozentigen Schutz bietet.

Die den PrEP-Block im Fragebogen abschließende Frage verweist ein weiteres Mal auf das hohe Informationsbedürfnis der Teilnehmer in Bezug auf die PrEP. Drei Viertel der Teilnehmer wünschen weitere Informationen zur PrEP.

9.3 Wahrgenommene Konsequenzen der antiretroviralen Medikamente

Die Möglichkeit, antiretrovirale Medikamente vorbeugend zur Verhinderung einer HIV-Infektion zu nehmen, kennt kaum einer der Teilnehmer. Über die antiretroviralen Medikamente selbst und ihre Konsequenzen für Menschen, die mit HIV/AIDS leben, sind die Teilnehmer besser informiert. 37 Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer fühlen sich gut über die antiretroviralen Therapien informiert, weitere 58 Prozent haben von diesen Medikamenten zumindest gehört. Nur sechs Prozent geben an, im Fragebogen zum ersten Mal von der antiretroviralen Therapie gehört zu haben. Dieser Anteil ist im Zeitverlauf stark rückläufig, in der Befragung von 2007 waren es noch 27 Prozent, die noch nie von der antiretroviralen Therapie gehört hatten (Bochow, Schmidt & Grote, 2010).

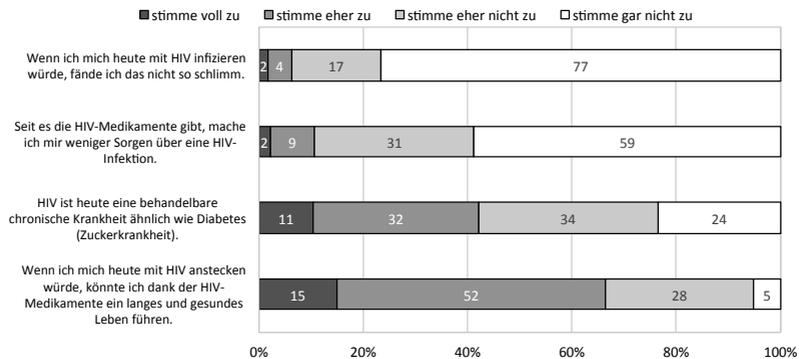
Ausgehend von den massiven Veränderungen, die die ART für die Wahrnehmung der HIV-Infektion bedeutet, wurden die Teilnehmer gefragt, wie sie die Auswirkungen dieser Therapie auf das Krankheitsbild von HIV und die Infektiosität von Menschen mit HIV wahrnehmen und welche Konsequenzen diese für ihren eigenen Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion haben. Diese Forschungsfragen wurden bisher unter dem Begriff des „Therapieoptimismus“ untersucht, einem Forschungsparadigma, das annimmt, dass zu optimistische Wahrnehmungen der antiretroviralen Therapien zu einer Sorglosigkeit bei schwulen und anderen MSM im Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion führen und damit ein verringertes Schutzverhalten und steigende HIV-Neuinfektionen bewirken. Allerdings sind Fragebogenitems zum Therapieoptimismus meistens in einer Weise formuliert, dass selbst realistische Einschätzungen über die Auswirkungen dieser Therapien als Zeichen einer zu optimistischen Wahrnehmung gewertet werden. Deshalb haben Sozialwissenschaftler vorgeschlagen, besser von ART-bezogenen Wirksamkeitsüberzeugungen zu sprechen (MacKellar et al., 2011). Diesem Vorschlag folgend wurden den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern (und einige Items auch den HIV-positiven Teilnehmern) jeweils vier Aussagen zu Auswirkungen der antiretroviralen Therapie auf das Krankheitsbild HIV/AIDS (im Folgenden als „Schweregrad“ bezeichnet) und zu den Auswirkungen der antiretroviralen Therapie auf die Ansteckungsgefahr (im Folgenden als „verminderte Infektiosität“ bezeichnet) vorgelegt.

Die Aussagen zum Schweregrad wurden den Teilnehmern vorgelegt, die angegeben hatten, über die ART informiert zu sein. Die beiden ersten Fragebogenitems in Abbildung 9.6 benennen allgemeine Wahrnehmungen zur antiretroviralen Therapie. 43 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die die ART kennen, sehen HIV heute als behandelbare chronische Erkrankung, die vergleichbar mit einer Diabetes-Erkrankung ist. Allerdings ist die Mehrheit der Teilnehmer nicht dieser Meinung, fast ein Viertel stimmt dieser Aussage gar nicht zu. Deutlich höher ist die Zustimmung zur Aussage, dass man mit einer HIV-Infektion heutzutage ein langes und gesundes Leben führen kann. Insgesamt stimmen zwei Drittel der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer dieser Aussage zu, 15 Prozent stimmen sogar voll zu.

Abbildung 9.6: Einstellungen zur Konsequenz der ART auf den Schweregrad der HIV-Infektion

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die die ART kennen
(n = 11.174)

234



Die beiden anderen Aussagen thematisieren die persönlichen Konsequenzen, die die Teilnehmer aus diesem Wissen ziehen. Dabei wird deutlich, dass nur eine geringe Minderheit der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer überhaupt von Auswirkungen auf den eigenen Umgang mit HIV berichtet. Lediglich sechs Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer fänden es nicht

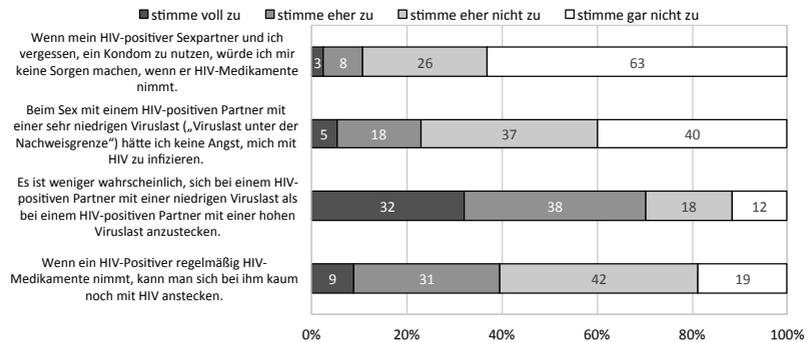
mehr so schlimm, wenn sie sich heute mit HIV infizieren würden, und nur elf Prozent machen sich weniger Sorgen um eine HIV-Infektion, seit es die antiretroviralen Therapien gibt.

Die Aussagen zur verminderten Ansteckungsgefahr durch die ART wurden den Teilnehmern vorgelegt, die angegeben hatten, bereits davon gehört zu haben, dass die ART die Viruslast eines HIV-Positiven so stark senken können, dass eine Ansteckung bei sexuellen Kontakten unwahrscheinlich ist. Dabei handelt es sich um 59 Prozent der Teilnehmer, die übrigen 36 Prozent haben davon noch nichts gehört, und weitere sechs Prozent haben noch nicht von der ART gehört.

Nur eine Minderheit von 40 Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer, die bereits von der verminderten Infektiosität durch die ART gehört hatten, stimmen der Aussage zu, dass man sich kaum bei einem HIV-Positiven mit HIV anstecken kann, wenn dieser regelmäßig seine HIV-Medikamente nimmt (vgl. Abb 9.7). Allerdings ist die Mehrheit der Ansicht, dass mit einer niedrigen Viruslast auch eine geringere Infektiosität einhergeht, denn 70 Prozent der Teilnehmer stimmen zu, dass es weniger wahrscheinlich ist, sich bei einem HIV-positiven Partner mit einer niedrigen Viruslast als bei einem Partner mit einer hohen Viruslast anzustecken.

Abbildung 9.7: Einstellungen zur Konsequenz der ART auf die Infektiosität

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die von der verminderten Infektiosität unter ART gehört hatten (n = 6.886)



236

Die Zustimmung zu diesen Items steigt im Zeitverlauf stark an. Ein Item der Erhebung von 2007 ähnelt dem ersten dieser beiden Items. In diesem Jahr, noch vor der Veröffentlichung des EKAF-Statements (Vernazza, Hirschel, Bernasconi & Flepp, 2008) stimmten nur drei Prozent der HIV-negativen Teilnehmer der Aussage zu, dass „die neuen antiretroviralen Medikamente (Kombi-Therapien) bewirken, dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen“ (Bochow, Schmidt & Grote, 2007; S. 175). Das zweite Item der aktuellen Erhebung ist vom Wortlaut vergleichbar mit einem Item aus der EMIS/SMHA-Erhebung (Bochow, Lenuweit, Sekuler & Schmidt, 2012). 46 Prozent der HIV-negativen und 35 Prozent der ungetesteten Teilnehmer aus der EMIS/SMHA-Erhebung geben an, dass ihnen bereits bekannt war, dass „eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion [...] das Risiko einer HIV-Übertragung [reduziert]“ (S. 222). Die 70-prozentige Zustimmung in der aktuellen Erhebung zu einem ähnlichen Item bedeutet einen massiven Anstieg dieses Wissensschwuler und anderer MSM zu diesem Thema.

Auch wenn das Wissen um die Mechanismen der verminderten Infektiosität durch die ART weit bekannt und diese Tatsache auch weitgehend akzeptiert ist, geht auch dieses Wissen nicht mit einer angeblich weit verbreiteten

„Sorglosigkeit“ einher. Nur eine Minderheit zieht Konsequenzen für den eigenen Umgang mit HIV. 23 Prozent der Teilnehmer, die über die verminderte Infektiosität durch die ART informiert sind, hätten beim Sex mit einem HIV-positiven Partner keine Angst sich mit HIV zu infizieren, wenn dessen Viruslast unter der Nachweisgrenze ist. Dies ist insbesondere deshalb erstaunlich, weil in diesem Item bewusst nicht von ungeschütztem Analverkehr die Rede ist. Tatsächlich ist ungeschützter Analverkehr mit einem HIV-positiven Sexualpartner nur für eine Minderheit weniger angstbesetzt, wenn dieser HIV-Medikamente nimmt. Elf Prozent stimmen der entsprechenden Aussage zu, aber die deutliche Mehrheit von 63 Prozent stimmt dieser Aussage gar nicht zu.

Auch wenn Konsequenzen für die eigene Wahrnehmung des Bedrohungspotenzials einer HIV-Infektion nur von einer Minderheit der Teilnehmer berichtet werden, so besteht doch ein Zusammenhang zwischen diesen Aussagen und dem Eingehen von Risikokontakten. Für die Grafik in Abbildung 9.8 und 9.9 wurden die Teilnehmer danach gruppiert, wie häufig sie in den vergangenen zwölf Monaten ungeschützten Analverkehr mit einem Sexualpartner berichteten, der nicht ihr fester Partner war und dessen HIV-Serostatus dem Teilnehmer unbekannt war²⁴. Abbildung 9.8 zeigt, dass mit Zunahme der Risikokontakte der Anteil derjenigen Teilnehmer deutlich steigt, der sich wegen der neuen HIV-Medikamente weniger Sorgen über eine HIV-Infektion macht. Dieser Trend zeigt sich auch hinsichtlich der Zustimmung zum Item „Beim Sex mit einem HIV-positiven Partner mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze hätte ich keine Angst, mich mit HIV zu infizieren“.

24 Das heißt, ungeschützter Analverkehr mit einem bekannt HIV-positiven Partner wurde hier ausgeklammert, da hier die Viruslastmethode als Risikomanagementstrategie zum Einsatz gekommen sein kann.

Abbildung 9.8: Reaktion auf das Item „Seit es die HIV-Medikamente gibt, mache ich mir weniger Sorgen über eine HIV-Infektion“ nach Häufigkeit von Risikokontakten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die von der verminderten Infektiosität unter ART gehört haben

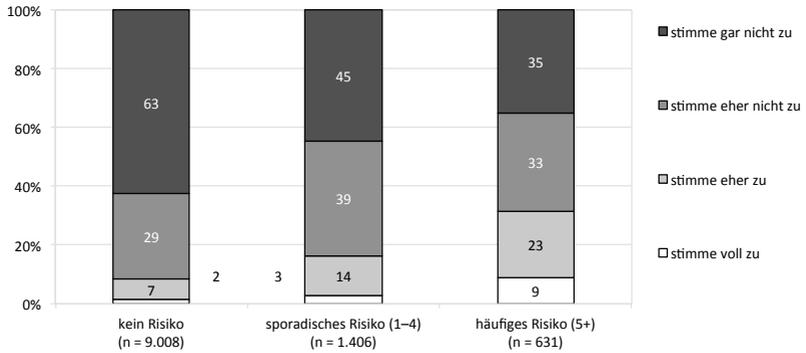
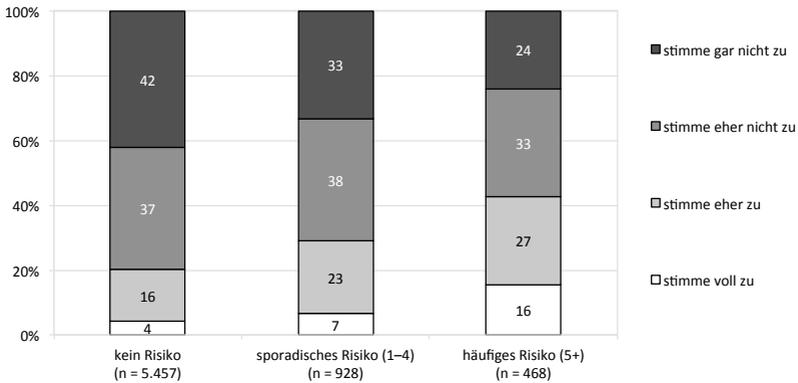


Abbildung 9.9: Reaktion auf das Item „Beim Sex mit einem HIV-positiven Partner mit einer sehr niedrigen Viruslast („Viruslast unter der Nachweisgrenze“) hätte ich keine Angst, mich mit HIV zu infizieren“ nach Häufigkeit von Risikokontakten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die von der verminderten Infektiosität unter ART gehört haben



Dieser Zusammenhang kann allerdings nicht kausal interpretiert werden. Die Wahrnehmungen der ART müssen nicht ursächlich für das Risikoverhalten sein. Es ist durchaus möglich, dass HIV-negative und ungetestete Teilnehmer, die vermehrt Risikokontakte eingehen, besser über die ART und ihre Konsequenzen informiert sind, u. a. weil sie häufiger mit HIV-positiven Männern befreundet oder stärker an aktuellen Informationen zu HIV/AIDS interessiert sind.

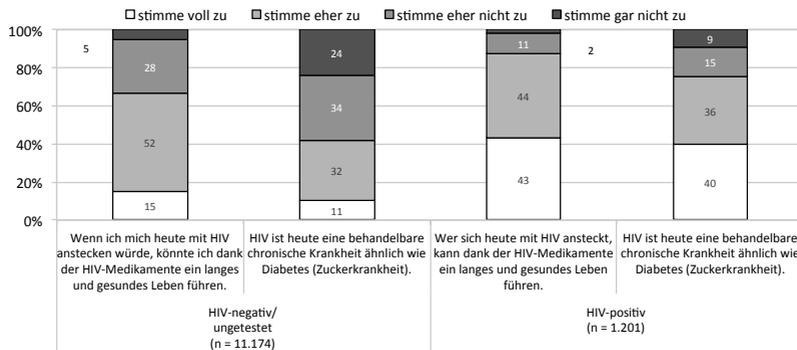
9.4 Wahrgenommene Konsequenzen der antiretroviralen Medikamente aus Sicht von HIV-Positiven

HIV-positive Teilnehmer unterscheiden sich von HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern in der Wahrnehmung der Konsequenzen der ART. Sie nehmen diese Konsequenzen deutlich positiver wahr. So stimmen, wie Abbildung 9.10 zeigt, drei Viertel der HIV-positiv getesteten Teilnehmer der Aussage zu, dass HIV heute eine behandelbare chronische Erkrankung ähnlich wie Diabetes ist.

Nur zwei Prozent der HIV-Positiven stimmen dieser Aussage gar nicht zu. Bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern liegt die Zustimmungsrate bei 42 Prozent. Noch mehr HIV-positive Teilnehmer stimmen der Aussage zu, dass Personen, die sich heute mit HIV anstecken, dank der HIV-Medikamente ein langes und gesundes Leben führen können. 87 Prozent stimmen dieser Aussage zu, davon stimmen 43 Prozent voll zu. Bei den HIV-Negativen stimmen nur 15 Prozent voll zu, insgesamt stimmen 67 Prozent zu.

Abbildung 9.10: Einstellungen zur Konsequenz der ART auf den Schweregrad der HIV-Infektion nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer, die die ART kennen



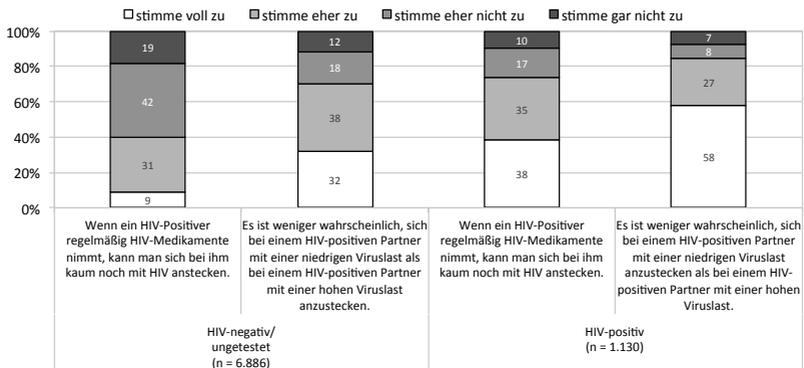
240

Über die verminderte Infektiosität durch die antiretrovirale Therapie sind fast alle HIV-positiven Teilnehmer informiert, 71 Prozent fühlen sich darüber gut informiert, weitere 23 Prozent sind informiert, fühlen sich aber nicht gut informiert (Abb. 9.11). Nur sechs Prozent der HIV-positiven Teilnehmer haben davon nichts gehört. Unter denen, die über die verminderte Infektiosität informiert sind, ist die überwiegende Mehrheit davon überzeugt, dass mit einer geringeren Viruslast im Zuge der antiretroviralen Therapie auch eine geringere Ansteckungsgefahr einhergeht. 85 Prozent sind der Ansicht, dass es weniger wahrscheinlich ist, sich bei einem HIV-positiven Sexualpartner mit einer niedrigen Viruslast anzustecken als bei einem Partner mit einer hohen Viruslast, davon stimmen 58 Prozent dieser Aussage voll zu. Dass die antiretroviralen

Medikamente eine Ansteckung mit HIV fast unmöglich machen, denken immer noch 73 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer, 38 Prozent stimmen hier voll zu. Immerhin ein Viertel der HIV-positiven MSM, die von der verminderten Infektiosität der ART gehört haben, ist skeptisch, ob das in Deutschland auch „Schutz durch Therapie“ genannte Konzept tatsächlich wirkt. Allerdings ist „Schutz durch Therapie“ den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern noch seltener bekannt, und diejenigen, die es kennen, bewerten die Wirksamkeit deutlich skeptischer als die HIV-positiven Teilnehmer.

Abbildung 9.11 Einstellungen zur Konsequenz der ART auf den Schweregrad der HIV-Infektion nach HIV-Serostatus

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die die ART kennen



9.5 Zusammenfassung und Fazit

Nur eine Minderheit der Teilnehmer fühlt sich über die PEP gut informiert, und unter den Teilnehmern, die die PEP kennen, gibt wiederum nur eine Minderheit an, sicher zu wissen, wo sie die PEP im Ernstfall erhalten können. Obwohl die Wahrscheinlichkeit, die PEP zu kennen, mit der Wahrscheinlichkeit, dass die PEP benötigt wird, steigt, ist auch unter den schwulen und anderen MSM, die Risikokontakte eingehen oder eine hohe Anzahl an Sexualpartnern berichten,

die Mehrheit eher schlecht über die PEP und ihre Bezugsquellen informiert. Selbst unter HIV-negativen Teilnehmern, die in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Partner leben, liegt der Anteil derer, die gut über die PEP informiert sind und sicher wissen, wo sie die PEP erhalten können, bei einem knappen Drittel. Auch wenn sich Tendenzen erkennen lassen, dass der Anteil der schwulen und anderen MSM in Deutschland mit PEP-Kennntnis steigt, ist die Informationslage insgesamt weiterhin als eher schlecht zu beurteilen. Ein fundiertes Wissen über die PEP sollte gerade unter schwulen und anderen MSM, die sich in HIV-serokonkordanten Beziehungen befinden, gestärkt werden. Diese Aufgabe stellt sich nicht nur den HIV-Präventionskampagnen wie ICH WEISS WAS ICH TU, sondern auch Ärzten, die schwerpunktmäßig HIV-positive und schwule Patienten betreuen.

242

Die Diskussion um die PrEP wird in Fachkreisen in Deutschland kontrovers geführt, sie ist unter den schwulen und anderen MSM zum Zeitpunkt der Erhebung kaum bekannt. Nur eine Minderheit der Teilnehmer kennt die PrEP, und Nutzer existieren in Deutschland in keiner nennenswerten Zahl. Unter den Teilnehmern überwiegt der Wunsch nach weiteren Informationen zur PrEP; die meisten wurden wahrscheinlich bei der Beantwortung des Fragebogens zum ersten Mal mit diesem Thema konfrontiert. Unter diesen Bedingungen ist es erstaunlich, dass die Akzeptanz der PrEP doch ziemlich hoch liegt. Ein Viertel der Teilnehmer schließt für sich nicht aus, die PrEP selbst zu nutzen, unter den meisten von den CDC definierten Zielgruppen der PrEP ist dieser Anteil noch höher.

Die Ergebnisse zu Einstellungen im Hinblick auf verschiedene Aspekte der PrEP, wie zu den Nebenwirkungen, befürchteter Stigmatisierung als PrEP-Nutzer und dem Schutzniveau, das die PrEP bietet, sind vor diesem Hintergrund zu betrachten. Begründbare Entscheidungen können die Nutzer erst treffen, wenn sie weitere fundierte Informationen zur PrEP erhalten haben. Aufschlussreich sind allerdings die Ergebnisse zu Kondomnutzung und PrEP. Die Mehrheit der Teilnehmer würde die PrEP nur in Verbindung mit Kondomen verwenden, wie es die US-amerikanischen Leitlinien auch vorsehen, was für eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Wirksamkeit der PrEP spricht. Allerdings sagen auch mehr als zwei Fünftel der Nutzungsbereiten, dass sie die PrEP mit dem Ziel nutzen würden, auf Kondome zu verzichten.

Die antiretrovirale Therapie ist fast allen HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern bekannt. Die Überzeugungen hinsichtlich der Konsequenzen der ART sind jedoch unterschiedlich. Zwar ist die Mehrheit der Teilnehmer der Meinung, dass durch die ART eine HIV-Infektion keine tödliche Bedrohung mehr darstellt, sondern ein langes und gesundes Leben mit einer HIV-Infektion möglich ist, den Vergleich mit der gut behandelbaren Diabetes-Erkrankung unterstützt allerdings nur noch eine Minderheit der Teilnehmer. „Schutz durch Therapie“, also die praktisch kaum mehr mögliche Übertragung von HIV durch effektiv behandelte HIV-Positive mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze, ist mehr als der Hälfte der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer ein Begriff. Von diesen ist zwar mehr als die Hälfte der Meinung, dass grundsätzlich mit einer geringeren Viruslast auch eine geringe Ansteckungsgefahr bei einem HIV-positiven Partner einhergeht. Davon dass diese verminderte Infektiosität allerdings so wirksam ist, dass eine Ansteckung nicht mehr möglich ist, ist nur noch eine Minderheit überzeugt. Das Wissen um die verminderte Infektiosität unter MSM in Deutschland steigt im Zeitverlauf deutlich an. Offensichtlich wird aber auch, dass aus diesem Wissen kaum persönliche Konsequenzen für den eigenen Umgang mit dem Risiko einer HIV-Infektion gezogen werden. Nur eine kleine Minderheit macht sich deshalb weniger Sorgen über eine potenzielle HIV-Infektion. Auf den Schutz, den eine sehr geringe Infektionswahrscheinlichkeit bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze darstellt, würde sich ebenfalls nur eine kleine Minderheit verlassen. Für die Existenz eines weit verbreiteten unrealistischen Therapieoptimismus, der zu einer „Sorglosigkeit“ von schwulen Männern beim Sex führt, finden sich in dieser Befragung keine Anhaltspunkte.

243

HIV-positive Teilnehmer sind deutlich informierter und zuversichtlicher hinsichtlich der Auswirkungen der antiretroviralen Therapie auf das Krankheitsbild und die Ansteckungsgefahr. Das Wissen um und die Überzeugung von der Wirksamkeit der ART in dieser Hinsicht ist bei ihnen viel ausgeprägter vorhanden als bei den nicht HIV-positiv getesteten Teilnehmern. Allerdings existiert auch unter den HIV-Positiven ein bedeutsamer Anteil von Teilnehmern, die dem Schutz durch Therapie skeptisch gegenüber stehen.

X. SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFESTIENEN

X. Sexuell übertragbare Infektionen

245

Schwule und andere MSM sind nicht nur von der HIV-Infektion häufiger betroffen als heterosexuelle Männer, die ausschließlich sexuelle Kontakte zu Frauen haben, sie weisen auch höhere Prävalenzen für andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) auf als heterosexuelle Männer (vgl. z. B. Valdiserri, 2008). In der zielgruppenspezifischen Prävention für schwule und andere MSM, aber auch für die Gesamtbevölkerung, finden STI seit einiger Zeit eine besondere Beachtung (Corsten & von Räden, 2013). Zu diesem Bedeutungswandel haben mehrere Faktoren beigetragen. Zum einen wurde ein Anstieg von STI, insbesondere der Syphilis, in den letzten Jahren in Deutschland festgestellt (Hamouda, Bremer, Marcus & Bartmeyer, 2013). Zum anderen erhöht das Vorliegen einer STI die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung unabhängig davon, ob sie bei dem HIV-positiven oder dem HIV-negativen Partner vorliegt.

STI, die durch bakterielle Erreger verursacht werden, wie die Syphilis, die Chlamydieninfektion oder die Gonorrhö, sind in der Regel gut mit Antibiotika heilbar. Allerdings verlaufen diese Infektionen oft symptomlos, so dass die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass eine solche Infektion undiagnostiziert bleibt. Das

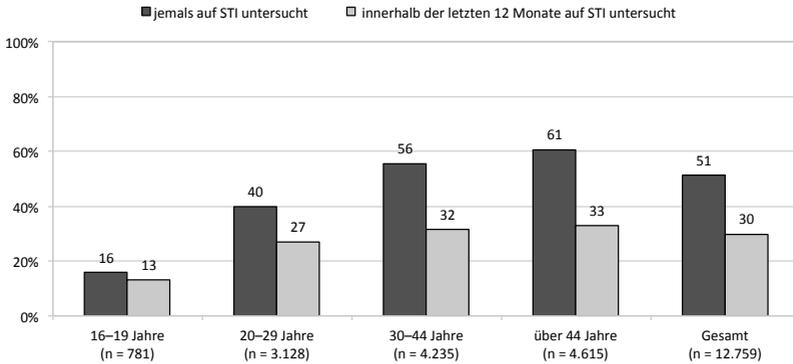
ist vor allem auch bedeutsam bei rektalen und pharyngealen Manifestationen, von denen bis zu 90 Prozent symptomlos verlaufen (Dudareva-Vizule et al., 2014). Die folgenden Angaben der Befragungsteilnehmer zu erhaltenen STI-Diagnosen werden aus diesem Grund die Prävalenzen für STI in der Stichprobe entsprechend unterschätzen.

10.1 Testverhalten hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen

51 Prozent aller Teilnehmer geben an, jemals auf andere STI als HIV untersucht worden zu sein, 39 Prozent wurden niemals auf STI untersucht und zehn Prozent geben an, dies nicht (mehr) zu wissen. 30 Prozent aller Teilnehmer berichten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten auf STI getestet wurden. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, auf andere STI getestet zu sein, vom Alter abhängig, wie Abbildung 10.1 zeigt. Darüber hinaus spielen der HIV-Serostatus und das HIV-Testverhalten eine große Rolle (vgl. Abb. 10.1A im Anhang Seite 326). Fast alle HIV-positiven Befragungsteilnehmer wurden bereits auf STI getestet (95 Prozent) und 81 Prozent wurden in den vergangenen zwölf Monaten getestet. Ein aktueller negativer HIV-Test geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, jemals oder in den vergangenen zwölf Monaten auf andere STI getestet worden zu sein, im Vergleich zu HIV-negativ getesteten mit einem älteren HIV-Test. Unter Teilnehmern aus einer Großstadt mit mehr als einer Million Einwohnern ist die Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwölf Monaten auf andere STI getestet worden zu sein, doppelt so hoch wie unter Teilnehmern aus einem Ort mit weniger als 100.000 Einwohnern (vgl. Abb. 10.2A im Anhang Seite 326). Zudem hängt die Anzahl der Sexualpartner deutlich mit der Wahrscheinlichkeit zusammen, auf STI getestet zu sein. Fast 90 Prozent der Teilnehmer, die mehr als 50 Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten berichten, sind bereits jemals auf STI getestet worden, 72 Prozent sogar in den vergangenen zwölf Monaten (vgl. Abb. 10.3A im Anhang Seite 327).

Abbildung 10.1: Untersuchung auf STI in den vergangenen zwölf Monaten und Lebenszeit nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



Der überwiegenden Mehrheit der Befragungsteilnehmer wurde im Rahmen einer STI-Untersuchung in den vergangenen zwölf Monaten eine Blutprobe entnommen (85 Prozent, das sind 25 Prozent aller Teilnehmer). Mit dieser Untersuchung kann allerdings nur eine Syphilis, eine Hepatitis B und eine Hepatitis C diagnostiziert werden. Um eine Infektion mit Chlamydien oder eine Gonorrhö diagnostizieren zu können, sind hingegen ein Urintest oder Abstriche der Harnröhre bzw. des Analkanals notwendig. Ein Urintest im Rahmen einer STI-Untersuchung wurde in den vergangenen zwölf Monaten weitaus seltener durchgeführt als eine Blutentnahme, er ist aber mit 47 Prozent (14 Prozent aller Teilnehmer) weitaus stärker verbreitet als Abstriche. Nur bei 22 Prozent der Teilnehmer wurde im Rahmen der STI-Untersuchung ein Harnröhrenabstrich vorgenommenen (7 Prozent aller Teilnehmer), bei 24 Prozent ein Rektalabstrich (7 Prozent aller Teilnehmer). HIV-positive Teilnehmer und Teilnehmer mit mehr als 50 Sexualpartnern in den vergangenen zwölf Monaten werden nicht nur häufiger auf STI untersucht, sie werden auch mit einer größeren Wahrscheinlichkeit mit mehr als einer Untersuchungsmethode untersucht. Durchschnittlich werden 59 Prozent der Teilnehmer, die in den vergangenen zwölf Monaten auf STI untersucht wurden, mit mehr als einer Untersuchungsmethode untersucht, bei HIV-positiven Teilnehmern

liegt dieser Anteil bei 71 Prozent und bei Teilnehmern mit mehr als 50 Sexualpartnern bei 68 Prozent.

10.2 Lebenszeitprävalenzen und Inzidenzen viraler sexuell übertragbarer Infektionen

Die Diagnosen von drei viralen STI wurden in der aktuellen Erhebung erfasst, die Genital- und Analwarzen (Feigwarzen), der Genital- und Analherpes und die Hepatitis C. Die Hepatitis B, die in der Erhebung von 2010 erfasst wurde, wurde in der aktuellen Erhebung nicht thematisiert. Genital- und Analherpes und Feigwarzen sind gemein, dass keine Behandlung existiert, die zu einer vollständigen Eliminierung des Erregers (Herpes-Simplex-2-Viren bei Genital- und Analherpes und Humane-Papillomaviren bei Feigwarzen) führt. Feigwarzen und Herpesbläschen als Manifestationen dieser Erreger können aus diesem Grund auch bei einmaliger Infektion immer wieder auftreten. Um Inzidenzen, also in diesem Fall die Rate der Erstinfektionen in den vergangenen zwölf Monaten, erfassen zu können, wurde, wie in der Erhebung von 2010, nach dem Zeitpunkt der Erstdiagnose dieser Erkrankungen gefragt.

248

Die Hepatitis C stellt weltweit ein großes Gesundheitsproblem dar. Die Ansteckung erfolgt über Blut. Drogenkonsumierende Menschen, die Spritzbesteck bei intravenösem Drogenkonsum oder Röhrcchen bei nasalem Konsum teilen, zählen deshalb zu den Hauptbetroffenengruppen in Deutschland. Eine sexuelle Übertragung ist selten und nur bei Praktiken möglich, die ein höheres Risiko von Schleimhautverletzungen beinhalten, wie zum Beispiel Fisten. Die Hepatitis C chronifiziert oft und führt nicht zu einer Immunität, wie die Hepatitiden A und B, es kann also zu wiederholten Infektionen kommen. In den letzten Jahren wurden neue Medikamente zur Behandlung der Hepatitis C in Deutschland zugelassen, die deutlich wirksamer als die bereits existierenden Standardtherapien sind, welche allerdings mit hohen Kosten verbunden sind. Eine Impfung zum Schutz vor einer Hepatitis-C-Infektion existiert derzeit nicht.

Bei neun Prozent aller HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer wurden jemals Genital- oder Analwarzen diagnostiziert, unter den HIV-positiven Teilnehmern berichten dies 37 Prozent. Genital- oder Analherpes trat bisher bei

zwei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, aber bei zehn Prozent der HIV-positiven Befragungsteilnehmer auf. Auch für die Hepatitis C liegt die Prävalenz bei HIV-positiven Teilnehmern mit 13 Prozent deutlich höher als bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern mit einem Prozent. Die Abbildungen 10.2 und 10.3 zeigen zudem, dass die Lebenszeitprävalenz, wie zu erwarten ist, mit zunehmendem Alter steigt. Im Zeitverlauf ist die Lebenszeitprävalenz für Feigwarzen sowohl für HIV-positive als auch für HIV-negative/ungetestete Teilnehmer wieder rückläufig, nachdem in der Erhebung von 2010 (HIV-negativ/ungetestet: 11 Prozent, HIV-positiv: 41 Prozent) deutlich höhere Zahlen als in der Erhebung von 2007 (8 Prozent vs. 32 Prozent) berichtet wurden, die aktuellen Werte liegen aber höher als in der Befragung von 2007. Die Prävalenzen für den Genital- und Analherpes liegen auf dem Niveau der Erhebung in 2010 (2 Prozent vs. 10 Prozent), in der niedrigeren Prävalenzen als in 2007 (3 Prozent vs. 15 Prozent) berichtet wurden. Nur die Prävalenzen für die Hepatitis C unter den HIV-positiven Teilnehmern nehmen kontinuierlich zu (2007: 5 Prozent, 2010: 10 Prozent), ein ähnlicher Anstieg kann allerdings nicht unter den HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmern (2007: 1 Prozent, 2010: 1 Prozent) identifiziert werden.

Abbildung 10.2: Lebenszeitprävalenzen für virale STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer

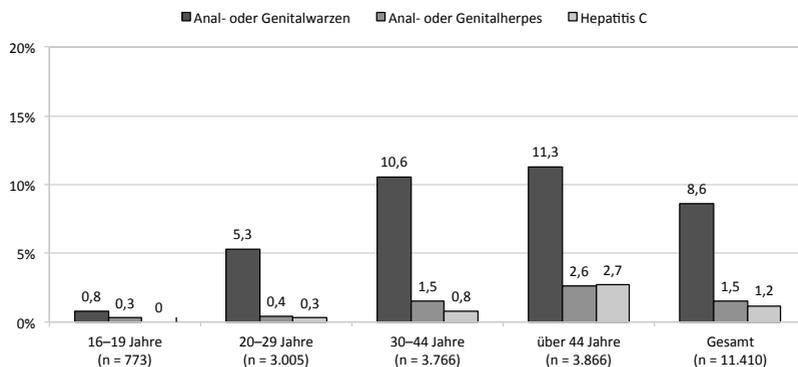
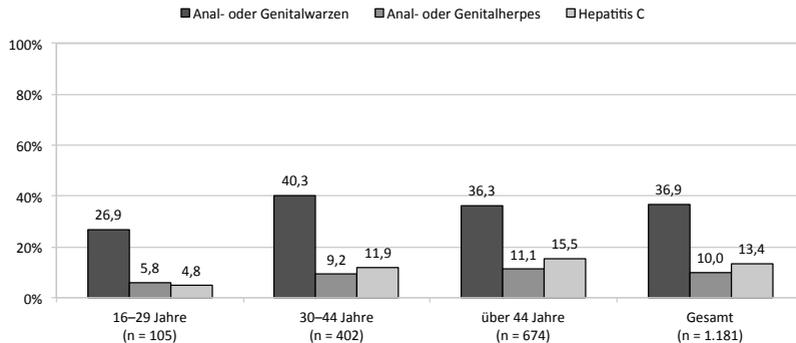


Abbildung 10.3: Lebenszeitprävalenzen für virale STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



Auch die Inzidenzen für virale STI, also das erstmalige Auftreten dieser Erkrankungen in den vergangenen zwölf Monaten vor der Befragung, sind für HIV-positive Teilnehmer höher als für HIV-negativ/ungetestete Teilnehmer (vgl. Abb. 10.4 und 10.5). Fünf Prozent der HIV-positiven Teilnehmer haben sich in den vergangenen zwölf Monaten erstmalig mit Feigwarzen infiziert, unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern sind es zwei Prozent. Bei 0,4 Prozent liegt die Inzidenz für Genital- und Analherpes unter den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern, drei Prozent der HIV-positiven Teilnehmer berichten eine Erstdiagnose in diesem Zeitraum. Hepatitis C wurde erstmalig von 0,1 Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer berichtet, aber von zwei Prozent der HIV-positiven Teilnehmer. Auch die Inzidenzen für diese viralen STI hängen mit dem Alter zusammen, jedoch steigt die Inzidenz nur vereinzelt mit zunehmendem Alter, in der Regel sind die Teilnehmer zwischen 20 und 44 Jahren, die wahrscheinlich sexuell am aktivsten sind, stärker betroffen. Es zeigen sich keine Veränderungen seit 2010 hinsichtlich der Inzidenzen von Genital- und Analherpes und Feigwarzen.

Abbildung 10.4: Inzidenzen für virale STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer

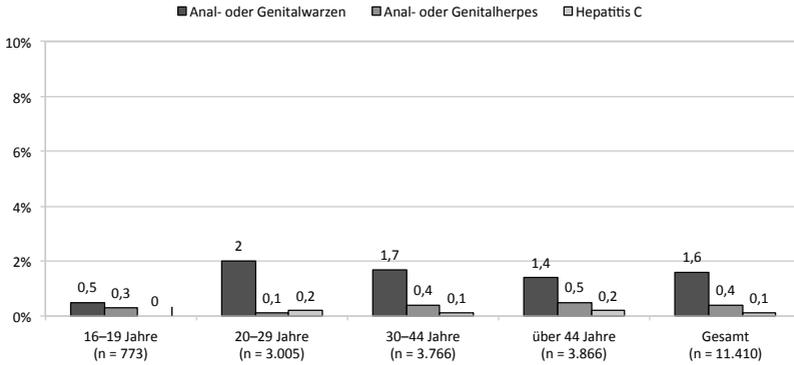
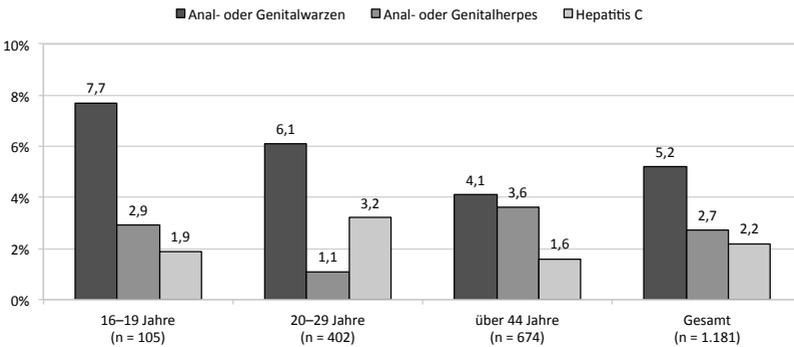


Abbildung 10.5: Inzidenzen für virale STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

251



In der Erhebung von 2010 wurde berichtet, dass die Inzidenzen für STI mit einer höheren Anzahl an Sexualpartnern und dem Aufsuchen von Orten der schwulen Szene, die für schnellen Sex geeignet sind, zusammenhängen. Diese Zusammenhänge zeigen sich in ähnlicher Weise in der aktuellen Erhebung und werden deshalb hier nicht deskriptiv dargestellt.

10.3 Inzidenzen bakterieller sexuell übertragbarer Infektionen

Für die bakteriellen Infektionen Syphilis, Gonorrhö und die Chlamydieninfektion werden im Folgenden die Inzidenzen für die vergangenen zwölf Monate berichtet, zudem wird dargestellt, bei welchem Anteil der Teilnehmer mindestens eine dieser drei bakteriellen Infektionen in den vergangenen zwölf Monaten diagnostiziert wurde.

Ein Prozent der HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer berichten eine Syphilis-Diagnose in den vergangenen zwölf Monaten, unter den HIV-positiven Teilnehmern ist dieser Anteil zehnmal so hoch (11 Prozent, vgl. Abb. 10.6 und 10.7). Die diagnostizierten Gonorrhö- und Chlamydieninfektionen liegen bei den HIV-negativen Teilnehmern bei jeweils über einem Prozent. HIV-positive Teilnehmer berichten jedoch zu acht Prozent eine Gonorrhö-Infektion und zu acht Prozent eine Chlamydieninfektion. Insgesamt erkrankten drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer und 20 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer in den vergangenen zwölf Monaten an einer der drei bakteriellen STI.

Abbildung 10.6: Inzidenzen für bakterielle STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen und ungetesteten Teilnehmer

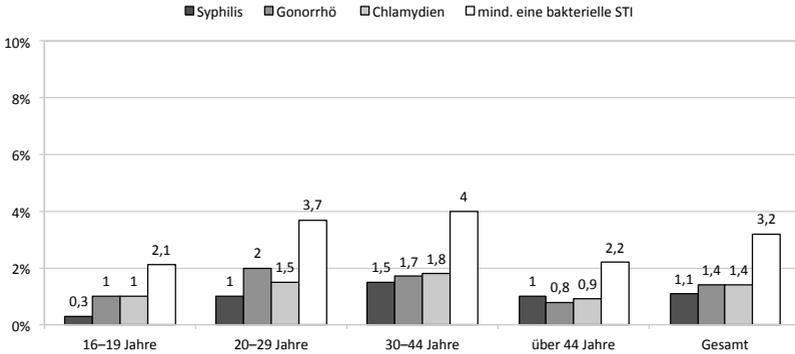
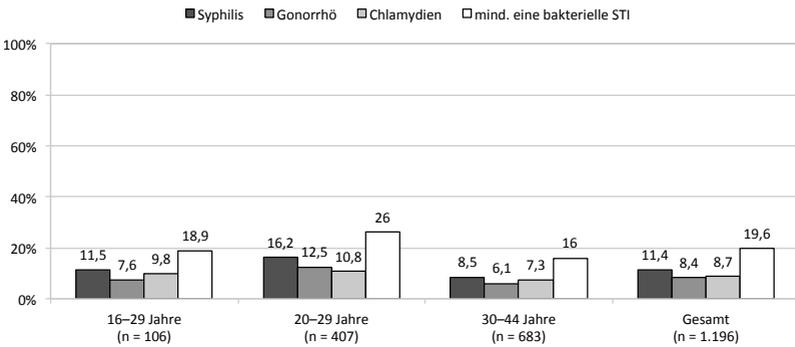


Abbildung 10.7: Inzidenzen für bakterielle STI nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



Auch die Inzidenzen bakterieller STI sind altersabhängig. Sowohl unter den HIV-negativen/ungetesteten als auch unter den HIV-positiven Teilnehmern sind es die Teilnehmer zwischen 20 und 44 Jahren, die die höchsten Inzidenzen berichten. Dies sind auch die Teilnehmer, die die meisten Sexualpartner

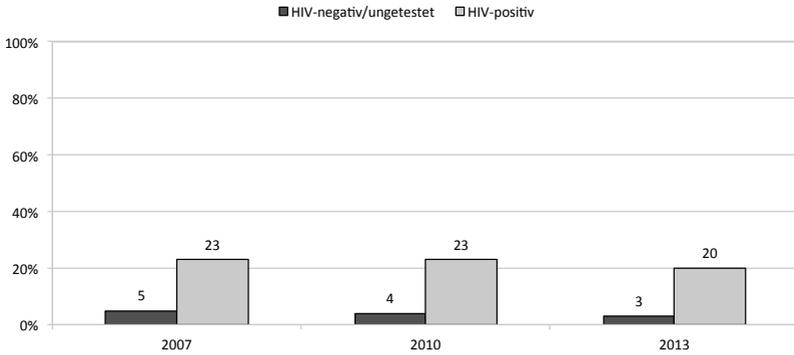
berichten (vgl. Kapitel 6). Die Abhängigkeit der Inzidenzen bakterieller STI von der Anzahl der Sexualpartner kann allerdings nicht die deutlichen Unterschiede in der Inzidenz zwischen HIV-positiven und HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern erklären, wie Bochow et al. (2012) demonstrieren. Einen wichtigen Faktor stellt dabei auch die höhere Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer symptomlosen STI unter HIV-positiven Teilnehmern dar, da diese häufiger routinemäßig auf STI getestet werden als HIV-negative/ungetestete Männer. Das bedeutet, dass gerade die bakteriellen STI-Inzidenzen bei HIV-negativen/ungetesteten Männern in dieser Studie unterschätzt werden. Allerdings bleiben die großen Unterschiede in der STI-Prävalenz zwischen HIV-positiven und HIV-negativen/ungetesteten Männern auch dann bestehen, wenn nur die Teilnehmer betrachtet werden, die sich in den vergangenen zwölf Monaten auf STI haben untersuchen lassen und die Zahl der Sexualpartner konstant gehalten werden.

254

Die Inzidenzen für bakterielle STI sind im Zeitverlauf sowohl für HIV-positive als auch für HIV-negative/ungetestete Teilnehmer leicht rückläufig. Abbildung 10.8 zeigt die Entwicklung der Inzidenzen bakterieller Infektionen seit 2007 für HIV-negative/ungetestete Teilnehmer. Die Tendenz lässt sich besonders gut an dem jeweiligen Anteil der Teilnehmer demonstrieren, bei denen in den vergangenen zwölf Monaten mindestens eine STI diagnostiziert wurde. Dieser Anteil sinkt von fünf Prozent in 2007 und vier Prozent in 2010 auf drei Prozent in der aktuellen Erhebung. Unter den HIV-positiven Teilnehmern sinkt dieser Anteil von jeweils 23 Prozent in 2007 und 2010 auf 20 Prozent in der aktuellen Erhebung.

Abbildung 10.8: Inzidenzen für mind. eine bakterielle STI in der Zeitreihe nach Serostatus

Basis: alle Teilnehmer



10.4 Zusammenfassung und Fazit

Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer wurde jemals auf andere STI als HIV getestet, 29 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten. Die mit Abstand häufigste Untersuchungsmethode ist die Blutuntersuchung, mit der jedoch nur Hepatitiden und die Syphilis diagnostiziert werden. Untersuchungen, mit denen auch eine Chlamydieninfektion und die Gonorrhö diagnostiziert werden können, wie der Urintest und rektale und urethrale Abstriche, werden deutlich seltener durchgeführt. Insgesamt ist angesichts des gegebenen Untersuchungsniveaus eine Untererfassung von STI bei schwulen und anderen MSM in Deutschland wahrscheinlich.

Das STI-Testverhalten ist sehr stark vom HIV-Serostatus abhängig, fast alle HIV-positiven Befragungsteilnehmer haben sich jemals auf STI testen lassen, 81 Prozent sogar in den vergangenen zwölf Monaten. Zudem hängt das Testverhalten mit dem Alter, der Einwohnerzahl des Wohnorts und der Anzahl der Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten zusammen.

Die Lebenszeitprävalenzen für virale STI sind im Vergleich zu der EMIS/SMHA-Erhebung 2010, in der deutlich höhere Lebenszeitprävalenzen als in der Erhebung 2007 berichtet wurden, wieder rückläufig und liegen teilweise auf dem Niveau der Zahlen von 2007 und teilweise darüber. Lediglich die Lebenszeitprävalenz für Hepatitis C unter den HIV-positiven Männern nimmt seit 2007 kontinuierlich zu auf gegenwärtig 13 Prozent. Auch die Inzidenzen, also das erstmalige Auftreten von Feigwarzen und Genital- und Analherpes in den vergangenen zwölf Monaten, sind im Vergleich zu 2010, als diese Information zum ersten Mal erhoben wurde, unverändert. Feigwarzen sind die am häufigsten berichteten viralen STI mit einer Lebenszeitprävalenz von 37 Prozent unter HIV-positiven Teilnehmern und neun Prozent bei den HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmern.

256

Insgesamt drei Prozent der HIV-negativen/ungetesteten und 20 Prozent der HIV-positiven Teilnehmer erkrankten in den vergangenen zwölf Monaten an einer von drei bakteriellen STI, Syphilis, Gonorrhö und Chlamydieninfektion. Damit sind diese Inzidenzen seit 2007 leicht rückläufig. Dieser Rückgang in der Inzidenz ist auch für die Syphilis-Infektion zu beobachten, die in der aktuellen Erhebung von einem Prozent der HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer und von elf Prozent der HIV-positiven Teilnehmer berichtet wird.

Inzidenzen bakterieller und viraler STI hängen stark von der Anzahl der Sexualpartner ab. Aus diesem Grund finden sich die höchsten Inzidenzen für diese Infektionen unter den Teilnehmern zwischen 30 und 44 Jahren, die auch durchschnittlich die höchsten Partnerzahlen berichten. Der deutliche Unterschied in Prävalenzen und Inzidenzen von STI zwischen HIV-negativen/ungetesteten und HIV-positiven Männern kann zum Teil auf Unterschiede in der Partnerzahl und im Untersuchungsverhalten zwischen beiden Gruppen zurückgeführt werden. Allerdings müssen auch weitere Faktoren zu diesem Unterschied beitragen, denn auch bei Konstanzhaltung der Partnerzahl und Einschränkung der Analyse auf Teilnehmer, die tatsächlich auf STI getestet wurden, existieren weiterhin Unterschiede zwischen den Gruppen.

Xi. Informationsverhalten und Informationsbedarfe

XII. Informationsverhalten und Informationsbedarfe

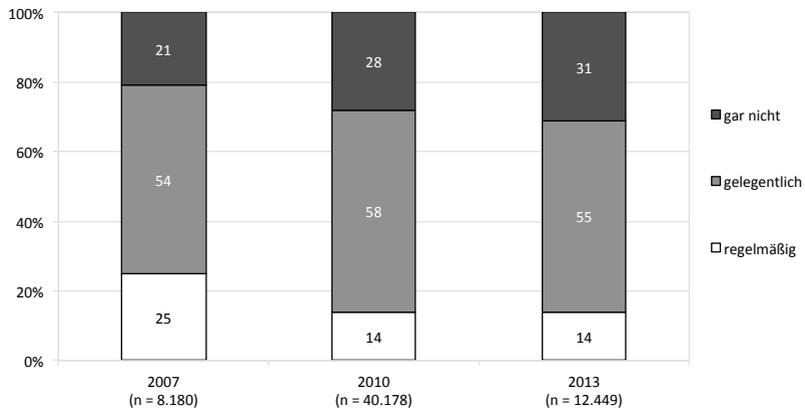
257

Die Erfassung des (regelmäßigen) Informationsverhaltens zu HIV/AIDS erfolgte in der aktuellen Erhebung analog zum Vorgehen in den früheren Erhebungen mit einer einzelnen Frage und bezogen auf die vergangenen zwölf Monate. In diesem Zeitraum haben sich mehr als zwei Drittel der Teilnehmer über HIV/AIDS informiert (69 Prozent), 14 Prozent haben sich sogar regelmäßig informiert. Die übrigen 31 Prozent geben an, sich in diesem Zeitraum gar nicht zu HIV/AIDS informiert zu haben. Abbildung 11.1 zeigt, dass der Anteil derer, die sich zu HIV/AIDS informiert haben, im Zeitverlauf seit 2003 abnimmt. Im Jahr 2007 geben noch 79 Prozent an, sich informiert zu haben, im Jahr 2010 sind dies noch 72 Prozent. Bochow et al. (2012) zeigen, dass Teilnehmer an der Erhebung 2010, die angeben, sich nicht zu HIV/AIDS informiert zu haben, in der großen Mehrheit (90 Prozent) angeben, bereits informiert zu sein. In der aktuellen Erhebung wurde diese Frage nach den Gründen für das Nichteinholen von Information nicht gestellt, die entsprechende Zahl aus der Befragung von 2007 (80 Prozent) verweist jedoch darauf, dass der Anteil derjenigen, die sich nicht informiert haben, weil sie sich für ausreichend informiert halten, über den Zeitverlauf ansteigt. Deshalb spielt dieser Grund wahrscheinlich auch bei den Teilnehmern der aktuellen

Erhebung, die sich nicht informiert haben, eine wichtige Rolle. Das rückläufige Informationsverhalten über die Zeit ist dementsprechend nicht zwangsläufig als steigendes Desinteresse an diesem Thema zu interpretieren. Allerdings haben die letzten Jahre bahnbrechende Umwälzungen auf dem Gebiet der HIV-Forschung und HIV-Prävention gezeitigt, so dass es fraglich erscheint, ob ein subjektiv ausreichendes Wissen zu HIV, das nicht aktualisiert wird, tatsächlich auch ein objektiv ausreichendes Wissen darstellt.

Abbildung 11.1: Informationsverhalten zu HIV in den vergangenen zwölf Monaten in der Zeitreihe

Basis: alle Teilnehmer



258

Das Informationsverhalten hängt nur wenig vom Alter ab. Jüngere Teilnehmer informieren sich seltener regelmäßig als ältere Teilnehmer, und unter den Teilnehmern über 44 Jahre ist der Anteil der Informierten am größten (vgl. Abb. 11.1A im Anhang Seite 327). Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind vergleichsweise gering. Fast alle Teilnehmer mit einer HIV-Diagnose haben sich in den vergangenen zwölf Monaten zu HIV informiert (92 Prozent). Unter den HIV-negativ getesteten Teilnehmern haben sich 73 Prozent überhaupt informiert, zwölf Prozent regelmäßig, aber 27 Prozent gar nicht. Mehr HIV-negative Teilnehmer mit einem aktuellen HIV-Testergebnis haben sich zu HIV informiert (83 Prozent) als Teilnehmer mit einem HIV-Testergebnis, das

mehr als ein Jahr zurückliegt (61 Prozent). Dieser Unterschied kann eventuell auf die zum HIV-Test in vielen Settings angebotene Beratung zurückgeführt werden, es kann allerdings auch vermutet werden, dass Männer, die sich zu HIV informieren, sich auch häufiger testen lassen. Am seltensten informieren sich Teilnehmer, die sich noch nie auf HIV haben testen lassen, nur 53 Prozent haben sich in dieser Gruppe informiert (Abb. 11.2A im Anhang Seite 328). Abbildung 11.4A (im Anhang Seite 329) zeigt, dass sich Teilnehmer, die in kleineren Orten wohnen, seltener informieren als Teilnehmer, die in größeren Orten wohnen. Zudem hängt das Informationsverhalten auch vom Bildungsniveau ab. Zwar ist der Anteil derjenigen, die sich regelmäßig zu HIV informieren, in allen drei Bildungsgruppen gleich (vgl. Abb. 11.3A im Anhang Seite 328), aber 73 Prozent in der höchsten Bildungsgruppe haben sich überhaupt informiert gegenüber 58 Prozent in der niedrigsten Bildungsgruppe. Mit einer zunehmenden Anzahl von Sexualpartnern steigt der Anteil der Teilnehmer, die sich zu HIV informieren. Unter den Teilnehmern, die keinen anderen Sexualpartner in den vergangenen zwölf Monaten berichten, haben sich 44 Prozent nicht informiert, unter den Teilnehmer mit elf bis 50 Sexualpartnern sind es 19 Prozent und unter den Teilnehmern mit mehr als 50 Sexualpartnern sind es nur 15 Prozent (vgl. Abb. 11.5A im Anhang Seite 329). Ein weiterer Faktor, mit dem das Informationsverhalten zusammenhängt, ist die Nähe zur schwulen Szene. 53 Prozent der Teilnehmer, die die schwule Szene gar nicht aufsuchen, haben sich zu HIV informiert. Unter den Teilnehmern mit sporadischen Kontakten zur Szene liegt dieser Anteil bei 70 Prozent und beträgt unter den regelmäßigen Szenebesuchern sogar 80 Prozent (Abb. 11.6A im Anhang Seite 330). Teilnehmer, die Homosexualität als problematisch wahrnehmen, informieren sich seltener zu HIV als Teilnehmer, die keine Probleme mit ihrer Homosexualität haben, wie der Zusammenhang zwischen internalisierter Homonegativität und Informationsverhalten zeigt (vgl. Abb. 11.7A im Anhang Seite 330).

11.1 Informationsbedarfe zu sexuell übertragbaren Infektionen

Schwule und andere MSM weisen, wie die Ergebnisse in Kapitel 10 gezeigt haben, vergleichsweise hohe Prävalenzen für andere STI als HIV auf, weshalb die zielgruppenspezifische HIV-Prävention bereits seit einigen Jahren ihren Fokus um diese Erkrankungen erweitert hat (siehe die Kampagne ICH WEISS

WAS ICH TU der Deutschen AIDS-Hilfe). Aus diesem Grund wurden die Fragen nach den erfolgten Diagnosen für diverse STI (vgl. Kapitel 10) um die Erfassung von Informationsbedarfen im Hinblick auf diese Erkrankungen ergänzt.

Tabelle 11.1 zeigt, dass unter den vorgegebenen STI die höchsten Informationsbedarfe zu Anal- und Genitalherpes (53 Prozent), Chlamydieninfektionen (52 Prozent) und Anal- und Genitalwarzen (50 Prozent) bestehen. Jeweils mehr als die Hälfte aller Teilnehmer nimmt sich als nicht ausreichend informiert zu diesen Erkrankungen wahr. Auch zu den übrigen Infektionen sind die subjektiven Informationsbedarfe hoch. Sie liegen zwischen 38 Prozent für die Syphilis und 41 Prozent für die Hepatitis C. In anderen Worten, es gibt keine STI, bei der sich mehr als 60 Prozent der Befragungsteilnehmer ausreichend informiert fühlen.

Tabelle 11.1: Informationsbedarfe zu sexuell übertragbaren Infektionen nach Altersgruppen (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	16–19 Jahre	20–29 Jahre	30–44 Jahre	über 44 Jahre	Gesamt
Syphilis	62	59	38	27	38
Gonorrhö (Tripper)	66	51	39	27	39
Chlamydieninfektion	73	59	50	45	52
Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen)	69	59	49	43	50
Anal- oder Genitalherpes	68	60	53	46	53
Hepatitis B	64	51	36	29	39
Hepatitis C	66	52	38	31	40

Tabelle 11.1 zeigt zudem, dass vor allem die jüngeren Teilnehmer Informationsbedarfe sehen. Bei den ganz jungen Teilnehmern, die unter 20 Jahre alt sind, geben sogar zwischen 62 Prozent (Syphilis) und 73 Prozent (Chlamydieninfektion) Informationsbedarf an. Auch unter den Teilnehmern, die zwischen 20 und 29 Jahre alt sind, gibt die Mehrheit für fast alle STI Informationsbedarfe an, außer für die Syphilis, bei der sich 49 Prozent nicht ausreichend informiert fühlen.

Tabelle 11.2 zeigt den Informationsbedarf nach HIV-Serostatus und HIV-Testverhalten. HIV-Positive berichten den mit Abstand geringsten Informationsbedarf. Die mitgeteilten Wissenslücken schwanken für die verschiedenen Infektionen zwischen 17 Prozent (Syphilis) und 38 Prozent (Anal- und Genitalherpes). HIV-negativ getestete Teilnehmer mit einem aktuellen HIV-Testergebnis berichten zwar durchgängig niedrigere Informationsbedarfe als HIV-negativ Getestete mit einem älteren HIV-Test, diese Unterschiede sind allerdings nicht besonders stark ausgeprägt. Die Höhe der Informationsbedarfe der HIV-negativ getesteten Teilnehmer liegt zwischen der Höhe der Informationsbedarfe der HIV-positiven Teilnehmer und der der ungetesteten Teilnehmer, die für alle Infektionen die höchsten Informationsbedarfe anmelden. Dass gerade diese Gruppe den höchsten Informationsbedarf hat, hat gewiss auch damit zu tun, dass ungetestete Teilnehmer durchschnittlich jünger sind als Teilnehmer, die sich bereits auf HIV haben testen lassen.

Tabelle 11.2: Informationsbedarfe zu sexuell übertragbaren Infektionen nach HIV-Serostatus und HIV-Testverhalten (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	HIV-positiv getestete Teilnehmer	HIV-negativ getestete Teilnehmer mit aktuellem Test	HIV-negativ getestete Teilnehmer mit älterem Test	ungetestete Teilnehmer
Syphilis	17	33	38	52
Gonorrhö (Tripper)	19	34	39	53
Chlamydieninfektion	33	46	52	64
Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen)	31	45	50	62
Anal- oder Genitalherpes	38	39	54	62
Hepatitis B	21	32	39	53
Hepatitis C	24	34	40	53

11.2 Kenntnis und Nutzung von Präventionsangeboten

In Deutschland existieren vielfältige Möglichkeiten für schwule und andere MSM, sich über HIV und andere STI zu informieren. Die Kenntnis und Nutzung dieser Möglichkeiten wurde in der aktuellen Erhebung für Beratungsangebote, für Internetseiten und für Präventionsmaterialien erfasst. Dieses Vorgehen unterscheidet sich in drei Aspekten von den vorherigen Erhebungen. Bisher wurde nur die Kenntnis von Präventionsmaterialien erfasst, nicht aber von Beratungsangeboten und Internetseiten. Die Nutzung von Beratungsangeboten und Internetseiten wurde nicht, wie in den bisherigen Erhebungen, auf die vergangenen zwölf Monate beschränkt, sondern es wurde danach gefragt, ob diese Angebote überhaupt schon einmal zur Information über HIV und andere STI genutzt wurden. Die Kenntnis der Präventionsmaterialien wurde weniger differenziert erfasst als in den vergangenen Erhebungen. So wurden zum Beispiel Poster/Plakate, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe nicht einzeln in einer Frage erfasst. Aus diesen Gründen sind direkte Vergleiche der Nutzung von Präventionsangeboten und -materialien mit den vorherigen Erhebungen nicht durchführbar.

263

Tabelle 11.3 zeigt, für die erfassten Beratungsangebote, Nutzung und Kenntnis in der Gesamtstichprobe gestuft nach Kenntnis des Angebots. Die Ärztin bzw. der Arzt ist den Teilnehmern als Informationsquelle für HIV und andere STI nicht nur am geläufigsten, sondern wird am häufigsten zur Information genutzt (31 Prozent). Auch das Gesundheitsamt ist als Informationsquelle weitgehend bekannt, wurde aber von deutlich weniger Teilnehmern genutzt (19 Prozent). 79 Prozent kennen die Onlineberatung der Deutschen AIDS-Hilfe, 20 Prozent haben sie bereits genutzt. Die telefonische HIV/AIDS-Beratung ist bei 77 Prozent der Teilnehmer bekannt, aber nur fünf Prozent haben sie jemals genutzt. Der Online Health Support, der auf der Plattform planetromeo.com von der Deutschen AIDS-Hilfe angeboten wird, ist 74 Prozent der Teilnehmer bekannt, 20 Prozent haben dieses Angebot genutzt. Am wenigsten bekannt sind die Vor-Ort-Teams in der schwulen Szene, allerdings kennen auch diese Beratungsmöglichkeit 63 Prozent der Teilnehmer, 15 Prozent geben an, diese bereits in Anspruch genommen zu haben.

Tabelle 11.3: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten zur HIV und anderen STI (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

	Nutzung	Kenntnis	keine Kenntnis
Vor-Ort-Teams / Präventionsteams in der Szene	15	49	37
telefonische HIV/AIDS-Beratung	5	72	23
eigener (Haus-)Arzt	31	60	9
Beratung im Gesundheitsamt	19	66	15
Online-Beratung der Deutschen Aids-Hilfen	20	59	21
Online Health Support bei Gayromeo	20	55	26

264

Tabelle 11.1A (im Anhang Seite 331) stellt die Kenntnis und Nutzung dieser Beratungsangebote nach Altersgruppen dar. Es zeigt sich, dass die jüngsten Teilnehmer Beratungsangebote am häufigsten nicht kennen. Die Kenntnis dieser Angebote steigt für alle Angebote mit zunehmendem Alter. In der Regel steigt die Nutzung ebenfalls mit zunehmendem Alter. Dieser Trend gilt jedoch nicht für die Beratung im Gesundheitsamt, die am häufigsten von den 30- bis 44-jährigen Teilnehmern genutzt wurde, und die Onlineberatung der Deutschen AIDS-Hilfe, die von den über 44-jährigen Teilnehmern am seltensten genutzt wird.

Das Nutzungsverhalten von Beratungsangeboten unterscheidet sich zudem stark nach dem HIV-Testverhalten und dem HIV-Serostatus. Tabelle 11.2A (im Anhang Seite 333) zeigt, dass ungetestete Teilnehmer fast alle Beratungsangebote am seltensten nutzen und diese auch am seltensten kennen. HIV-positiv getestete Teilnehmer nutzen die telefonische HIV/AIDS-Beratung und die Vor-Ort-Teams überdurchschnittlich häufig. Am häufigsten nutzen sie allerdings

Ärztinnen und Ärzte als Informationsquelle zu HIV/AIDS, mit 87 Prozent deutlich häufiger als die anderen Teilnehmer. Unter den HIV-negativ getesteten Teilnehmern mit einem aktuellen HIV-Test ist die Nutzung und Kenntnis aller Beratungsangebote stärker ausgeprägt als unter HIV-negativ getesteten Teilnehmern mit einem älteren HIV-Test.

Unterschiede in der Nutzung und Kenntnis von Beratungsangeboten nach dem Bildungsniveau sind weniger stark ausgeprägt. Fast durchgängig geben mehr Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsabschluss an, die Beratungsangebote nicht zu kennen, während Teilnehmer mit einem hohen Bildungsabschluss dies seltener angeben. Derart einheitliche Muster finden sich allerdings nicht für die Nutzung der Beratungsangebote. So nutzen Teilnehmer mit niedrigem Bildungsabschluss überdurchschnittlich häufig Ärztinnen und Ärzte und die telefonische HIV/AIDS-Beratung zur Information zu HIV, aber unterdurchschnittlich häufig die Beratung im Gesundheitsamt und die Onlineberatung der Deutschen AIDS-Hilfe (vgl. Tab. 11.3A im Anhang Seite 335).

Tabelle 11.4A (im Anhang Seite 337) zeigt Nutzungsverhalten und Kenntnis von Beratungsangeboten nach der Einwohnerzahl des Wohnorts. Die größten Unterschiede in der Nutzung finden sich hinsichtlich des eigenen Arzt bzw. der eigenen Ärztin. Obwohl die Kenntnis dieser Informationsquelle nur vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Teilnehmern aus größeren und kleineren Städten aufweist, ist der Unterschied in der Nutzung viel deutlicher. So wird die eigene Ärztin bzw. der eigene Arzt nur von 25 Prozent der Teilnehmer aus Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern als Informationsquelle genutzt, in den Millionenstädten sind dies im Vergleich dazu 46 Prozent. Ein Grund dafür wird das weitgehende Fehlen von HIV-Schwerpunktpraxen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in kleineren Orten sein, die selbst homosexuell sind oder für ihre Offenheit gegenüber schwulen Männern bekannt sind. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in kleineren Orten werden von den dort lebenden Männern eventuell weniger als vertrauenswürdige und kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner wahrgenommen und entsprechend weniger in Anspruch genommen. Teilnehmer aus kleineren Städten kennen und nutzen auch seltener Vor-Ort-Teams in der schwulen Szene, da in kleinen Städten in der Regel keine schwule Szene existiert. Keine Unterschiede finden sich allerdings hinsichtlich der Nutzung

von Präventionsangeboten, die telefonisch oder online erreichbar sind. Diese werden in gleicher Häufigkeit von Teilnehmern aus kleineren und größeren Orten genutzt.

Das Internet bietet sich als Informationsquelle für schwule Männer an. Schwule Männer gelten als internetaffiner als die Gesamtbevölkerung. Die Kenntnis und Nutzung von Internetseiten, die Informationen zu HIV/AIDS bereitstellen, ist deshalb hoch. 84 Prozent der Teilnehmer kennen die Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe (www.aidshilfe.de), und kaum weniger die Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA – (www.machsmitt.de; www.gib-aids-keine-chance.de). Allerdings ist die Nutzung von www.aidshilfe.de mit 43 Prozent etwas höher als die Nutzung der BZgA-Internetseiten mit 38 Prozent. Deutlich weniger Teilnehmern ist die Website der Welt-Aids-Tag-Kampagne bekannt (63 Prozent), nur 17 Prozent haben sie bereits besucht (vgl. Tab. 11.4).

**Tabelle 11.4: Kenntnis und Nutzung von Internetseiten zu HIV/AIDS
(in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer**

	Nutzung	Kenntnis	keine Kenntnis
Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe (www.aidshilfe.de)	43	41	16
Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de)	38	45	17
Website der Welt-Aids-Tag-Kampagne (www.welt-aids-tag.de)	17	45	37

Tabelle 11.5A (im Anhang Seite 339) zeigt die Kenntnis und Nutzung der Internetseiten zu HIV/AIDS in den verschiedenen Altersgruppen. Die Website der Deutschen AIDS-Hilfe wird stärker von älteren Teilnehmern besucht, jüngeren Teilnehmern ist diese häufiger nicht bekannt. Allerdings nutzen die Welt-Aids-Tag-Website eher jüngere Teilnehmer, älteren Teilnehmern ist sie dagegen weniger bekannt. Die Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind überdurchschnittlich häufig den Teilnehmern zwischen 20 und 44 Jahren bekannt und werden von diesen auch überdurchschnittlich häufig genutzt. Insgesamt sind Alterseffekte in der Nutzung von Internetseiten jedoch nicht besonders stark ausgeprägt.

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen dem Informationsverhalten und dem HIV-Serostatus und dem HIV-Testverhalten. Es zeigen sich dieselben Effekte wie auch hinsichtlich der Beratungsangebote. Unter den HIV-positiven Teilnehmern ist der Anteil derjenigen, die die jeweilige Internetseite kennen und nutzen, am höchsten, und unter den ungetesteten Teilnehmern ist dieser Anteil am geringsten. HIV-negativ getestete Teilnehmer mit aktuellem HIV-Test kennen und nutzen die Internetseiten häufiger als HIV-negativ getestete Teilnehmer, deren letzter HIV-Test länger als ein Jahr zurückliegt (vgl. Tab. 11.6A im Anhang Seite 340).

Ausgeprägte Unterschiede für die Nutzung und Kenntnis von Internetseiten zwischen Teilnehmern mit unterschiedlichem Bildungsniveau lassen sich nur für die Internetseiten der Deutschen AIDS-Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen (jedoch nicht für die Website der Welt-Aids-Tag-Kampagne, vgl. Tab. 11.7A im Anhang Seite 341). Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsniveau kennen und nutzen diese Internetseiten am seltensten, Teilnehmer mit einem hohen Bildungsniveau am häufigsten.

Auch hinsichtlich der Einwohnerzahl der Wohnorte der Befragungsteilnehmer finden sich keine ausgeprägten Unterschiede in Kenntnis und Nutzung der Website der Welt-Aids-Tag-Kampagne. Die Internetseiten der Deutschen AIDS-Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden von den Teilnehmern aus kleineren Orten weniger genutzt, und sie sind auch, in geringerem Umfang, weniger bekannt (vgl. Tab. 11.8A im Anhang Seite 342).

11.3 Kenntnis von Präventionsmaterialien

Tabelle 11.5 zeigt den Bekanntheitsgrad von Präventionsmaterialien und -medien der Deutschen AIDS-Hilfe, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und regionaler Aidshilfen. Die Kenntnis dieser Materialien ist in der Regel sehr hoch. Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe, die in einer Frage erfasst wurden, kennen 83 Prozent der Teilnehmer, die Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe mit 72 Prozent etwas weniger. Den höchsten Bekanntheitsgrad weisen die Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf, 89 Prozent geben an, diese zu kennen. Kaum weniger bekannt sind die Fernseh-, Kino-, und Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit 88 Prozent, denen diese bekannt sind. Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind etwas seltener bekannt, aber die Mehrheit der Teilnehmer von 64 Prozent kennt auch diese Materialien. Den geringsten Bekanntheitsgrad weisen Informationsmaterialien von regionalen AIDS-Hilfen und anderen Präventionsprojekten auf. 45 Prozent der Teilnehmer geben an, diese zu kennen.

**Tabelle 11.5: Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien
(in Prozent)**

Basis: alle Teilnehmer (n = 12.222)

	Kenntnis
Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)	83
Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe	72
Infomaterial und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	64
Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („mach’s mit“-Kampagne, Welt-Aids-Tag-Kampagne)	89
Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	88
Infomaterial der regionalen AIDS-Hilfen und -Projekte (z. B. Mancheck, Hein & Fiete, Herzenslust)	45

269

Für die Kenntnis fast aller Präventionsmaterialien zeigt sich ein Alterseffekt. Jüngere Teilnehmer geben zu einem geringeren Anteil an, die Materialien zu kennen, ältere Teilnehmer geben dies zu einem höheren Anteil an. Dieser Effekt ist für die Materialien und Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weniger stark ausgeprägt als für die Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe und regionaler Aidshilfen. Das bedeutet, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit ihren Materialien jüngere Männer in einem größeren Umfang erreicht (vgl. Tab. 11.9A im Anhang Seite 343).

Unter HIV-positiven Befragungsteilnehmer ist die Kenntnis der meisten Materialien und Medien am stärksten ausgeprägt, unter den ungetesteten Teilnehmern am geringsten. HIV-negativ getestete Teilnehmer mit aktuellem

Test kennen die meisten Materialien und Medien häufiger als HIV-negativ getestete Teilnehmer mit einem älteren HIV-Test. Auch hier findet sich wieder das gleiche Muster wie bei den Beratungsangeboten und den Internetseiten. Unterschiede nach HIV-Serostatus und HIV-Testverhalten sind für die Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe und der regionalen Aidshilfen stärker ausgeprägt als für die Materialien und Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. Tab. 11.10A im Anhang Seite 344).

Unterschiede in der Kenntnis von Präventionsmaterialien und -medien nach dem Bildungsniveau der Teilnehmer zeigt Tabelle 11.11A (im Anhang Seite 345). Deutliche Effekte zeigen sich hier für die Kenntnis von Broschüren und Informationsmaterial und der Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Diese kennen Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsniveau am seltensten und Teilnehmer mit einem hohen Bildungsniveau am häufigsten. Für alle anderen Materialien und Medien sind Unterschiede nur gering ausgeprägt.

270

Tabelle 11.12A (im Anhang Seite 346) zeigt Unterschiede in der Kenntnis der Präventionsmaterialien und -medien in Abhängigkeit von der Größe des Wohnorts der Befragungsteilnehmer. Zwar sind die Materialien unter Teilnehmern aus kleineren Städten weniger bekannt als unter Teilnehmern aus größeren Städten, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind in der Regel aber nicht besonders stark ausgeprägt. Kaum unterscheiden sich diese Gruppen hinsichtlich der Kenntnis der Großflächenplakate und der Fernseh-, Kino- und Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Diese massenmedialen Kommunikationswege erreichen auch schwule und andere MSM, die in kleineren Orten leben. Deutliche Unterschiede finden sich hinsichtlich der Informationsmaterialien von regionalen Aidshilfen und anderen Präventionseinrichtungen, nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer in Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern kennen diese Materialien.

11.4 Reichweite und Bewertung der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU

Die Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU ist die erste bundesweite und zielgruppenspezifische Kampagne zur Prävention von HIV und anderen STI, die sich an schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, richtet. Verantwortlich für die Konzeption und Realisierung der Kampagne ist die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH). Die Umsetzung der Kampagne erfolgt in enger Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Kampagne verfolgt eine Reihe von Zielen, unter anderem:

- Vermittlung differenzierter Informationen zum Schutz vor HIV und STIs
- Vermittlung differenzierter gesundheitsbezogener Problemlösungsstrategien und Wissen über Risikomanagement
- Förderung individueller Gesundheitskompetenz
- Vermittlung unspezifischer Gesundheitsgewinne und Ressourcenstärkung
- Veränderungen der sozialen Norm zu Safer Sex und Gesundheit
- Veränderungen von Einstellungen, Anstoßen von Reflexionsprozessen
- Bildung bzw. Stärkung von Intentionen, Safer Sex zu praktizieren
- Rückkehr zu bzw. Stabilisierung des Safer-Sex-Verhaltens
- Entstigmatisierung von Menschen mit HIV/AIDS

Zentrale Elemente der Kampagne sind zum einen die Arbeit mit authentischen Rollenmodellen, die verschiedene Themen der HIV-Prävention und/oder schwuler Lebenswelten thematisieren, zum anderen die Internetpräsenz, die unter anderem die Rollenmodellerzählungen und Wissensinhalte bündelt. Eine begleitende Evaluation der ersten Phase der Kampagne bescheinigt ihr eine hohe Reichweite und Akzeptanz in der Zielgruppe sowie eine

weitgehende Wirksamkeit hinsichtlich ihrer Zielsetzungen (Drewes, Kraschl & Kleiber, 2011).

Im Rahmen der aktuellen Erhebung wurde, wie in einer Befragung schwuler und anderer MSM im Jahr 2010 sowie in der EMIS/SMHA-Erhebung im Jahr 2010, nach der Bekanntheit der Kampagne und ihrer Elemente sowie nach ihrer Bewertung gefragt, um aktuelle Ergebnisse zur Reichweite und Akzeptanz in der Zielgruppe zu erhalten.

Insgesamt geben 60 Prozent der Teilnehmer an, die Kampagne zu kennen. Damit ist die Reichweite der Kampagne seit 2010 gestiegen. In der EMIS/SMHA-Erhebung 2010 lag die Kenntnis der Kampagne bei 41 Prozent, in der Evaluationsbefragung im Jahr 2010 lag sie bei 51 Prozent. Jüngere Männer kennen die Kampagne seltener (unter 20-jährige Teilnehmer: 32 Prozent), unter den Teilnehmern, die älter als 19 Jahre sind, schwankt der Kenntnisgrad zwischen 59 und 62 Prozent. Unter HIV-positiven Teilnehmern ist die Kenntnis der Kampagne (81 Prozent) am höchsten, unter den HIV-negativ getesteten Teilnehmern mit einem aktuellen HIV-Testergebnis liegt die Bekanntheit bei 68 Prozent, unter denen mit einem älteren Testergebnis bei 61 Prozent und unter den ungetesteten Teilnehmern bei 42 Prozent. Unterschiede in der Kenntnis der Kampagne nach Bildungsniveau sind geringer ausgeprägt. Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsabschluss kennen die Kampagne zu 54 Prozent, Teilnehmer mit einem mittleren Bildungsabschluss zu 58 Prozent und Teilnehmer mit einem hohen Bildungsabschluss zu 62 Prozent. Zudem hängt die Bekanntheit der Kampagne mit der Wohnortgröße zusammen. 51 Prozent der Teilnehmer aus kleineren Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern geben an, die Kampagne zu kennen. Unter den Teilnehmern aus Städten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern sind dies 63 Prozent, in Städten zwischen 500.000 und einer Million Einwohner liegt der Kenntnisgrad bei 67 Prozent und in den Millionenstädten bei 72 Prozent.

272

Die Kampagnen-Website kennen 48 Prozent aller Teilnehmer (das sind 80 Prozent aller Teilnehmer, die die Kampagne überhaupt kennen). 22 Prozent aller Teilnehmer geben an, die Kampagnenwebsite wenigstens einmal besucht zu haben (36 Prozent der Teilnehmer, die die Kampagne kennen), neun Prozent haben sie bereits mehrmals besucht. Damit liegen sowohl Kenntnis als auch

Nutzung der Kampagnenwebsite deutlich niedriger als Kenntnis und Nutzung der Internetseiten der Deutschen AIDS-Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Kenntnis und Nutzung der Kampagnenwebsite in den verschiedenen Subgruppen folgen dem gleichen Muster wie die Kenntnis der Kampagne selbst. Tabelle 11.13A (im Anhang Seite 347) zeigt, dass Teilnehmer zwischen 30 und 44 Jahren die Website am häufigsten kennen (52 Prozent) und diese auch am häufigsten besuchen (25 Prozent). Nicht wesentlich geringer ist die Kenntnis und Nutzung unter Teilnehmern, die zwischen 20 und 29 Jahren alt sind. Teilnehmer unter 20 Jahren nutzen die Kampagnenwebsite allerdings deutlich seltener (9 Prozent), und nur 26 Prozent kennen sie.

HIV-positiv getestete Teilnehmer kennen und nutzen die Kampagnenwebsite wiederum am häufigsten. Ein Drittel der HIV-positiven Teilnehmer hat die Kampagne bereits besucht (vgl. Tabelle 11.14A im Anhang Seite 347). Unter HIV-negativen Teilnehmern unterscheidet sich Kenntnis und Nutzung nach der Aktualität des HIV-Testergebnisses, HIV-negativ getestete Teilnehmer mit einem aktuellen Testergebnis besuchen die Kampagne häufiger (26 Prozent) als Teilnehmer mit einem älteren negativen HIV-Testergebnis (21 Prozent), am geringsten ist die Nutzung unter den ungetesteten Teilnehmern mit 13 Prozent.

Ein Zusammenhang der Nutzung und Kenntnis der Kampagnenwebsite zeigt sich auch mit dem Bildungsniveau. Mit steigendem Bildungsniveau steigen auch Kenntnis und Besuch der Kampagnenwebsite (vgl. Tabelle 11.15A im Anhang Seite 348). Teilnehmer aus Millionenstädten kennen die Website nicht nur zu einem höheren Anteil als Teilnehmer aus kleineren Städten, sie nutzen diese auch häufiger (27 Prozent vs. 17 Prozent in Städten mit weniger als 100.000 Einwohnern).

Neben der Website ist die Kampagne auch in verschiedenen Medien und in der schwulen Szene präsent. Tabelle 11.6 zeigt, wie häufig diese Elemente der Kampagne von den Teilnehmern wahrgenommen werden, die angeben, die Kampagne zu kennen. Am häufigsten wurden Internetbanner der Kampagne im Internet wahrgenommen, 65 Prozent haben diese gesehen, 20 Prozent sogar

häufig. Kaum weniger Teilnehmer, die die Kampagne kennen, haben die Anzeigen mit Rollenmodellen in schwulen Magazinen gesehen, insgesamt 64 Prozent, 28 Prozent sogar häufig. Berichte in der schwulen Presse und im Internet über die Kampagne haben jeweils 60 Prozent der Teilnehmer wahrgenommen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer hat auch Faltblätter der Kampagne (58 Prozent) und die Teams und Aktionsstände auf schwulen Veranstaltungen und in der schwulen Szene (55 Prozent) gesehen. Gerade die Wahrnehmung der Teams und Aktionsstände ist deutlich von der Wohnortgröße abhängig, unter den Teilnehmern in Millionenstädten haben 62 Prozent diese gesehen. Lediglich die Facebookpage wurde deutlich seltener als die anderen Elemente der Kampagne wahrgenommen. Nur 20 Prozent haben diese überhaupt gesehen und sechs Prozent häufig.

**Tabelle 11.6: Wahrnehmung von Elementen der IWWIT-Kampagne
(in Prozent)**

Basis: alle Teilnehmer, die IWWIT kennen (n = 7.220)

	häufig gesehen	einmal/ manchmal gesehen	nie gesehen / kenne ich nicht
Anzeigen mit Rollenmodellen der Kampagne in der schwulen Presse	28	36	36
Berichte in der schwulen Presse über die Kampagne	17	42	41
Berichte im Internet über die Kampagne	14	45	40
Internetbanner der Kampagne	20	45	35
Teams und Aktionsstände auf schwulen Veranstaltungen und in der schwulen Szene	20	35	45
Faltblätter/Flyer der Kampagne	20	38	42
auf der Facebook-Seite der IWWIT-Kampagne	6	14	80

Bei den IWWIT-Testwochen, die in den letzten Jahren in verschiedenen, vor allem größeren Städten durchgeführt wurden, wurden Tests auf HIV und andere STI für die Zielgruppe durch Einrichtungen vor Ort, wie zum Beispiel lokale Aidshilfen, angeboten und bundesweit im Rahmen der Kampagne beworben.

21 Prozent der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, haben von diesen Testwochen gehört, und zwei Prozent haben daran auch teilgenommen.

Die Kampagne wird von den Teilnehmern, die sie kennen, mehrheitlich als sehr gut oder gut bewertet. Fast zwei Drittel vergeben eine solche Bewertung. Tabelle 11.7 zeigt, dass nur 17 Prozent die Kampagne als ausreichend oder schlechter bewerten. Unterschiede in der Bewertung der Kampagne nach Alter lassen sich nicht identifizieren.

Tabelle 11.7: Bewertung der Kampagne nach Altersgruppen (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer, die die IWWIT-Kampagne kennen

	Gesamt	16–19 Jahre (n = 221)	20–29 Jahre (n = 1.748)	30–44 Jahre (n = 2.468)	über 44 Jahre (n = 2.388)
sehr gut	16	16	14	15	17
gut	47	43	48	48	45
befriedigend	20	25	22	20	19
ausreichend	11	10	11	10	12
mangelhaft	4	3	4	5	5
ungenügend	2	3	2	2	3

276

Ein wichtiger Aspekt der Bewertung der Kampagne ist, inwiefern diese als hilfreich durch die Teilnehmer wahrgenommen wird. Insgesamt teilen 26 Prozent der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, mit, dass sie durch die Kampagne Informationen erhalten haben, die für sie hilfreich waren. 39 Prozent verneinen diese Frage und 35 Prozent können sie nicht beantworten. Die Bewertung der Kampagne als hilfreich hängt allerdings deutlich mit der tatsächlichen

aktiven Wahrnehmung der Kampagne zusammen. Dies lässt sich gut an der Häufigkeit des Besuchs der Kampagnenwebsite demonstrieren. Teilnehmer, die die Website nicht besucht haben, geben nur selten an, hilfreiche Informationen durch die Kampagne erhalten zu haben. Der Anteil derjenigen, die hilfreiche Informationen durch die Kampagne erhalten haben, ist deutlich höher, wenn die Website genutzt wurde. Bei einem einmaligen Besuch der Website sagen bereits 35 Prozent, dass sie hilfreiche Informationen erhalten haben, und nur 30 Prozent sind nicht dieser Meinung. Nach mehrmaligem Besuch sind es sogar fast zwei Drittel, die hilfreiche Informationen erhalten haben, nur 15 Prozent dieser Teilnehmer geben an, keine hilfreichen Informationen erhalten zu haben. Auch der Anteil der Unentschlossenen ist in dieser Gruppe unterdurchschnittlich, nur 19 Prozent geben an, dass sie die Frage nicht beantworten können. Diese Ergebnisse sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Kampagne in hohem Maße relevante Informationen bereithält, die durch die Zielgruppe als hilfreich empfunden werden, sofern diese die Kampagne denn auch aktiv wahrnehmen.

Tabelle 11.8: Wahrnehmung der Kampagne als hilfreich nach Besuch der Homepage (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer, die die Kampagne kennen

Nutzung bzw. Kenntnis der IWWIT-Homepage	ja	nein	weiß nicht
nein (n = 4.610)	14	47	39
ja, einmal (n = 1.477)	35	30	35
ja, mehrmals (n = 1.150)	66	15	19
Gesamt (n = 7.237)	26	39	35

11.5 Zusammenfassung und Fazit

In der aktuellen Erhebung wurde das Informationsverhalten im Hinblick auf HIV/AIDS und andere STI wie in den vergangenen Erhebungen ausführlich thematisiert. Allerdings wurden vor allem die Fragen nach der Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien und -angeboten etwas anders erfasst als in den vorhergegangenen Erhebungen, weswegen für diese Fragen keine Aussagen zur Zeitstabilität getroffen werden können. Zudem ist anzumerken, dass die Art der Rekrutierung der Befragungsteilnehmer mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Überschätzung der Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien führt. Dies betrifft insbesondere internetbasierte Präventionsansätze wie den Gayromeo Health Support, der durch den hohen Anteil von Teilnehmern, die über die Dating-Plattform Gayromeo den Zugang zur Befragung gefunden haben, wahrscheinlich die tatsächliche Nutzung und Kenntnis in der Population aller schwulen und anderen MSM überschreitet.

278

Insgesamt zeigt sich, dass das Informationsverhalten schwuler und anderer MSM zu HIV/AIDS seit 2007 rückläufig ist: Der Anteil der Teilnehmer, die angeben, sich in den vergangenen zwölf Monaten zu HIV/AIDS informiert zu haben, ist von 79 Prozent im Jahr 2007 auf 69 Prozent in der aktuellen Erhebung gesunken.

Wahrgenommene Informationsbedarfe zu STI sind vergleichsweise hoch. Über einige dieser Infektionen, wie Anal- und Genitalherpes, Chlamydien und Anal- und Genitalwarzen, fühlen sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer nicht ausreichend informiert.

Die bekannteste und von den meisten Teilnehmern genutzte Informationsquelle zu HIV und anderen STI ist die eigene Ärztin bzw. der eigene Arzt. Die Beratung im Gesundheitsamt und die Onlineberatung der Deutschen AIDS-Hilfe sind in der Population der schwulen und anderen MSM ebenfalls weitgehend bekannt und werden auch häufig genutzt. Verschiedene Formen der Onlineberatung sind seltener bekannt als die telefonische HIV/AIDS-Beratung, werden aber deutlich häufiger in Anspruch genommen. Die hohe Affinität der

Teilnehmer zu Online-Kanälen der HIV-Prävention wird auch durch die hohe Bekanntheit und Nutzung der Internetseiten der Deutschen AIDS-Hilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestätigt. Weniger bekannt ist die Website der Welt-Aids-Tag-Kampagne. Die Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind dem überwiegenden Teil der schwulen und anderen MSM bekannt. Den höchsten Bekanntheitsgrad aber haben die Großflächenplakate und die Fernseh-, Kino- und Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zum Informationsverhalten und zur Kenntnis und Nutzung von Angeboten und Materialien der HIV-Prävention zeigen sich übereinstimmende Muster für verschiedene Subgruppen der schwulen und anderen MSM. Ältere Teilnehmer kennen und nutzen Angebote und Materialien häufiger als jüngere Teilnehmer. HIV-positive Teilnehmer erweisen sich als informierter als HIV-negative Teilnehmer, die wiederum häufiger Angebote und Materialien nutzen und kennen als ungetestete Teilnehmer. Da ungetestete Teilnehmer durchschnittlich jünger als getestete Teilnehmer sind, ist dieser Unterschied im Informationsverhalten in Abhängigkeit vom HIV-Testverhalten teilweise auch auf das Alter zurückzuführen. Unterschiede in der Nutzung und Kenntnis von Angeboten der HIV-Prävention zwischen Männern mit unterschiedlichem Bildungsniveau sind in der Regel nur gering ausgeprägt, es informieren sich Teilnehmer mit einem hohen Bildungsniveau aber häufiger als Teilnehmer mit einem niedrigen Bildungsniveau. Teilnehmer, die in kleineren Städten wohnen, kennen und nutzen Angebote und Materialien seltener als Teilnehmer aus größeren, insbesondere Millionenstädten. Vor allem beanspruchen sie die eigene Hausärztin bzw. den eigenen Hausarzt als Informationsquelle zu HIV/AIDS deutlich seltener, ein Hinweis darauf, dass schwule und andere MSM in kleineren Städten ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt wahrscheinlich als weniger vertrauenswürdig, weniger akzeptierend und weniger kompetent im Hinblick auf Informationen zur HIV-Prävention wahrnehmen als Männer aus größeren Städten. Allerdings existieren hinsichtlich der Wohnortgröße keine Unterschiede in der Nutzung von Präventionsangeboten, die telefonisch oder online erreichbar sind, und in der Kenntnis der massenmedialen Kommunikation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Großflächenplakate, Fernseh-, Kino- und Radiospots). Diese Angebote erreichen schwule und andere MSM, die in ländlichen Gegenden wohnen, ebenso gut wie Männer, die in Großstädten wohnen.

Der Bekanntheitsgrad der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU hat seit 2010 zugenommen, 60 Prozent der Teilnehmer geben in der aktuellen Erhebung an, diese Kampagne zu kennen. Die Kampagnenwebsite ist 48 Prozent aller Teilnehmer (d. h. 80 Prozent der Teilnehmer, die die Kampagne kennen) bekannt, 22 Prozent haben diese bereits besucht. Neben der Kampagnenwebsite sind der überwiegenden Mehrheit der Männer, die die Kampagne kennen, auch die Internetbanner der Kampagne vertraut, sowie die Anzeigen mit Rollenmodellen in schwulen Magazinen und im Internet. Die geringste Reichweite der verschiedenen Kampagnenelemente hat die Facebook-Seite. Insgesamt wird die Kampagne von fast zwei Drittel der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, als sehr gut oder gut bewertet. Ein Viertel der Teilnehmer, die die Kampagne kennen, geben an, durch sie hilfreiche Informationen erhalten zu haben. Diese Bewertung hängt sehr stark von der tatsächlichen Nutzung der Kampagne ab. Unter den Teilnehmern, die die Kampagnenwebsite häufiger aufgesucht haben, sind es fast zwei Drittel, die hilfreiche Informationen erhalten haben.

Literatur

An der Heiden, M., Kollan, C., Voß, L., Marcus, U., & Hamouda, O. (2014, Dezember). *Schätzung des Verlaufs der HIV-Inzidenz und -Prävalenz in Deutschland.* Vortrag auf dem HIV-STI Jahrestreffen „Sex, Blut und Infektionen“ des Robert Koch Instituts, Berlin.

Baggaley, R. F., White, R. G., & Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, 39(4), 1048–1063.

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518–529.

282

Biechele, U. (1996). *Schwule Männer aus der Unterschicht. Sexuelle Identität und HIV-Prävention.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bochow, M. (1997). Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. (*AIDS-FORUM DAH, Bd. 16*). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bochow, M. (2000). *Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern.* Berlin: edition sigma.

Bochow, M., Wright, T. W., & Lange, M. (2004). Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. (*AIDS-FORUM DAH, Bd. 48*). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bochow, M., Schmidt, A. J., & Grote, S. (2010). Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Szene, Sex 2007. (*AIDS-FORUM DAH, Bd. 55*). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bochow, M., Lenuweit, S., Sekuler, T., & Schmidt, A. J. (2012). Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten. (*AIDS-FORUM DAH, Bd. 60*). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bochow, Sekuler (2016). Bisexuell aktive Männer: Schutz- und Risikoverhalten vor dem Hintergrund von Aids. DAH-Aids-Forum Bd. 62. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014) *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. www.sigmaresearch.org.uk/chemsex.

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitschutz*, 56 (5–6), 733–739.

Butler, D. M., & Smith, D. M. (2007). Serosorting can potentially increase HIV transmissions. *AIDS*, 21(9), 1218–1220.

Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 725–730.

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2013). Sexual orientation and mental health. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli (Hrsg.), *Handbook of psychology and sexual orientation* (S. 204–222). New York: Oxford University Press.

Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N. et al. (2011). *Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*. *New England Journal of Medicine*, 365(6), 493–505.

Cohen, M. S., Muessig, K. E., Smith, M. K., Powers, K. A., & Kashuba, A. D. (2012). Antiviral agents and HIV prevention: controversies, conflicts, and consensus. *AIDS* (London, England), 26(13), 1585.

Corsten, C., & von Räden, U. (2013). Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(2), 262–268.

Dannecker, M. & Reiche, H. (1974). Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Deutsche AIDS-Hilfe (2014). *Blutspende: Informationen der Deutschen AIDS-Hilfe*. Verfügbar unter: www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/blutspende-informationen-der-deutschen-aids-hilfe

Dinkel, A., Nather, C., Jaeger, H., Jaegel-Guedes, E., Lahmann, C., Steinke, C. et al. (2014). Stigmatisierungserleben bei HIV/AIDS: erste deutsche Adaptation der HIV-Stigma Skala (HSS-D). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 20–7.

284

Drewes, J. (2013). HIV-Stigma, Viruslast und Infektiosität: eine experimentelle Untersuchung des Beitrags der antiretroviralen Therapie zur Entstigmatisierung von HIV/AIDS. Online veröffentlichte Dissertation, Freie Universität Berlin.

Drewes, J., Kraspe, M., Wagner, T., Bochow, M., von Räden, U., Kleiber, D., & Gusy, B. (in Druck). Prevalence and correlates of viral sorting among men having sex with men in Germany. *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

Drewes, J. (2015). Gesundheit schwuler Männer. In P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit – Männer und Frauen im Vergleich*. (S. 409–419). Bern: Hogrefe.

Drewes, J., Kraschl, C. & Kleiber, D. (2011). *Evaluation der Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU. Endbericht*. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin: Freie Universität Berlin.

Dudareva-Vizule, S., Haar, K., Sailer, A., Wisplinghoff, H., Wisplinghoff, F., & Marcus, U. (2013). Prevalence of pharyngeal and rectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among men who have sex with men in Germany. *Sexually Transmitted Infections*, Online-Vorabpublikation. doi:10.1136/sextrans-2012-050929.

Golden, M. R., Stekler, J., Hughes, J. P., & Wood, R. W. (2008). HIV serosorting in men who have sex with men: is it safe? *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49(2), 212–218.

Greenwood, G. L., & Gruskin, E. P. (2007). LGBT tobacco and alcohol disparities. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Hrsg.), *The Health of Sexual Minorities* (S. 566–583). New York: Springer.

Guadamuz, T. E., McCarthy, K., Wimonsate, W., Thienkrua, W., Varangrat, A., Chaikummao, S. et al. (2014). Psychosocial health conditions and HIV prevalence and incidence in a cohort of men who have sex with men in Bangkok, Thailand: Evidence of a syndemic effect. *AIDS and Behavior*, 18(11), 2089–2096.

Hamouda, O., Bremer, V., Marcus, U., & Bartmeyer, B. (2013). Epidemiologische Entwicklung bei ausgewählten sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(12), 1600–1608.

Hapke, U., der Lippe, E. V., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 809–813.

Hartmann, P. & Schimpl-Neimanns, B. (1992). Zur Repräsentativität soziodemographischer Merkmale des Allbus – Multivariate Analysen zum Mittelschicht-bias der Umfrageforschung. In: ZUMA-Arbeitsbericht 92/01.

Herek, G. M. (2009), Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework, *Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities*, 54, 65–111.

International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Intersex Association (2010).

Map on lesbian and gay rights in the world.

www.ilga.org/map/LGBTI_rights.jpg.

Kabisch, V. (2013, 6. Januar). Kampf gegen Crystal Meth: Giftküchen an der Grenze. *Spiegel Online*. <http://www.spiegel.de>.

Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 49(2–3), 142–167.

Kippax, S., Crawford, J., Davis, M., Rodden, P., & Dowsett, G. (1993). Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men. *AIDS*, 7(2), 257–264.

Kippax, S., Noble, J., Prestage, G., Crawford, J. M., Campbell, D., Baxter, D., & Cooper, D. (1997). Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revisited. *AIDS*, 11(2), 191–197.

Kirby, T., & Thornber-Dunwell, M. (2013). High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*, 381(9861), 101–102.

Kraus, L., & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *SUCHT-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56(5), 315–326.

Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 631–636.

Langer, P. C. (2009). Beschädigte Identität. Dynamiken des sexuellen Risikoverhaltens schwuler und bisexueller Männer. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Löwe, B., Kroenke, K., & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 163–171.

Luger, I. (1998). *HIV/AIDS prevention and, class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection (Pg8–204)*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Marcus, U., Schmidt, A. J., Kollan, C., & Hamouda, O. (2009). The denominator problem: Estimating MSM-specific incidence of sexually transmitted infections and prevalence of HIV using population sizes of MSM derived from Internet surveys. *BMC Public Health*, 9(1), 181.

Milin, S., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U., & Schäfer, I. (2014). *Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674.

Otis, M. D., & Skinner, W. F. (1996). The prevalence of victimization and its effect on mental well-being among lesbian and gay people. *Journal of Homosexuality*, 30(3), 93–121.

Ottoson, D. (2009). *State sponsored homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*. Genf: The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Intersex Association.

Punyacharensin, N., Edmunds, W. J., De Angelis, D., Delpech, V., Hart, G., Elford, J. et al. (2014). Modelling the HIV epidemic among MSM in the United Kingdom: quantifying the contributions to HIV transmission to better inform prevention initiatives. *AIDS*, Online-Vorabpublikation. doi: 10.1097/QAD.0000000000000525

Plöderl, M. (2006). *Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit*. Weinheim: Beltz/PVU.

Proner, H. (2011). *Ist keine Antwort auch eine Antwort?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Robert Koch Institut (Hrsg) (2014). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut: Berlin.

Ronen, K., Richardson, B. A., Graham, S. M., Jaoko, W., Mandaliya, K., McClelland, R. S., & Overbaugh, J. (2014). HIV-1 superinfection is associated with an accelerated viral load increase but has a limited impact on disease progression. *AIDS*, 28(15), 2281–2286.

Ross, M. W., & Rosser, B. R. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15–21.

288

Sander, D. (2006). ‚Man kann’s therapieren, aber man wird’s nie los.‘ *Kontexte von HIV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland. Eine qualitativ-empirische Erhebung.* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 50). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Sander, D. (2010). „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: J. Drewes & H. Sweers (Hrsg.), *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV.* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 57, S. 95–112), Berlin: Deutsche Aids-Hilfe e. V.

Santos, G. M., Do, T., Beck, J., Makofane, K., Arreola, S., Pyun, T., ... & Ayala, G. (2014). Syndemic conditions associated with increased HIV risk in a global sample of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 90(3), 250–253.

Santos-Hövenner, C., Zimmermann, R., Kücherer, C., Bätzing-Feigenbaum, J., Wildner, S., Hamouda, O., & Marcus, U. (2014). Conversation about serostatus decreases risk of acquiring HIV: results from a case control study comparing MSM with recent HIV infection and HIV negative controls. *BMC Public Health*, 14(1), 453.

Schmidt, A. J., & Bochow, M. (2009). *Trends in risk taking and risk reduction among German MSM: Results of follow-up surveys Gay men and AIDS 1991-2007* (WZB Discussion Paper SP I 2009-303). Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Sekuler, T., Bochow, M., von Rüden, U., & Töppich, J. (2014). Are bisexually active men a 'bridge' for HIV transmission to the 'general population' in Germany? Data from the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS). *Culture, Health & Sexuality*, 16(9), 1113–1127.

Smolenski, D. J., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Rosser, B. S. (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 568–576.

Stall, R., Friedman, M., & Catania, J. A. (2008). Interacting epidemics and gay men's health: A theory of syndemic production among urban gay men. In R. J. Wolitski, R. Stall & R. O. Valdiserri (Hrsg.), *Unequal opportunity. Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (S. 251–274). New York: Oxford University Press.

Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J. et al. (2003) Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 93(6), 939–942

Statistisches Bundesamt (2012). **Bildungsstand der Bevölkerung 2012.** www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002127004.pdf?__blob=publicationFile

Valdiserri, R. O. (2008). Sexually transmitted infections among gay and bisexual men. In R. J. Wolitski, R. Stall & R. O. Valdiserri (Hrsg.), *Unequal opportunity. Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (S. 159–193). New York: Oxford University Press.

Van den Boom, W., Stolte, I. G., Witlox, R., Sandfort, T., Prins, M., & Davidovich, U. (2013). Undetectable viral load and the decision to engage in unprotected anal intercourse among HIV-positive MSM. *AIDS & Behavior*, 17, 2136–2142.

Von Bandilla, W., Kaczmirek, L., Blohm, M., & Neubarth, W. (2009). Coverage- und Nonresponse-Effekte bei Online-Bevölkerungsumfragen. In *Sozialforschung im Internet* (S. 129–143). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zablotska, I. B., Imrie, J., Prestage, G., Crawford, J., Rawstorne, P., Grulich, A., et al. (2009). Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? *AIDS Care*, 21(4), 501–510.

ANHANG: ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Anhang: Abbildungen und Tabellen

291

Abbildung 3.1A: Sexuelle Orientierung: Sexuelles Begehren nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

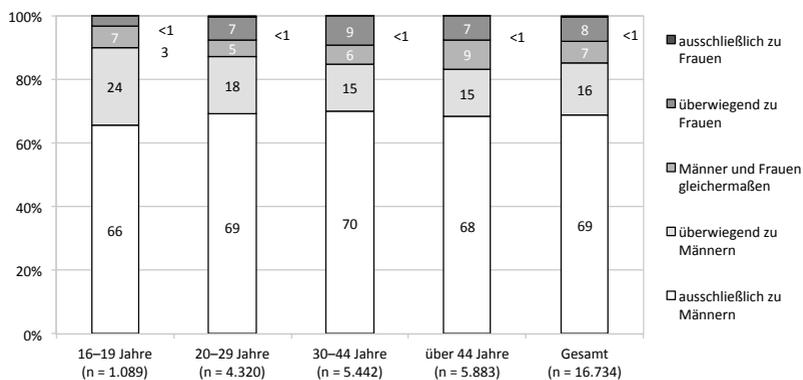
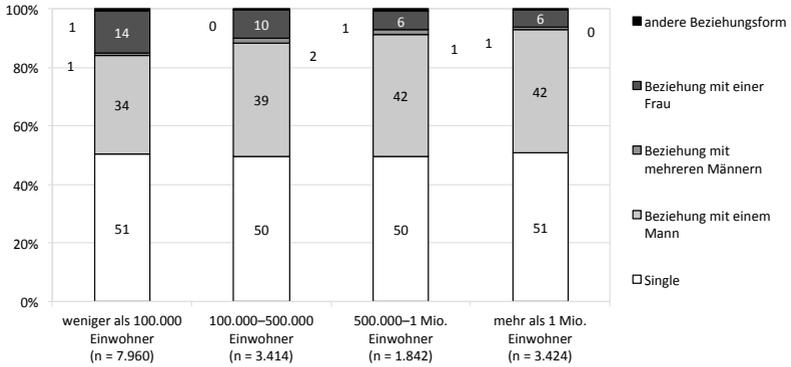


Abbildung 3.2A: Beziehungsstatus nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



292

Abbildung 3.3A: Beziehungstypus nach Beziehungsdauer

Basis: alle Teilnehmer

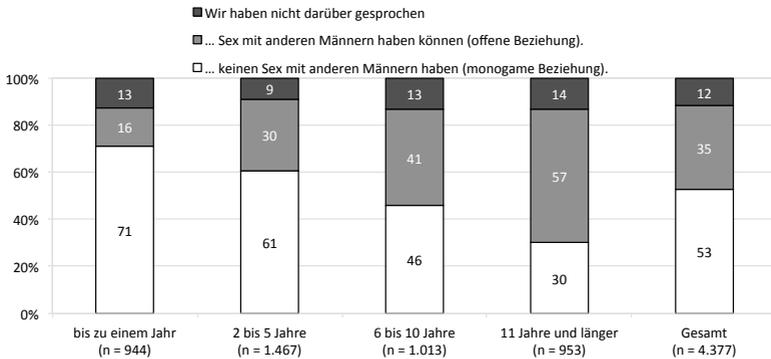
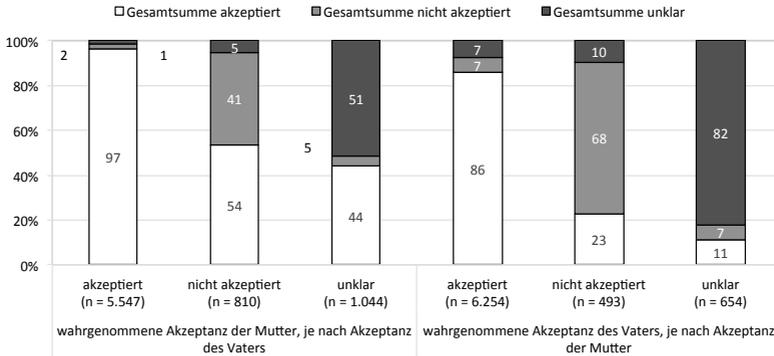


Abbildung 3.4A: Akzeptanz der Homo-/Bisexualität eines Elternteils in Abhängigkeit von der Akzeptanz des jeweils anderen Elternteils

Basis: alle Teilnehmer



293

Abbildung 3.5A: Akzeptanz der Homo-/Bisexualität durch die Geschwister in Abhängigkeit von der Akzeptanz der Eltern

Basis: alle Teilnehmer

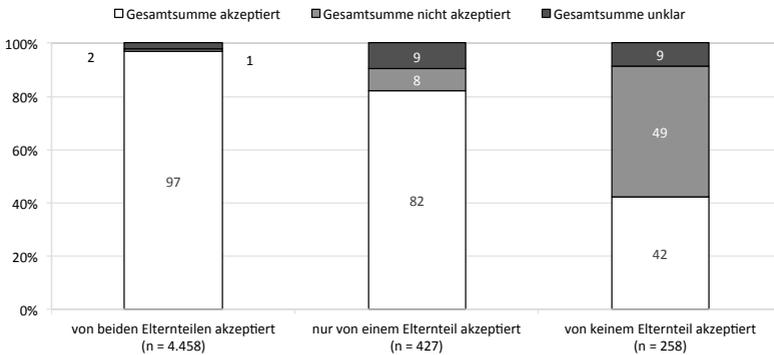
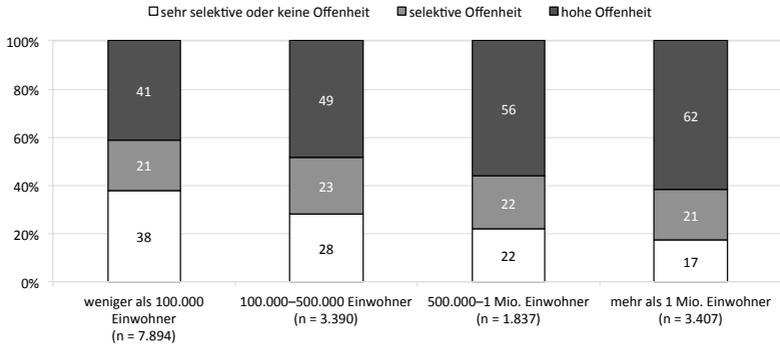


Abbildung 3.6A: Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



294

Abbildung 3.7A: Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld nach sozioökonomischem Status

Basis: alle Teilnehmer

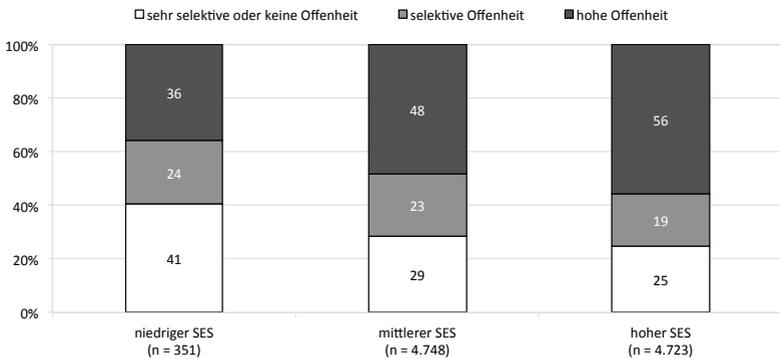
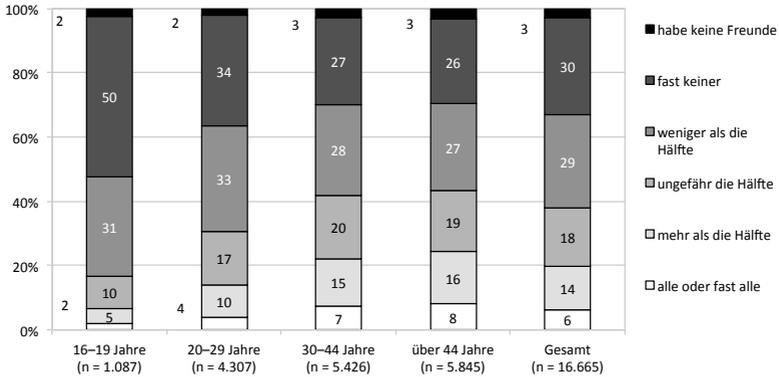


Abbildung 3.8A: Anteil schwuler Männer im Freundeskreis nach Selbstdefinition der sexuellen Orientierung

Basis: alle Teilnehmer



295

Abbildung 3.9A: Anteil schwuler Männer im Freundeskreis nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer

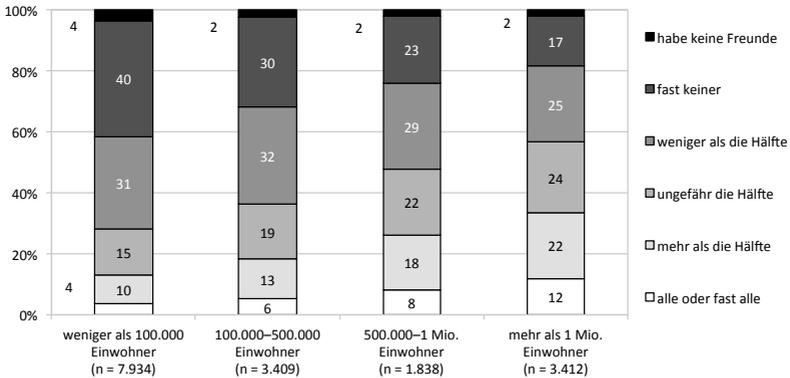
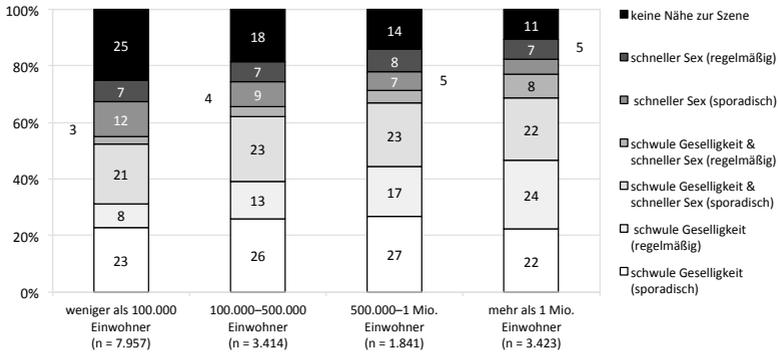


Abbildung 3.10A: Häufigkeit der Besuche von Orten schwuler Geselligkeit und/oder schnellem Sex nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



296

Abbildung 3.11A: Häufigkeit der Besuche von Orten schwuler Geselligkeit und/oder schnellem Sex nach Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld

Basis: alle Teilnehmer

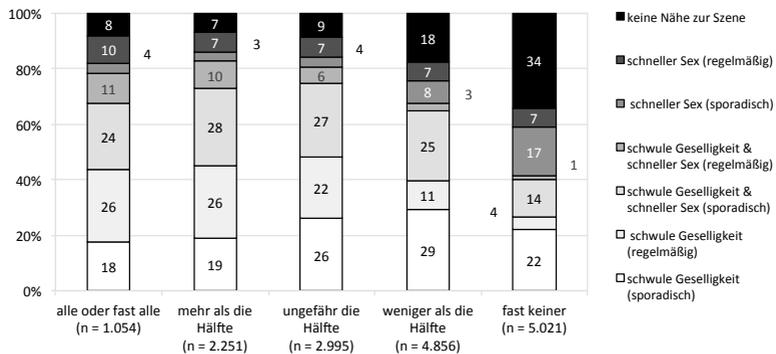


Abbildung 3.12A: Anzahl der Sexualpartner, die über Internetportale und Smartphone-Apps kennengelernt wurden, nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

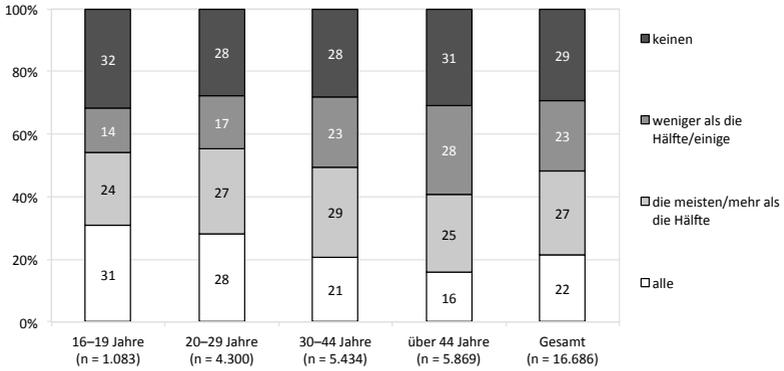


Abbildung 4.1A: Psychisches Wohlbefinden nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer unter 20 Jahren

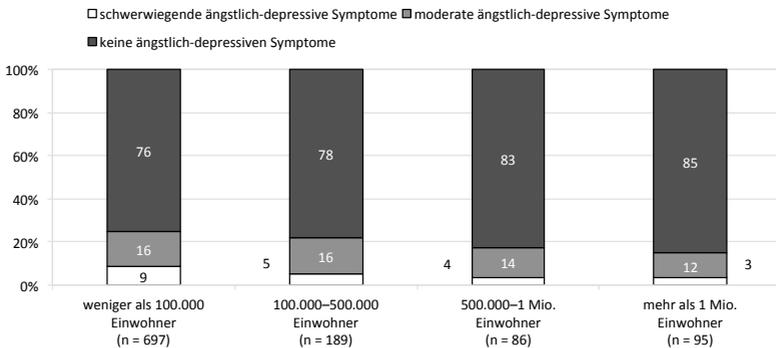
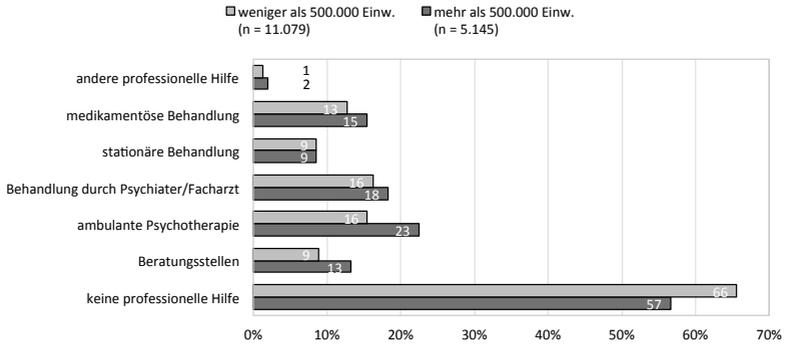


Abbildung 4.2A: Inanspruchnahme professioneller Hilfe nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



298

Abbildung 4.3A: Internalisierte Homonegativität nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer

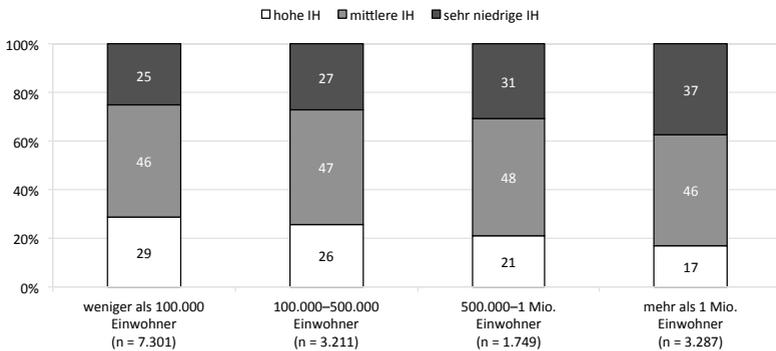
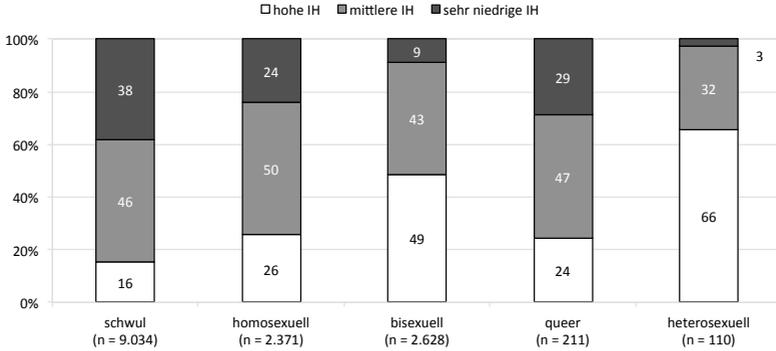


Abbildung 4.4A: Internalisierte Homonegativität (IH) nach sexueller Selbstdefinition

Basis: alle Teilnehmer



299

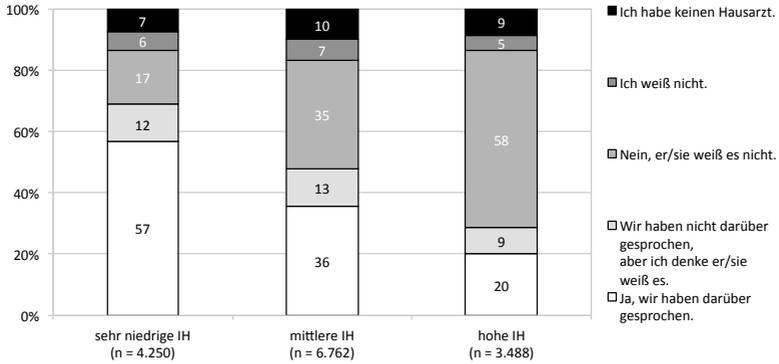
Abbildung 4.5A: Internalisierte Homonegativität (IH) nach Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld

Basis: alle Teilnehmer



Abbildung 4.6A: Kenntnis der Homo-/Bisexualität durch den Hausarzt nach internalisierter Homonegativität (IH)

Basis: alle Teilnehmer



300

Abbildung 4.7A: Übermäßiger Alkoholkonsum nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer

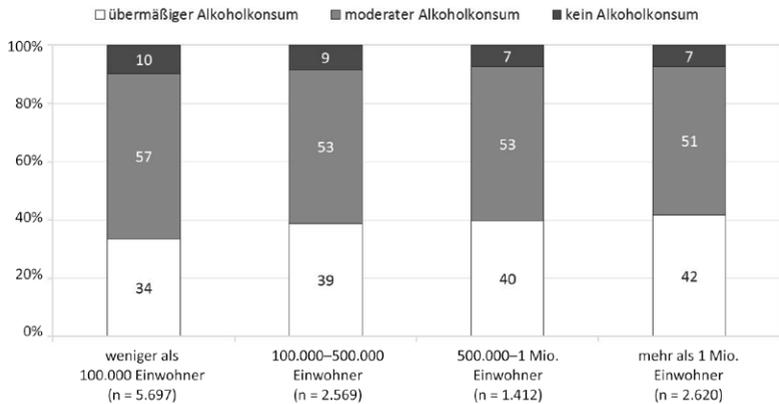
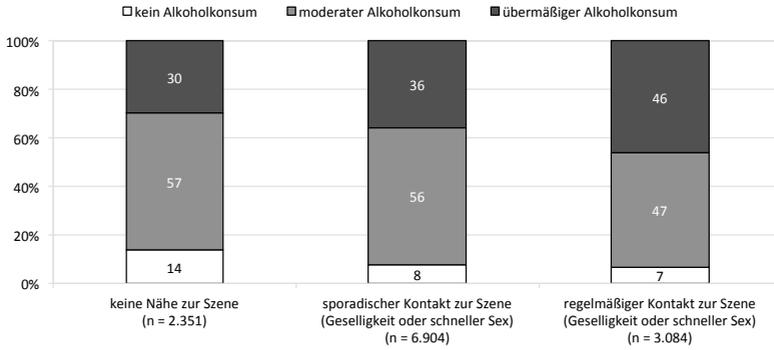


Abbildung 4.8A: Übermäßiger Alkoholkonsum nach Szenenähe

Basis: alle Teilnehmer



301

Abbildung 4.9A: Übermäßiger Alkoholkonsum nach sozioökonomischem Status

Basis: alle Teilnehmer

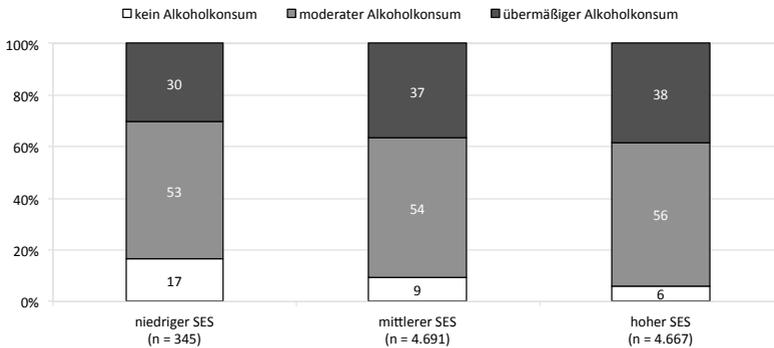
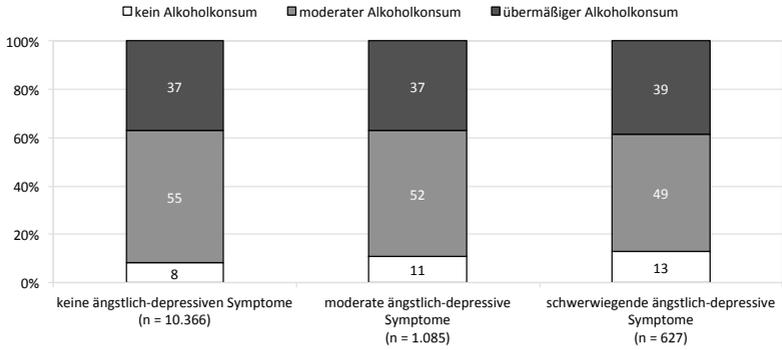


Abbildung 4.10A: Übermäßiger Alkoholkonsum nach psychischem Wohlbefinden

Basis: alle Teilnehmer



302

Abbildung 4.11A: Genereller Substanzkonsum nach psychischem Wohlbefinden

Basis: alle Teilnehmer

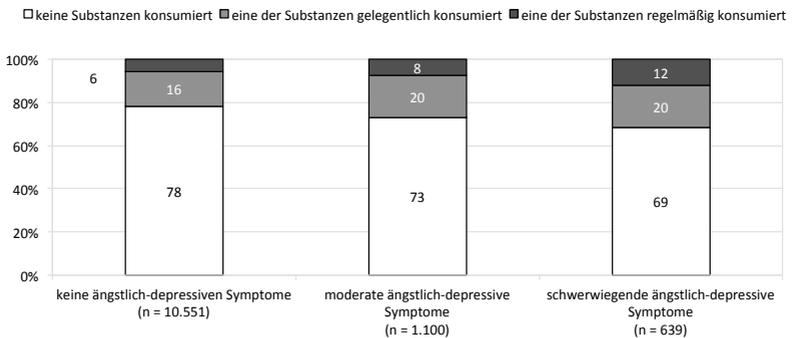
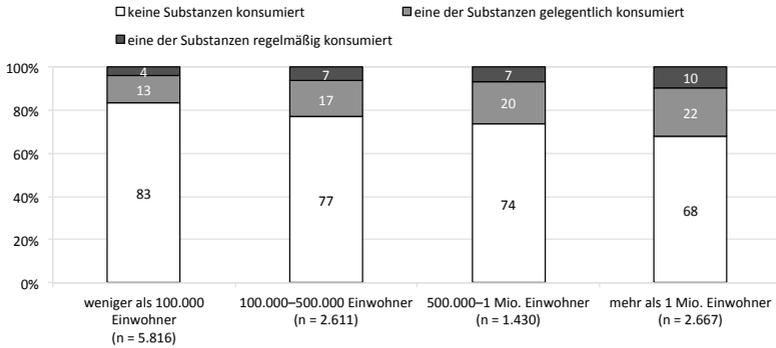


Abbildung 4.12A: Genereller Substanzkonsum nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



303

Abbildung 4.13A: Genereller Substanzkonsum nach Szenenähe

Basis: alle Teilnehmer

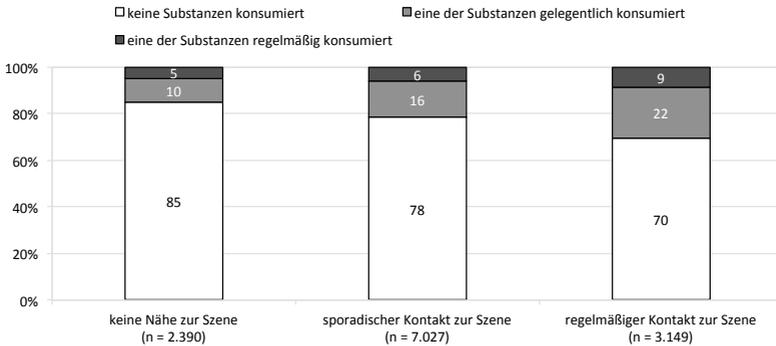
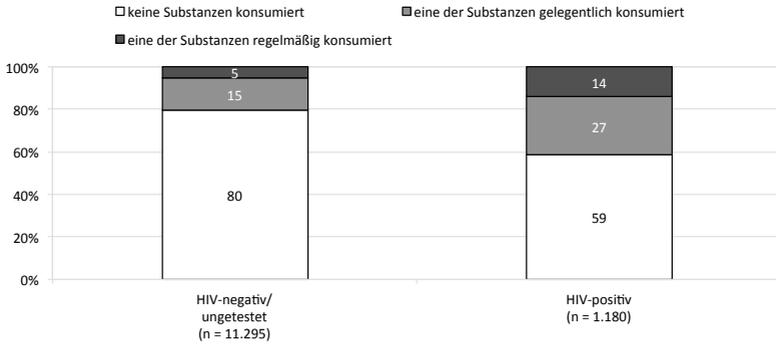


Abbildung 4.14A: Genereller Substanzkonsum nach HIV-Status

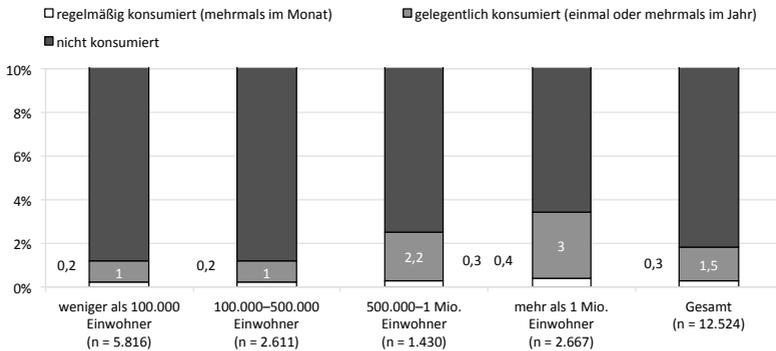
Basis: alle Teilnehmer



304

Abbildung 4.15A: Methamphetaminkonsum nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer



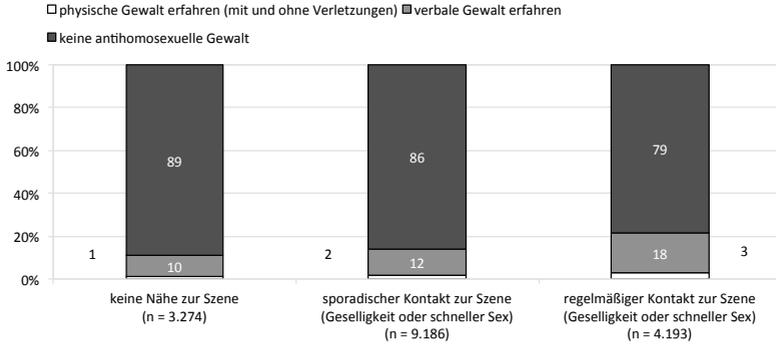
!

Tabelle 4.1A: Methamphetaminkonsum nach Bundesländern und Prävalenz (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

Bundesland	
Berlin (n = 1.459)	4,1
Sachsen (n = 628)	3,3
Hamburg (n = 503)	2,4
Bayern (n = 1.738)	2,2
Thüringen (n = 264)	2,2
Sachsen-Anhalt (n = 269)	1,8
Bremen (n = 137)	1,5
Hessen (n = 991)	1,5
Baden-Württemberg (n = 1.326)	1,4
Nordrhein-Westfalen (n = 2.736)	1,4
Mecklenburg-Vorpommern (n = 233)	1,3
Brandenburg (n = 268)	1,1
Saarland (n = 133)	0,8
Niedersachsen (n = 985)	0,5
Rheinland-Pfalz (n = 538)	0,4
Schleswig-Holstein (n = 357)	0,3

Abbildung 4.16A: Antihomosexuelle Gewalt nach Szenenähe

Basis: alle Teilnehmer



306

Abbildung 4.17A: Antihomosexuelle Gewalt nach Kenntnis der Homo-/Bisexualität im sozialen Umfeld

Basis: alle Teilnehmer

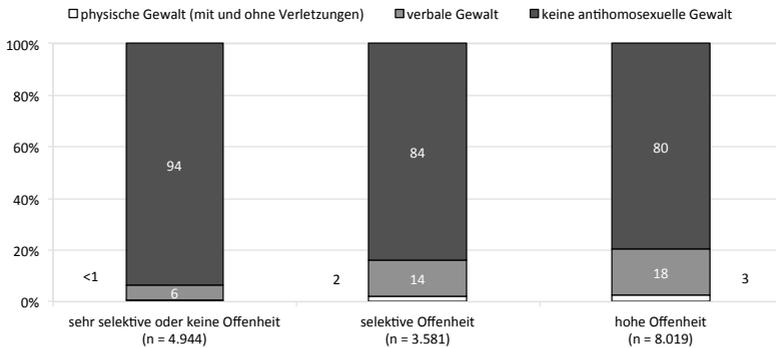
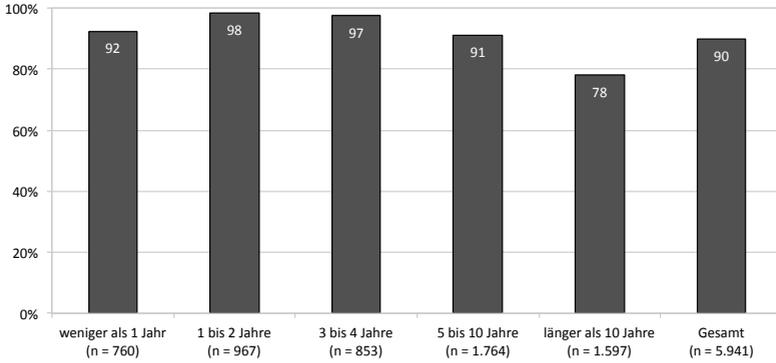


Abbildung 5.1A: Sexuelle Kontakte mit dem festen Partner nach Beziehungsdauer

Basis: alle Teilnehmer mit einem festen männlichen Partner



307

Abbildung 5.2A: Sexualpraktiken

Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten

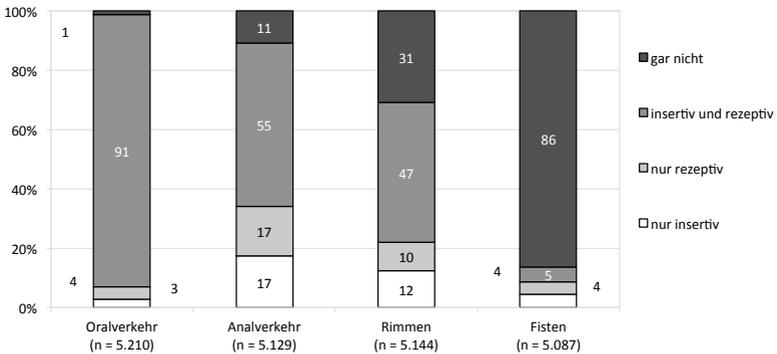
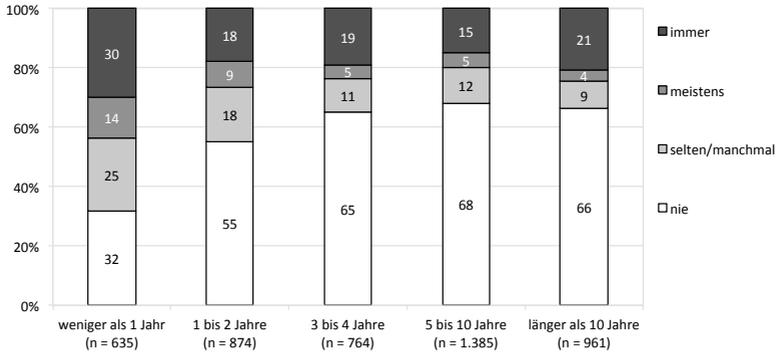


Abbildung 5.3A: Kondomnutzung nach Beziehungsdauer

Basis: alle Teilnehmer, die in den vergangenen 12 Monaten Sex mit ihrem festen Partner hatten



308

Abbildung 6.1A: Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen 12 Monaten nach Bildungsniveau

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

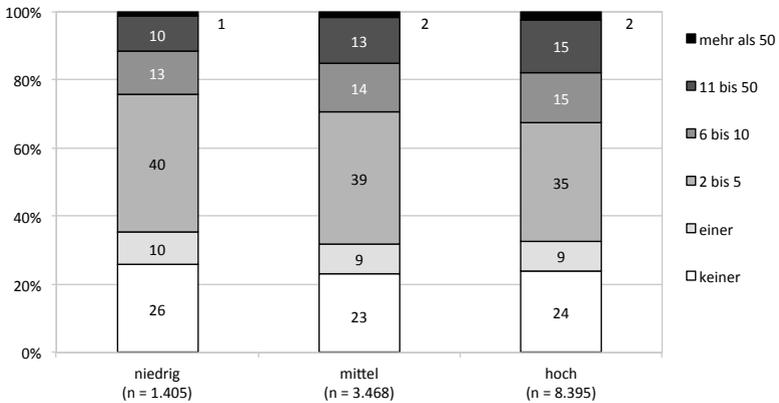
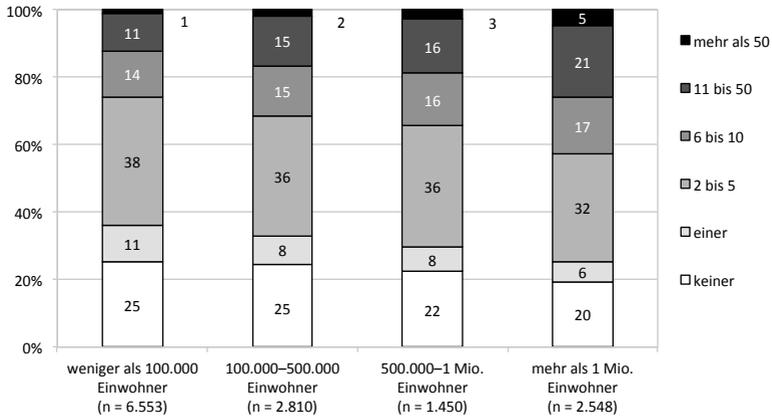


Abbildung 6.2A: Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen 12 Monaten nach Wohnortgröße

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



309

Abbildung 6.3A: Insertive und rezeptive Sexualpraktiken mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

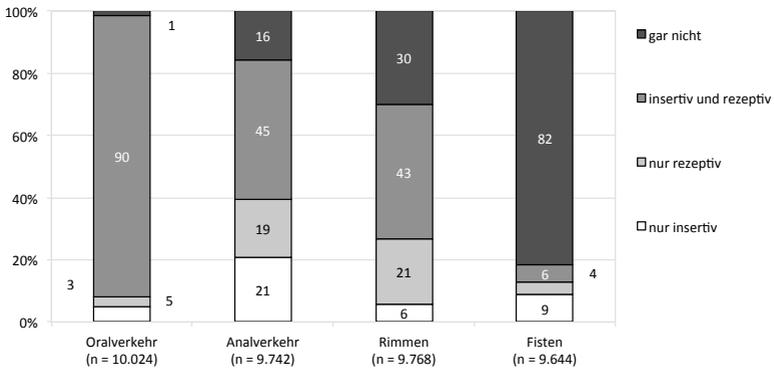
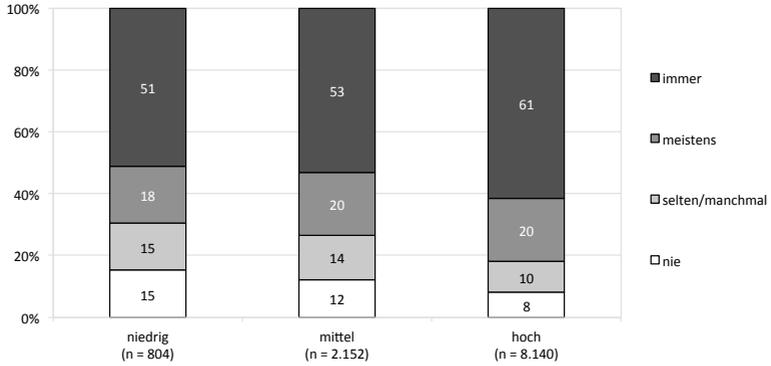


Abbildung 6.4A: Häufigkeit des Kondomgebrauchs in den vergangenen 12 Monaten nach Bildungsniveau

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten



310

Abbildung 6.5A: Häufigkeit des Kondomgebrauchs in den vergangenen 12 Monaten nach Wohnortgröße

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten

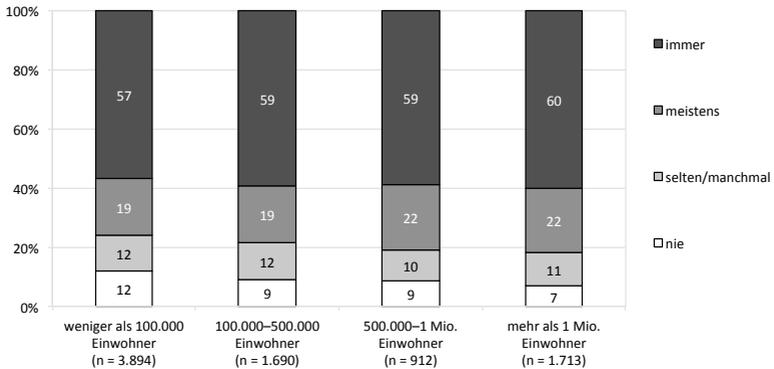
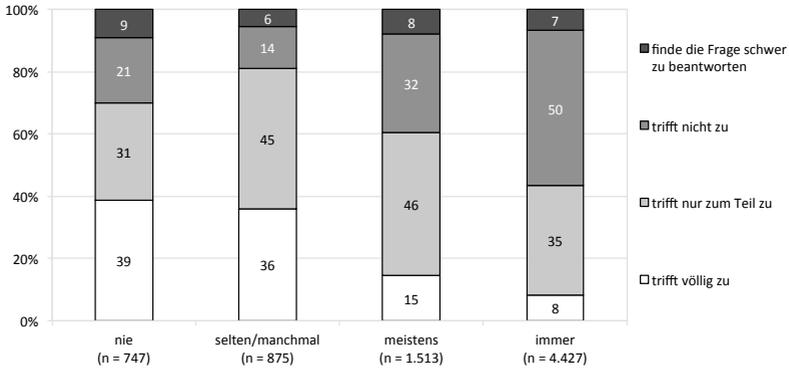


Abbildung 6.6A: Wahrnehmung von Kondomen als störend beim Sex nach Häufigkeit des Kondomgebrauchs in den vergangenen 12 Monaten

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten



311

Abbildung 6.7A: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Wohnortgröße

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten

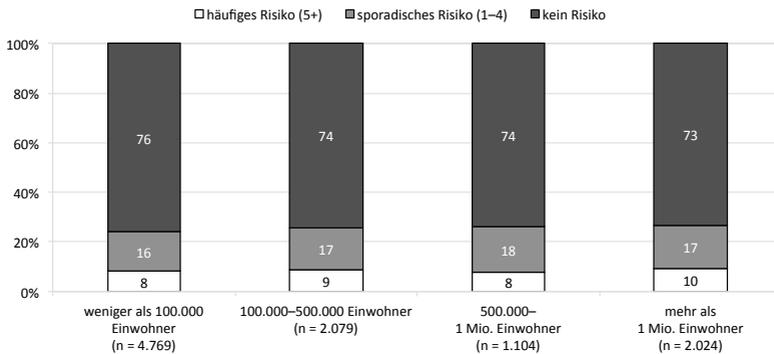
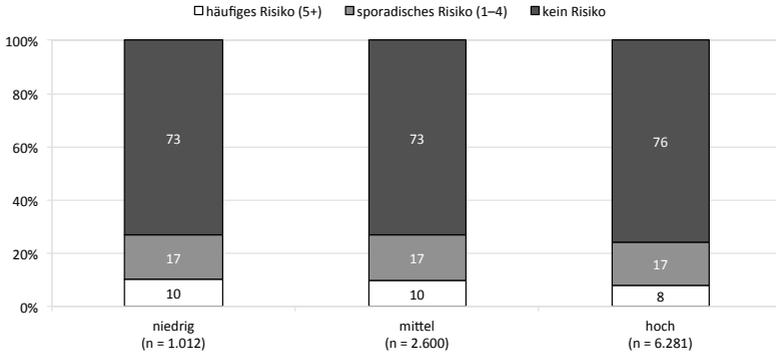


Abbildung 6.8A: Häufigkeit von Risikokontakten mit anderen Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus in den vergangenen zwölf Monaten nach Bildungsniveau

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die andere Sexualpartner berichten



312

Abbildung 6.9A: Anzahl der anderen Sexualpartner in den vergangenen 12 Monaten nach Kondomgebrauch mit anderen Sexualpartnern im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die Analverkehr mit anderen Sexualpartnern berichten

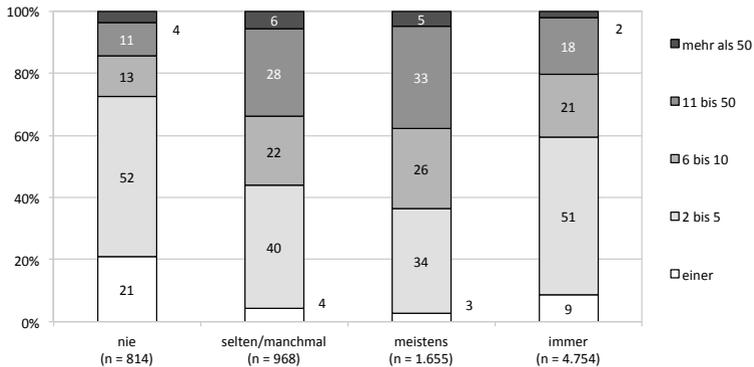
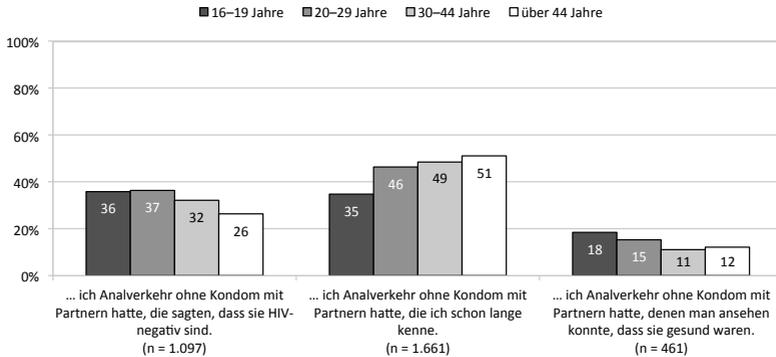


Abbildung 6.10A: Nutzung der Risikomanagementstrategien Serosorting und Seroguessing in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)



313

Abbildung 6.11A: Nutzung der Risikomanagementstrategie Seropositioning in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)

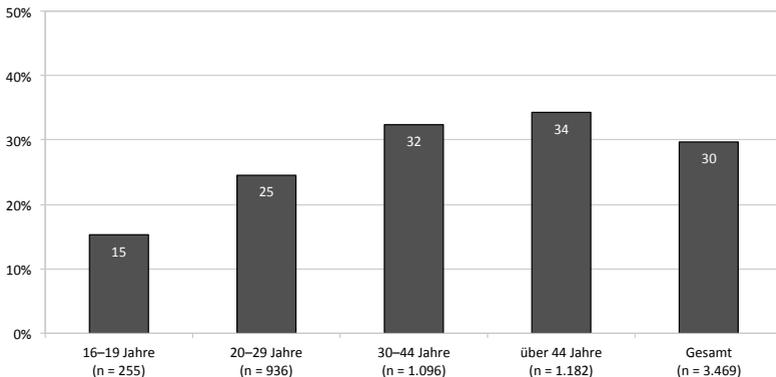
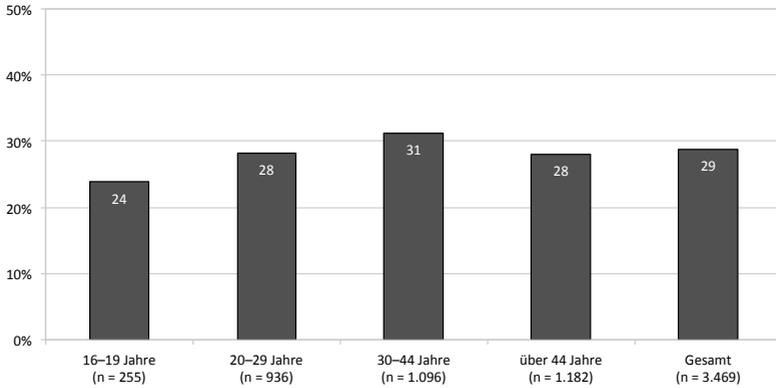


Abbildung 6.12A: Nutzung der Risikomanagementstrategie Withdrawal in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)



314

Abbildung 6.13A: Waschen des Penis nach dem Analverkehr als Risiko-managementstrategie in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)

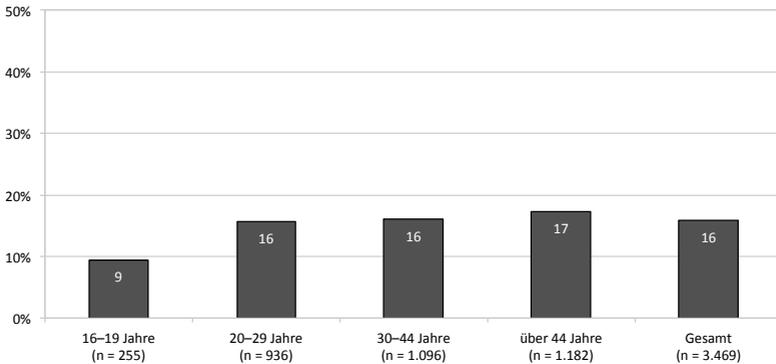
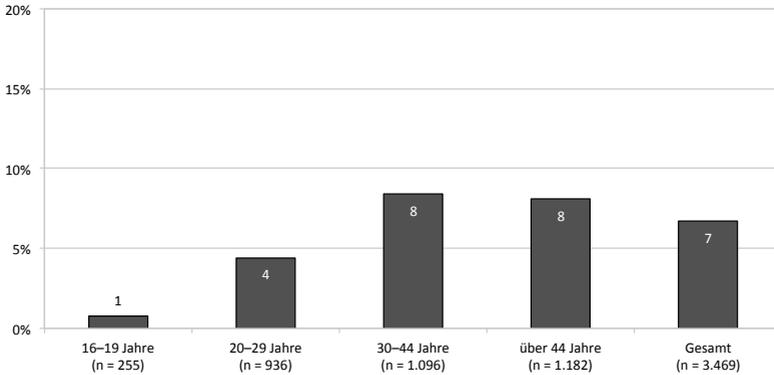


Abbildung 6.14A: Nutzung der Risikomanagementstrategie Viruslastmethode in den vergangenen 12 Monaten nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)



315

Abbildung 6.15A: Nutzung mindestens einer Risikomanagementstrategie und Nutzung von Serosorting in den vergangenen 12 Monaten nach Kondomgebrauch mit anderen Sexualpartnern im selben Zeitraum

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer, die nicht immer Kondome beim Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nutzen (n = 3.469)

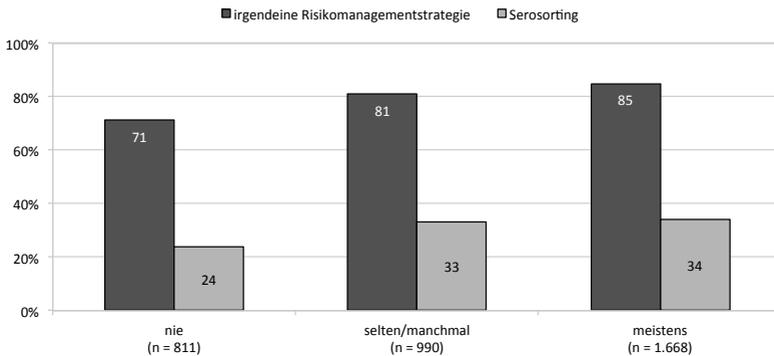
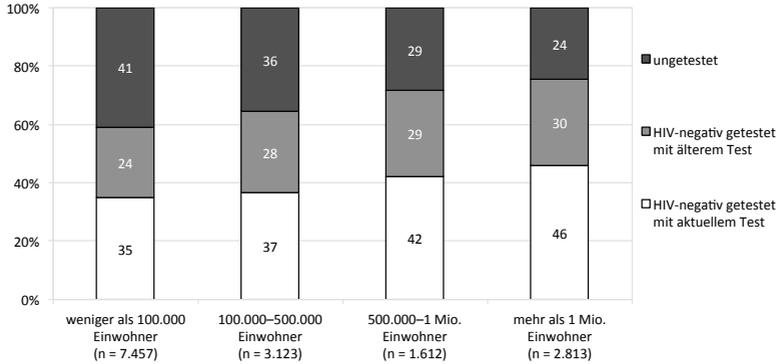


Abbildung: 7.1A: HIV-Testverhalten nach Wohnortgröße

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



316

Abbildung 7.2A: HIV-Testverhalten nach Schulbildung

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

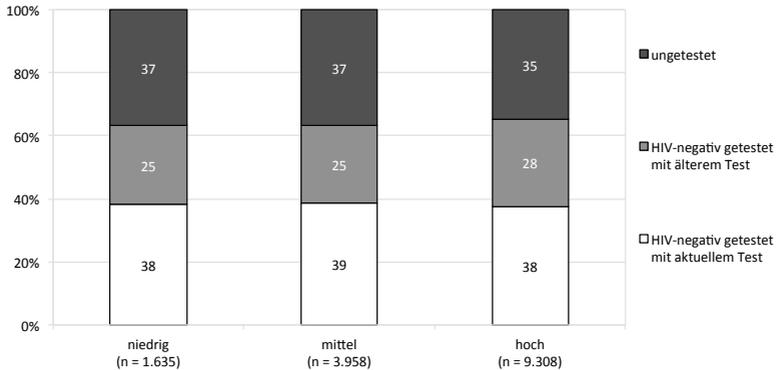


Abbildung 7.3A: HIV-Testverhalten nach Beziehungsstatus

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

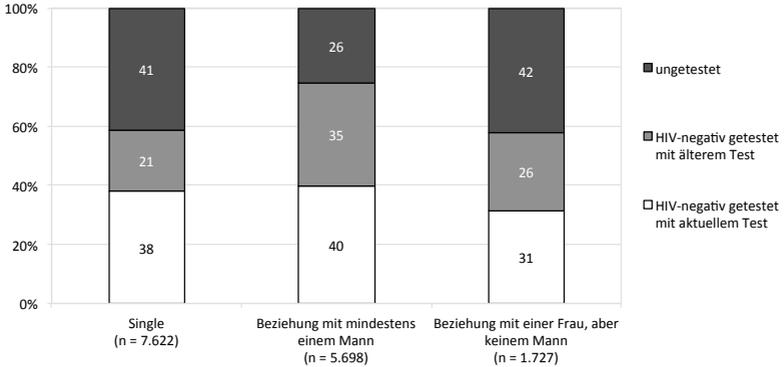


Abbildung 7.4A: HIV-Testverhalten nach Offenheit

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

317

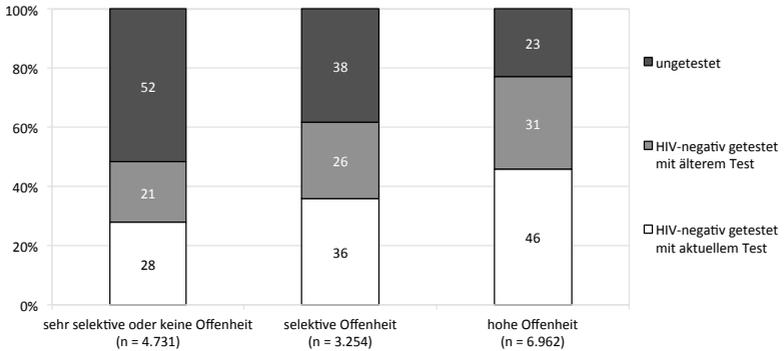
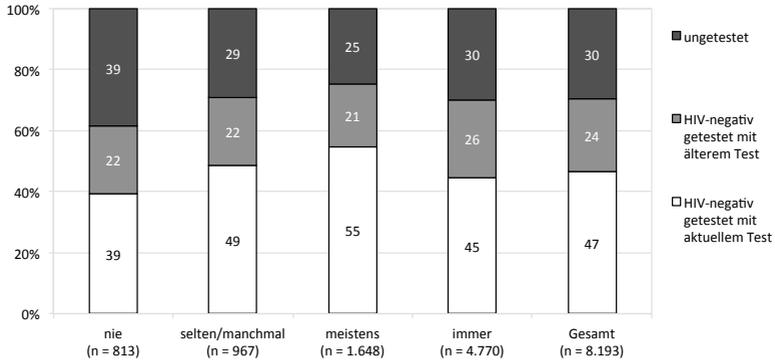


Abbildung 7.5A: HIV-Testverhalten nach Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



318

Abbildung 8.1A: Alter nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer

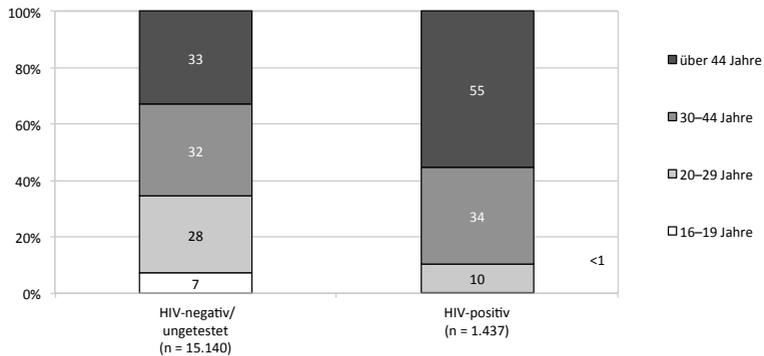
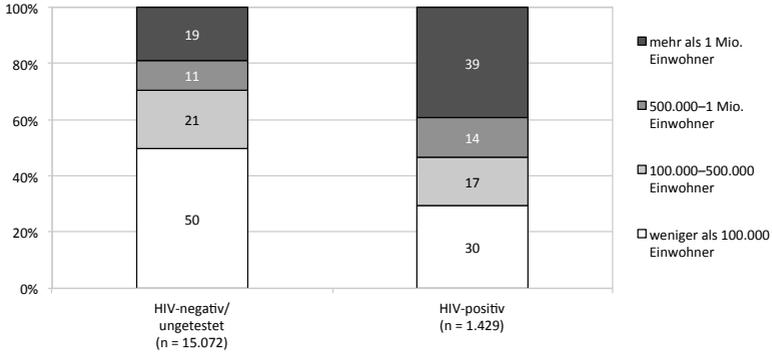


Abbildung 8.2A: Wohnortgröße nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer



319

Abbildung 8.3A: Selbstdefinition der sexuellen Orientierung nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer

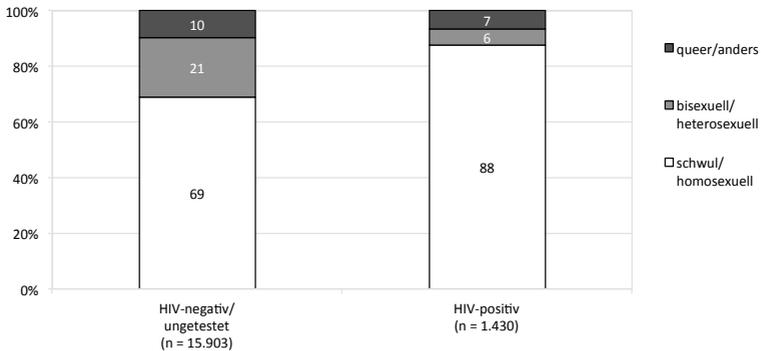
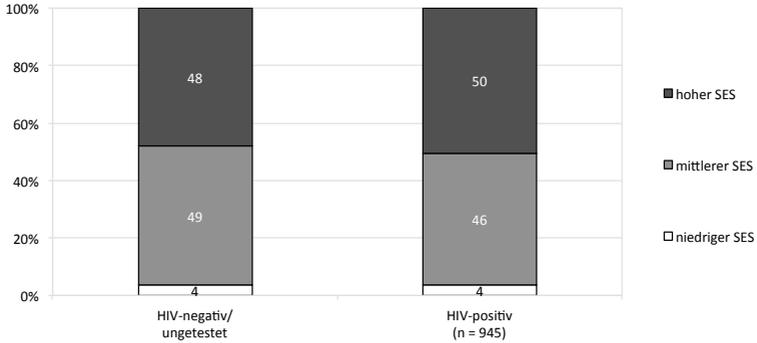


Abbildung 8.4A: Sozioökonomischer Status nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer



320

Abbildung 8.5A: Internalisiertes HIV-Stigma nach Altersgruppen

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

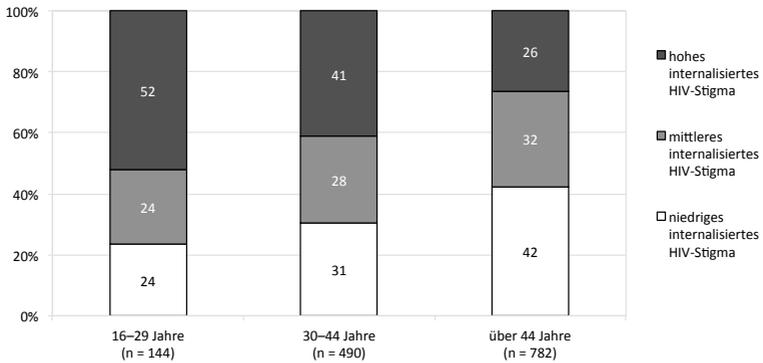
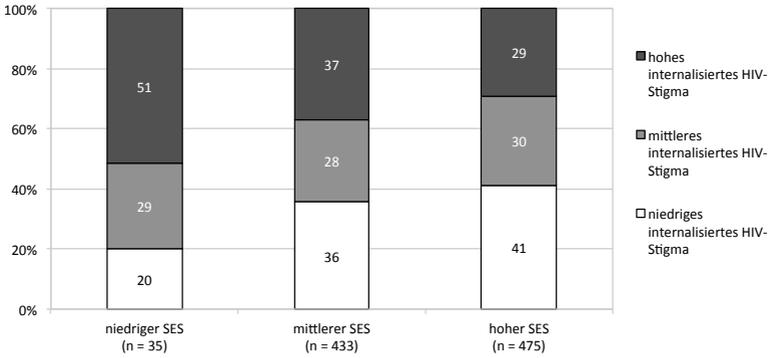


Abbildung 8.6A: Internalisiertes HIV-Stigma nach sozioökonomischem Status

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer



321

Abbildung 8.7A: Internalisiertes HIV-Stigma nach internalisierter Homonegativität (IH)

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

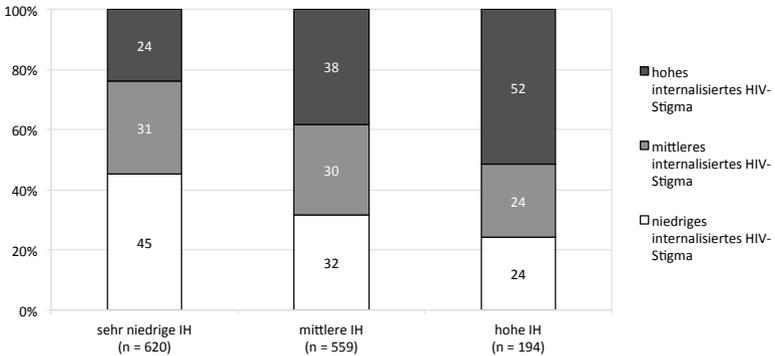
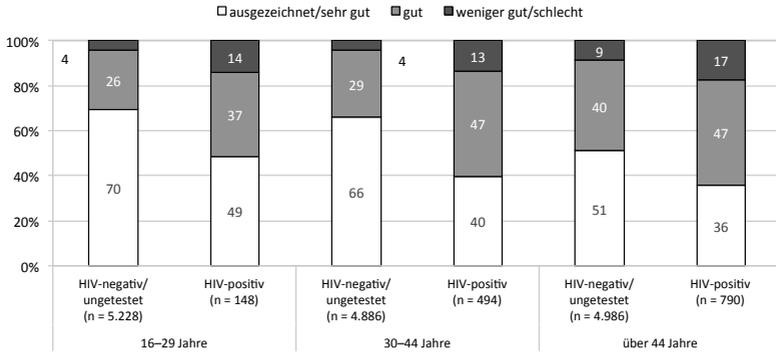


Abbildung 8.8A: Wahrgenommener Gesundheitszustand nach HIV-Serostatus und Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



322

Abbildung 8.9A: Psychisches Wohlbefinden nach Dauer der HIV-Infektion

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer

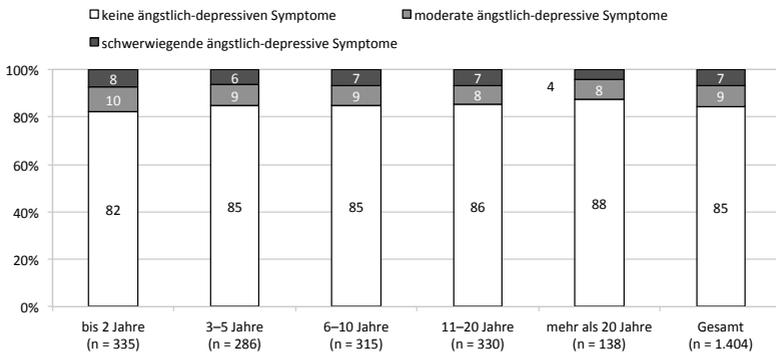
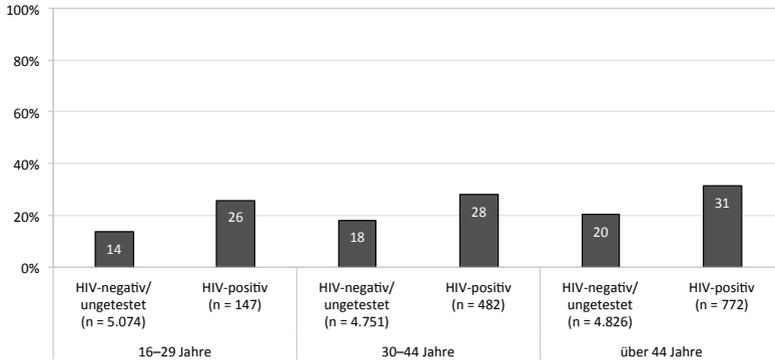


Abbildung 8.10A: Psychiatrische Diagnosen nach HIV-Serostatus und Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer



323

Abbildung 8.11A: Nutzung mind. einer Risikomanagementstrategie nach Kondomnutzung mit anderen Sexualpartnern

Basis: alle HIV-positiven Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern

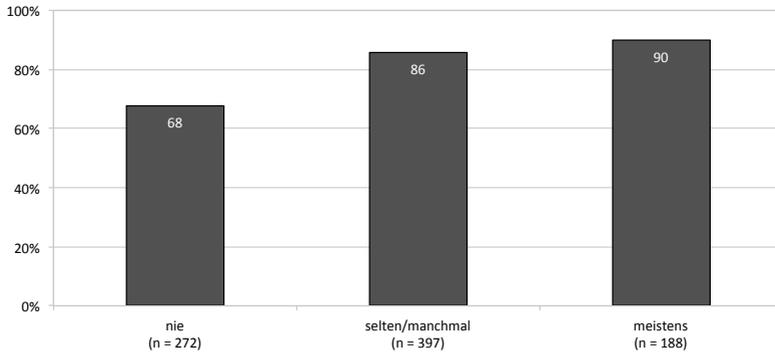
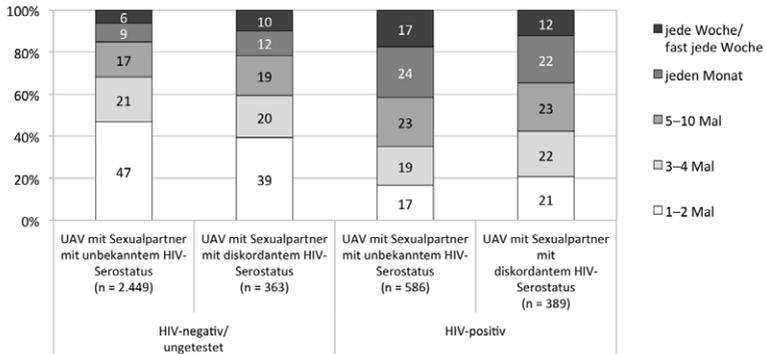


Abbildung 8.12A: Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr (UAV) mit anderen Partnern nach HIV-Serostatus

Basis: alle Teilnehmer mit anderen Sexualpartnern, die ungeschützten Analverkehr berichten



324

Abbildung 9.1A: Kenntnis der PEP nach Bildung

Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

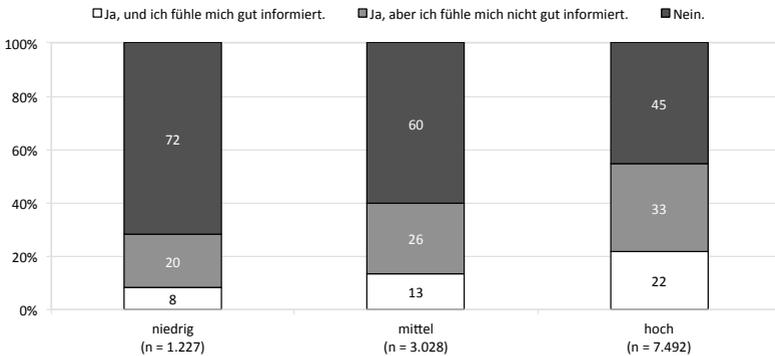
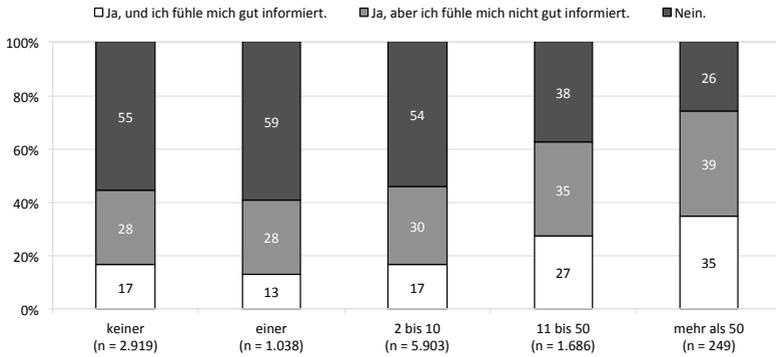


Abbildung 9.2A: Kenntnis der PEP nach Anzahl der anderen Sexualpartner
 Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer



325

Abbildung 9.3A: Nutzungsbereitschaft der PrEP nach Kenntnis der PrEP
 Basis: alle HIV-negativen/ungetesteten Teilnehmer

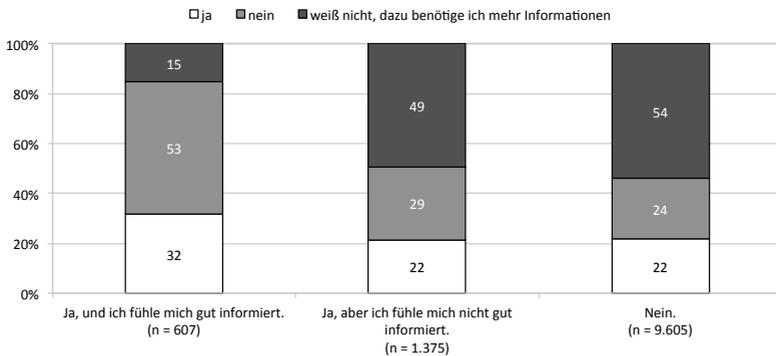
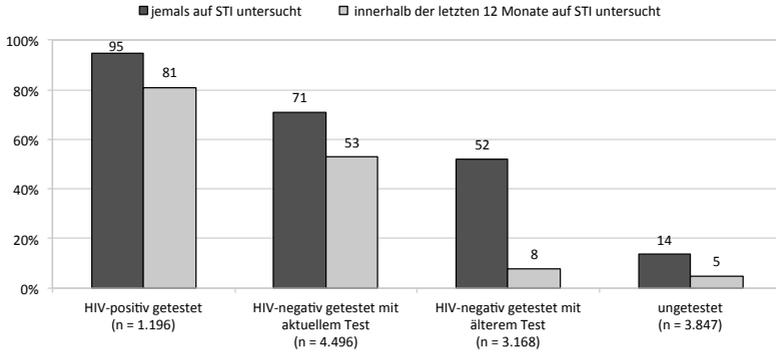


Abbildung 10.1A: Untersuchung auf STI in den vergangenen zwölf Monaten und Lebenszeit nach HIV-Serostatus und HIV-Testverhalten

Basis: alle Teilnehmer



326

Abbildung 10.2A: Untersuchung auf STI in den vergangenen zwölf Monaten und Lebenszeit nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer

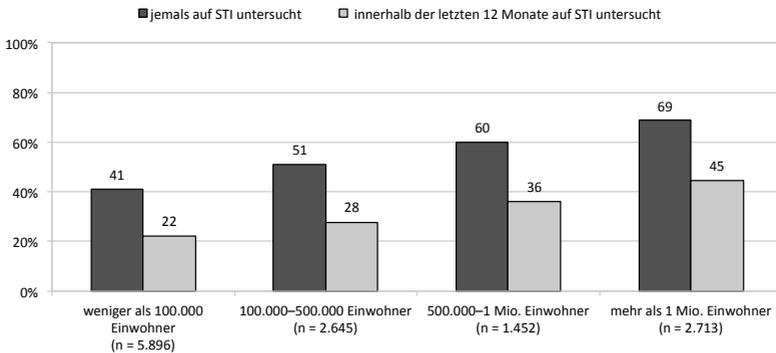
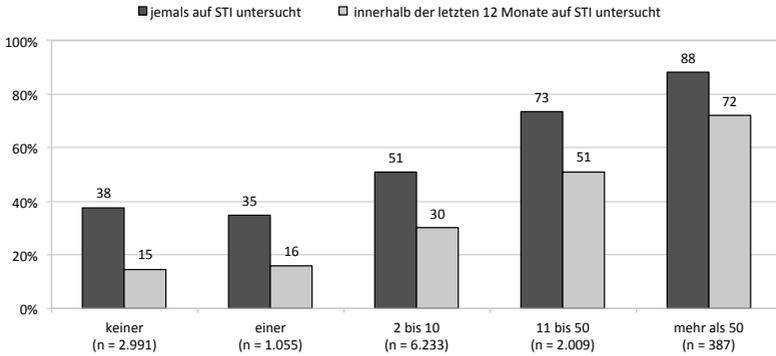


Abbildung 10.3A: Untersuchung auf STI in den vergangenen zwölf Monaten und Lebenszeit nach Anzahl der anderen Sexualpartner

Basis: alle Teilnehmer



327

Abbildung 11.1A: Informationsverhalten zu HIV nach Altersgruppen

Basis: alle Teilnehmer

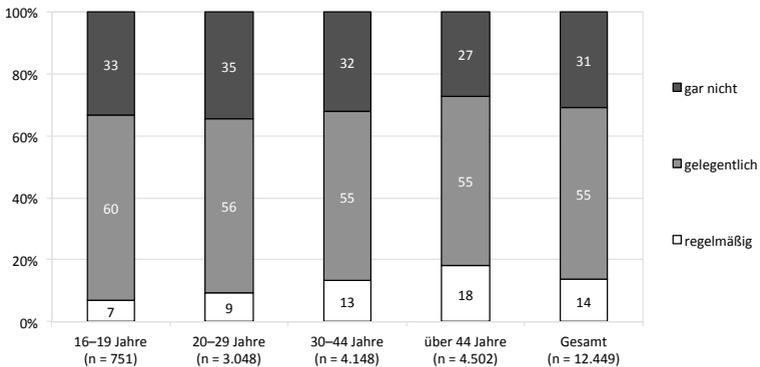
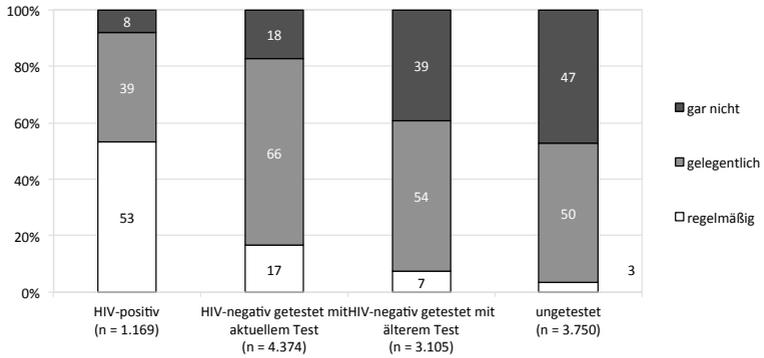


Abbildung 11.2A: Informationsverhalten zu HIV nach HIV-Serostatus und HIV-Testverhalten

Basis: alle Teilnehmer



328

Abbildung 11.3A: Informationsverhalten zu HIV nach Wohnortgröße

Basis: alle Teilnehmer

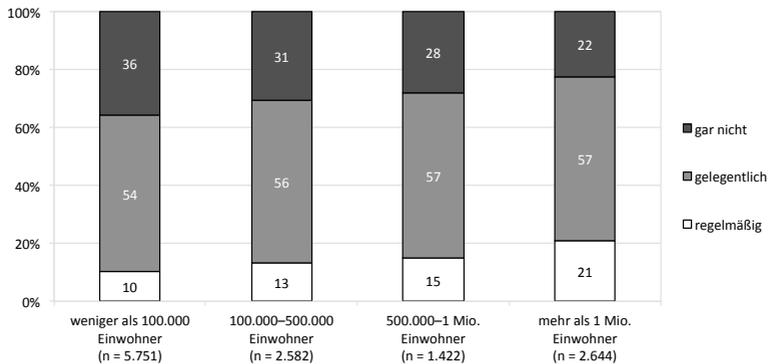
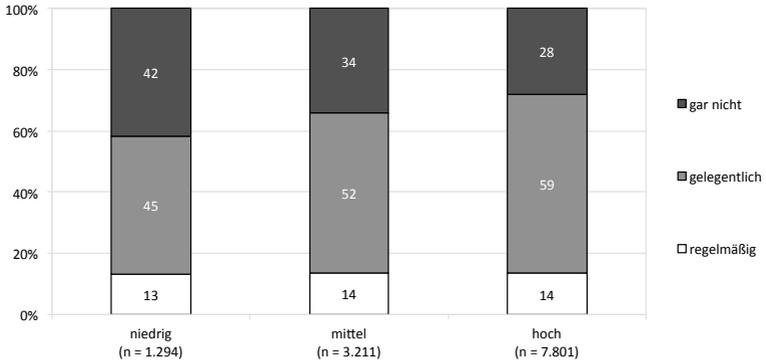


Abbildung 11.4A: Informationsverhalten zu HIV nach Schulbildung

Basis: alle Teilnehmer



329

Abbildung 11.5A: Informationsverhalten zu HIV nach Anzahl der anderen Sexualpartner

Basis: alle Teilnehmer

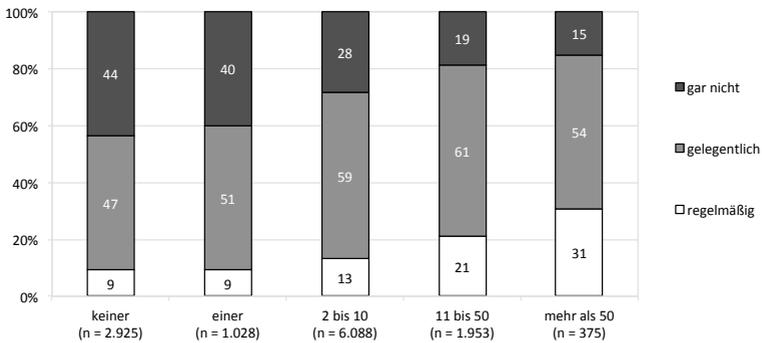
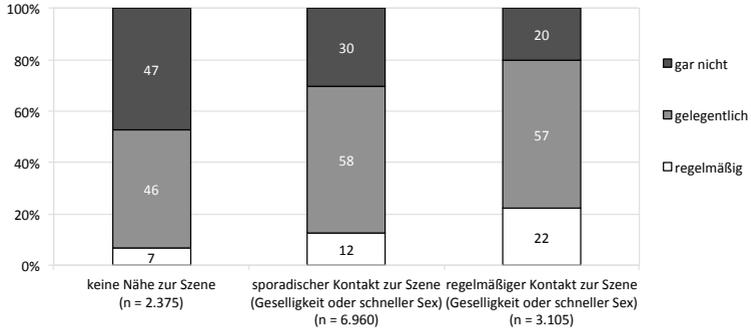


Abbildung 11.6A: Informationsverhalten zu HIV nach Nähe zur schwulen Szene

Basis: alle Teilnehmer



330

Abbildung 11.7A: Informationsverhalten zu HIV nach internalisierter Homonegativität (IH)

Basis: alle Teilnehmer

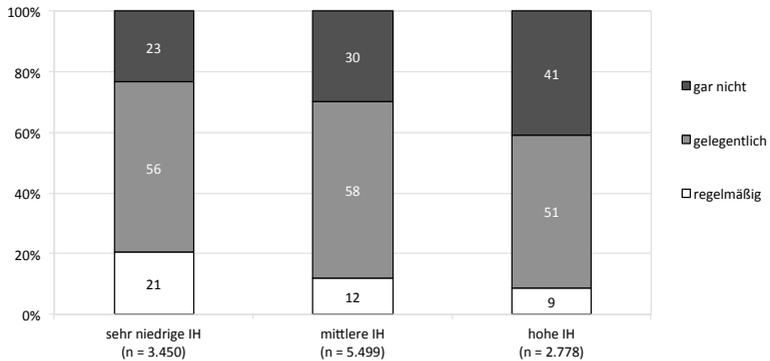


Tabelle 11.1A: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten zu HIV und anderen STI nach Altersgruppen (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

		16–19 Jahre	20–29 Jahre	30–44 Jahre	über 44 Jahre
Vor-Ort-Teams / Präventionsteams in der Szene	Nutzung	9	11	15	17
	Kenntnis	35	46	52	51
	keine Kenntnis	56	43	33	32
telefonische HIV/ AIDS-Beratung	Nutzung	2	3	6	6
	Kenntnis	60	66	73	77
	keine Kenntnis	38	31	21	17
eigener (Haus-) Arzt	Nutzung	11	20	33	40
	Kenntnis	72	69	59	52
	keine Kenntnis	17	11	8	7

Beratung im Gesundheitsamt	Nutzung	9	19	22	18
	Kenntnis	64	65	64	69
	keine Kenntnis	27	16	13	13
Online-Beratung der Deutschen Aids-Hilfen	Nutzung	21	24	22	16
	Kenntnis	48	52	58	66
	keine Kenntnis	31	24	20	18
Online Health Support bei Gayromeo	Nutzung	12	20	20	20
	Kenntnis	38	53	57	57
	keine Kenntnis	50	27	23	23

**Tabelle 11.2A: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten zu HIV und anderen STI nach HIV-Testverhalten und HIV-Serostatus (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer**

		HIV-positiv getestet	HIV-negativ getestet mit aktuellem Test	HIV-negativ getestet mit älterem Test	ungetestet
Vor-Ort-Teams / Präventionsteams in der Szene	Nutzung	23	20	14	6
	Kenntnis	62	52	51	40
	keine Kenntnis	15	28	35	54
telefonische HIV/ AIDS-Beratung	Nutzung	11	7	4	1
	Kenntnis	78	74	75	65
	keine Kenntnis	11	19	21	34
eigener (Haus-)Arzt	Nutzung	87	43	25	6
	Kenntnis	12	51	67	78
	keine Kenntnis	2	6	8	16

Beratung im Gesundheitsamt	Nutzung	22	31	23	2
	Kenntnis	68	60	66	74
	keine Kenntnis	11	9	12	25
Online-Beratung der Deutschen Aids-Hilfen	Nutzung	20	26	18	16
	Kenntnis	67	58	61	55
	keine Kenntnis	12	17	21	29
Online Health Support bei Gayromeo	Nutzung	16	23	19	17
	Kenntnis	65	56	56	49
	keine Kenntnis	19	21	25	34

Tabelle 11.3A: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten zu HIV und anderen STI nach Bildungsniveau (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

		niedrig	mittel	hoch
Vor-Ort-Teams / Präventionsteams in der Szene	Nutzung	15	14	14
	Kenntnis	42	47	51
	keine Kenntnis	43	39	35
telefonische HIV/AIDS- Beratung	Nutzung	7	5	5
	Kenntnis	62	72	73
	keine Kenntnis	31	23	22
eigener (Haus-)Arzt	Nutzung	36	34	29
	Kenntnis	51	56	63
	keine Kenntnis	14	10	8

Beratung im Gesundheitsamt	Nutzung	16	18	20
	Kenntnis	62	68	67
	keine Kenntnis	22	15	13
Online-Beratung der Deutschen Aids-Hilfen	Nutzung	17	19	21
	Kenntnis	58	60	58
	keine Kenntnis	25	21	20
Online Health Support bei Gayromeo	Nutzung	21	20	19
	Kenntnis	53	56	55
	keine Kenntnis	26	23	27

Tabelle 11.4A: Kenntnis und Nutzung von Beratungsangeboten zu HIV und anderen STI nach Wohnortgröße (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

		weniger als 100.000 Einwohner	100.000–500.000 Einwohner	500.000–1 Mio. Einwohner	mehr als 1 Mio. Einwohner
Vor-Ort-Teams / Präventionsteams in der Szene	Nutzung	12	16	17	18
	Kenntnis	43	49	54	59
	keine Kenntnis	45	35	30	23
telefonische HIV/ AIDS-Beratung	Nutzung	4	6	5	6
	Kenntnis	69	71	77	76
	keine Kenntnis	27	23	19	18
eigener (Haus-)Arzt	Nutzung	25	27	33	46
	Kenntnis	63	64	59	48
	keine Kenntnis	11	9	8	6

Beratung im Gesundheitsamt	Nutzung	16	23	28	18
	Kenntnis	67	64	61	69
	keine Kenntnis	17	13	11	13
Online-Beratung der Deutschen Aids-Hilfen	Nutzung	20	20	20	21
	Kenntnis	57	58	61	60
	keine Kenntnis	22	21	19	19
Online Health Support bei Gayromeo	Nutzung	21	19	18	17
	Kenntnis	52	56	57	58
	keine Kenntnis	27	25	26	24

Tabelle 11.5A: Kenntnis und Nutzung von Internetseiten zu HIV/AIDS nach Altersgruppen (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

		16–19 Jahre	20–29 Jahre	30–44 Jahre	über 44 Jahre
Informationen Internet (Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe, www.aidshilfe.de)	Nutzung	31	40	47	44
	Kenntnis	44	43	38	41
	keine Kenntnis	26	17	15	15
Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Nutzung	33	41	42	34
	Kenntnis	50	46	43	47
	keine Kenntnis	17	13	16	20
Homepage der Welt- Aids-Tag-Kampagne (www.welt-aids-tag.de)	Nutzung	20	18	17	17
	Kenntnis	48	50	43	43
	keine Kenntnis	32	32	39	40

Tabelle 11.6A: Kenntnis und Nutzung von Internetseiten zu HIV/AIDS nach HIV-Testverhalten und HIV-Serostatus (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

340

		HIV-positiv getestet	HIV-negativ getestet mit aktuellem Test	HIV-negativ getestet mit älterem Test	ungetestet
Informationen Internet (Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe, www.aidshilfe.de)	Nutzung	68	50	43	27
	Kenntnis	26	38	42	47
	keine Kenntnis	6	12	15	25
Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Nutzung	42	45	39	28
	Kenntnis	46	41	44	51
	keine Kenntnis	12	14	17	21
Homepage der Welt-Aids-Tag-Kampagne (www.welt-aids-tag.de)	Nutzung	30	21	13	13
	Kenntnis	43	45	46	46
	keine Kenntnis	27	34	41	42

Tabelle 11.7A: Kenntnis und Nutzung von Internetseiten zu HIV/AIDS nach Bildungsniveau (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

		niedrig	mittel	hoch
Informationen Internet (Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe, www.aidshilfe.de)	Nutzung	35	41	46
	Kenntnis	47	44	38
	keine Kenntnis	19	15	16
Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Nutzung	25	33	42
	Kenntnis	51	50	43
	keine Kenntnis	25	17	15
Homepage der Welt-Aids-Tag-Kampagne (www.welt-aids-tag.de)	Nutzung	18	18	17
	Kenntnis	47	48	44
	keine Kenntnis	35	34	39

Tabelle 11.8A: Kenntnis und Nutzung von Internetseiten zu HIV/AIDS nach Wohnortgröße (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

		weniger als 100.000 Einwohner	100.000–500.000 Einwohner	500.000–1 Mio. Einwohner	mehr als 1 Mio. Einwohner
Informationen Internet (Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe, www.aidshilfe.de)	Nutzung	38	45	46	52
	Kenntnis	43	39	41	37
	keine Kenntnis	18	16	14	12
Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Nutzung	35	40	43	41
	Kenntnis	47	45	42	45
	keine Kenntnis	18	15	15	15
Homepage der Welt-Aids-Tag-Kampagne (www.welt-aids-tag.de)	Nutzung	16	19	16	19
	Kenntnis	47	43	46	44
	keine Kenntnis	37	38	38	37

Tabelle 11.9A: Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien nach Altersgruppen (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

	16–19 Jahre	20–29 Jahre	30–44 Jahre	über 44 Jahre	Gesamt
Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)	72	78	83	87	83
Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe	60	64	72	80	72
Infomaterial und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	59	63	66	64	64
Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („mach’s mit“-Kampagne, Welt-Aids-Tag-Kampagne)	84	91	90	88	89
Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	80	85	90	89	88
Infomaterial der regionalen AIDS-Hilfen und -Projekte (z. B. manCheck, Hein & Fiete, Herzenslust)	31	35	47	52	45

Tabelle 11.10A: Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien nach HIV-Testverhalten und HIV-Serostatus (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

	HIV-positiv getestet	HIV-negativ getestet mit aktuellem Test	HIV-negativ getestet mit älterem Test	ungetestet
Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)	93	87	86	72
Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe	88	79	74	57
Infomaterial und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	73	69	65	55
Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („mach's mit“-Kampagne, Welt-Aids-Tag-Kampagne)	93	91	91	85
Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	88	89	90	85
Infomaterial der regionalen AIDS-Hilfen und -Projekte (z. B. manCheck, Hein & Fiete, Herzenslust)	69	51	45	29

Tabelle 11.11A: Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien nach Bildungsniveau (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	niedrig	mittel	hoch
Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)	77	83	84
Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe	72	75	71
Infomaterial und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	55	63	67
Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („mach's mit“-Kampagne, Welt-Aids-Tag-Kampagne)	80	87	92
Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	87	90	87
Infomaterial der regionalen AIDS-Hilfen und -Projekte (z. B. manCheck, Hein & Fiete, Herzenslust)	43	43	46

Tabelle 11.12A: Kenntnis und Nutzung von Präventionsmaterialien nach Wohnortgröße (in Prozent)

Basis: alle Teilnehmer

	weniger als 100.000 Einwohner	100.000–500.000 Einwohner	500.000–1 Mio. Einwohner	mehr als 1 Mio. Einwohner
Poster, Postkarten und Anzeigen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)	79	85	87	87
Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe	69	74	76	75
Infomaterial und Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	61	67	68	66
Großflächenplakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („mach's mit“-Kampagne, Welt-Aids-Tag-Kampagne)	86	91	91	93
Fernseh-, Kino-, Radiospots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	89	88	87	86
Infomaterial der regionalen AIDS-Hilfen und -Projekte (z. B. manCheck, Hein & Fiete, Herzenslust)	37	45	50	58

Tabelle 11.13A: Kenntnis und Nutzung der Website von IWWIT nach Altersgruppen (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	Gesamt (n = 12.331)	16–19 Jahre (n = 739)	20–29 Jahre (n = 3.015)	30–44 Jahre (n = 4.111)	über 44 Jahre (n = 4.466)
ja, einmal	12	5	14	14	10
ja, mehrmals	9	4	10	11	9
kenne ich, aber nicht besucht	26	17	27	27	26
kenne ich nicht	12	6	11	12	14
kenne IWWIT nicht	41	68	39	36	42

Tabelle 11.14A: Kenntnis und Nutzung der Website von IWWIT nach HIV-Testverhalten und HIV-Serostatus (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	HIV-positiv getestet	HIV-negativ getestet mit aktuellem Test	HIV-negativ getestet mit älterem Test	ungetestet
ja, einmal	18	14	12	8
ja, mehrmals	16	11	9	5
kenne ich, aber nicht besucht	32	29	26	20
kenne ich nicht	16	13	13	9
kenne IWWIT nicht	19	32	40	58

Tabelle 11.15A: Kenntnis und Nutzung der Website von IWWIT nach Bildungsniveau (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer

	niedrig	mittel	hoch
ja, einmal	9	10	14
ja, mehrmals	7	8	10
kenne ich, aber nicht besucht	25	28	26
kenne ich nicht	13	12	12
kenne IWWIT nicht	47	43	39

**Tabelle 11.16A: Kenntnis und Nutzung der Website von IWWIT
nach Wohnortgröße (in Prozent)
Basis: alle Teilnehmer**

	weniger als 100.000 Einwohner	100.000–500.000 Einwohner	500.000–1 Mio. Einwohner	mehr als 1 Mio. Einwohner
ja, einmal	10	13	14	15
ja, mehrmals	8	10	10	12
kenne ich, aber nicht besucht	23	26	30	30
kenne ich nicht	11	12	13	15
kenne IWWIT nicht	49	38	34	28

AIDS-FORUM DAH

61

Schwule Männer und HIV / AIDS 2013

**Fragebogen
zum Bericht**

**Jochen Drewes
Martin Kruspe**

**Den Fragebogen schicken wir Ihnen gern als PDF zu:
zentrale@dah.aidshilfe.de**

351

