

Ulrich Marcus
Susanne Schink

unter Mitarbeit von
Matthias Wentzlaff-Eggebert

EMPIRISCHE ERGEBNISSE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUR HIV-/STI-PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SCHWULEN UND BISEXUELLEN MÄNNERN IN DEUTSCHLAND

EMIS: THE EUROPEAN MSM-INTERNET-SURVEY 2017

Impressum

Deutsche Aidshilfe e. V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87-0

www.aidshilfe.de

dah@aidshilfe.de

1. Auflage, 2022

DAH-Bestellnummer: 031063

Redaktion: Dr. Dirk Sander

Lektorat: Yasmin Ritsch, Bernd Frielingsdorf

Titelgrafik: Login / stock.adobe.com

Gestaltung: Carmen Janiesch

Druck: Königsdruck Printmedien GmbH,

Alt-Reinickendorf 28, 13407 Berlin

VORWORT

Mit dem vorliegenden Forumsband stellen wir die Ergebnisse aus dem deutschen Datensatz des European MSM Internet Survey (EMIS)^[0] einem größeren (Fach-) Publikum zur Verfügung.

Die europäische Befragung wurde von Oktober 2017 bis Januar 2018 durchgeführt. Die Auswertung der deutschen Daten erfolgte im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und wurde von Mitarbeitenden des Robert-Koch-Instituts (RKI), Dr. Ulrich Marcus und Susanne B. Schink, durchgeführt. Für den Fach-austausch danken die Autor_innen Dr. Miriam Gerlich, Dirk Meyer, Dr. Mirja Otten und Dr. Ursula von Rügen von der BZgA.

Der Forschungsbericht enthält einen weiten und integrierenden Blick auf die Wissenshaushalte zu Schutzmöglichkeiten, das gesundheitliche Schutzverhalten, den Substanzkonsum und das psychische Wohlbefinden von schwulen, bisexuellen, und anderen Männern, die Sex mit Männern in Deutschland haben (MSM*). Herausgearbeitet wurden spezifische Gesundheitsbedarfe, differenziert jeweils nach Herkunft, Einkommen, Altersgruppen und Wohnorten. Darüber hinaus werden unterschiedliche Morbiditäten bei dieser besonders vulnerablen Teilpopulation dargestellt.

Der Bericht zeigt, dass MSM* auch im Vergleich mit Daten aus Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung stark von psychischen Belastungen und sexuell übertragbaren Infektionen betroffen sind. Jüngere MSM leiden verstärkt unter depressiven Störungen und Suizidalität, während bei älteren MSM der Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen bedeutsam ist.

Ausgewählte Daten aus diesem umfangreichen Bericht wurden vorab in verschiedenen Fachgremien diskutiert, z. B. in dem von der BZgA im Juni 2020 initiierten Expert_innenworkshop, aber auch im bundesweiten „Facharbeitskreis Schwule Prävention“, der AG Prävention in der Deutschen Aidshilfe und auf der „Fachtagung zur Schwulen Gesundheit: Die Ganze Person“ im August 2021.

Herausgearbeitet wurden unter anderem strukturelle Zugangsbarrieren zu Gesundheitsangeboten, nicht ausreichend vorhandene spezifische Angebote zur Bearbeitung von psychischen Problematiken und dem Konsum illegalisierter psychotroper Substanzen und Alkohol, sowie die Bedeutung einer Peergroup zur Herausbildung

einer schwulen Identität und Sozialität, als auch die Rolle weiterbestehender Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierungen.

Basierend auf den Ergebnissen der Datenanalyse und des Expert*innenworkshops wurden Handlungsempfehlungen für die Präventionsarbeit für und mit schwulen und anderen MSM* in Deutschland abgeleitet und durch Matthias Wentzlaff-Eggebert zusammengefasst. Die Empfehlungen beziehen sich auf unterschiedliche Handlungsfelder (HIV-/STI-Schutzstrategien; Psychische Gesundheit; Substanzkonsum; Präventionsbedarfe) und spezifische Querschnittsthemen (Stadt/Land-Unterschiede; Zugehörigkeitsgefühle und Community; Gesellschaftliche Akzeptanz; Kooperationen).

Es zeigt sich insgesamt, dass zur Angebotsentwicklung und dem weiteren Abbau struktureller Ungleichheiten in Zukunft vermehrt die Zusammenarbeit und Kooperation unterschiedlicher Akteursgruppen und Institutionen notwendig ist.

Dirk Sander, Deutsche Aidshilfe

DANKSAGUNG

EMIS-2017 wurde von Sigma Research an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin durchgeführt. EMIS-2017 war Teil des ESTICOM-Projekts. ESTICOM wurde von einem Beirat geleitet, dem je ein Vertreter der Europäischen Kommission angehörte; Chafea; das Forum der Zivilgesellschaft für HIV/Aids, virale Hepatitis und Tuberkulose (CSF); das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC); die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und das Gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids (UNAIDS).

Das Projekt wurde von der Europäischen Union im Rahmen des Dritten EU-Gesundheitsprogramms (2014–2020) gefördert.

Das EMIS-Kernteam bestand aus Ford Hickson, David Reid, Axel J. Schmidt und Peter Weatherburn von Sigma Research, LSHTM sowie Ulrich Marcus und Susanne B. Schink vom RKI.

- Studiendesign Peter Weatherburn, Axel J. Schmidt, Ulrich Marcus, Ford Hickson, David Reid
- Studienkoordination Axel J. Schmidt, Peter Weatherburn
- Fragebogenerstellung und Vorabtest von Ford Hickson, David Reid
- EMIS Netzwerk und Übersetzungskoordination Axel J. Schmidt
- Umfrageförderung Peter Weatherburn, Axel J. Schmidt, Ulrich Marcus, EMIS Network
- Online-Management von Umfragen David Reid
- Rekrutierungsmonitoring Axel J. Schmidt, Peter Weatherburn
- Datenbereinigung und Kennzeichnung Ford Hickson, Axel J. Schmidt, David Reid
- Variablen Manual Erstellung Ford Hickson, Axel J. Schmidt
- Strukturvorschlag für Länderberichte Ford Hickson

Wir danken zunächst allen Männern, die an EMIS-2017 teilgenommen haben, und unseren Partnern, die Befragte durch Benachrichtigung auf ihrer Plattform (PlanetRomeo, Grindr), Aktivitäten auf Facebook und anderen sozialen Medien rekrutiert und EMIS-Banner auf ihren Websites platziert haben. Wir danken allen unseren Partnern, dass sie Teil von etwas Großem sind!

EMIS-2017-Partner in Deutschland: Deutsche Aidshilfe, BZgA, Dr. Michael Bochow, Dr. Richard Lemke.

Wir danken der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die diese detaillierte Auswertung der deutschen EMIS-Daten finanziert hat.

Ulrich Marcus und Susanne B. Schink

INHALT

VORWORT	3
DANKSAGUNG	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	13
TABELLENVERZEICHNIS	19
1. EXECUTIVE SUMMARY	23
1.1. Zusammenfassung	23
1.2. Stichprobenbeschreibung	24
1.3. Morbiditäten	25
1.4. Risiko- und Schutzverhalten	26
1.5. Bedürfnisse	27
1.6. Interventionen	28
1.7. Gesundheitliche Ungleichheiten	29
1.8. Letzte sexuelle Begegnung mit einem nicht-festen Partner	30
2. REKRUTIERUNG UND STUDIENSAMPLE	31
2.1. Rekrutierung	31
2.2. Bevorzugte Sprache zur Beantwortung des Fragebogens	31
2.3. Verteilung des Studiensamples auf Bundesländer und Städte	33
2.4. Repräsentativität von EMIS-Daten für MSM in Deutschland und Abschätzung der Gesamtzahl schwuler Männer und von Männern, die Sex mit Männern haben pro Bundesland	35
3. STICHPROBENBESCHREIBUNG	39
3.1. Geschlecht bei der Geburt und gegenwärtige Geschlechtsidentität	39
3.2. Alter	40
3.3. Wohnort und Altersverteilung	41
3.4. Empfundener ethnischer Minderheitenstatus (Auswertung von Freitextangaben)	43
3.5. Migrationsverlauf	44
3.6. Bildung, Beschäftigung und finanzielle Bewältigung	46
3.7. Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität und Outness	50
3.8. Derzeitige Partnerschaften	56
3.9. Kauf und Verkauf von Sex	57
3.10. Demografische Unterschiede (Bundeslandtabellen)	59

4.	MORBIDITÄTEN	60
4.1.	Psychische Gesundheitsprobleme	60
4.1.1.	Angst / Depression (PHQ4).....	60
4.1.2.	Suizidgedanken	64
4.1.3.	Fehlende sexuelle Zufriedenheit	66
4.1.4.	Alkoholabhängigkeit (CAGE-4).....	69
4.2.	HIV und Diagnosen von sexuell übertragbaren Infektionen	72
4.2.1.	Prävalenz und Inzidenz von HIV-Diagnosen	72
4.2.2.	Nicht supprimierte HIV-Replikation	77
4.2.3.	Ergebnis der Viruslastbestimmung	78
4.2.4.	Rezenz von Diagnosen von Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien	79
4.2.5.	Erstdiagnose von Anal- oder Genitalwarzen (HPV-Infektion)	81
4.2.6.	Hepatitis	82
4.3.	Variation der Morbiditäten nach Bundesland/Stadtgröße	83
4.4.	Erkrankungen (Bundeslandtabellen)	87
5.	RISIKOVERHALTEN UND SCHUTZMASSNAHMEN	88
5.1.	HIV-Behandlung bei Männern mit HIV	88
5.1.1.	Prävalenz der antiretroviralen Behandlung von HIV.....	88
5.1.2.	Zeitdifferenz zwischen Diagnose und Behandlung	89
5.2.	HIV-Chemoprophylaxe (PEP und PrEP) – Bedarf und Einnahme	91
5.2.1.	PEP – Bedarf und Einnahme.....	91
5.2.2.	Unzureichende Kenntnisse zur PEP	91
5.2.3.	Wissen zur PEP	91
5.2.4.	Erhalt von PEP	92
5.2.5.	PEP-Kaskade.....	93
5.3.	PrEP – Bedarf und Einnahme	94
5.3.1.	Mangelnde Kenntnis von PrEP.....	94
5.3.2.	Absicht einer PrEP-Einnahme.....	94
5.3.3.	Wissen zur PrEP	94
5.3.4.	Information zur PrEP durch einen Arzt/Ärztin/Mitarbeiter*in des Gesundheitsdienstes.....	95
5.3.5.	PrEP-Kaskade	96
5.3.6.	Bezugsquellen der PrEP-Medikation.....	97
5.4.	Impfung gegen Hepatitis A und B	97
5.5.	Sexualverhalten	103
5.5.1.	Alter bei ersten sexuellen Erfahrungen mit Männern	104
5.5.2.	Rezenz sexueller Erfahrungen mit Männern	105

5.5.3.	Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten.....	107
5.5.4.	Kondomgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern	108
5.5.5.	Sex mit Frauen	109
5.6.	Substanzgebrauch	113
5.6.1.	Konsum legaler Substanzen	113
5.6.2.	Konsum illegaler Substanzen.....	115
5.7.	Injektion von Substanzen	118
5.7.1.	Häufigkeit des injizierenden Substanzkonsums.....	118
5.7.2.	Häufigkeit von Injektionen.....	119
5.7.3.	Substanzen, die injiziert werden	120
5.7.4.	Teilen von Spritzbesteck	121
5.8.	Kombination von Sex mit Substanzkonsum.....	122
5.8.1.	Sex unter Einfluss von Substanzen	123
5.8.2.	Resenz von nüchternem Sex und Chemsex	123
5.8.3.	Besonderheiten von Chemsex	125
5.8.4.	Substanzkonsummuster.....	127
5.8.5.	Substanzkonsummuster in deutschen Großstädten.....	127
5.8.6.	Substanzkonsummuster nach Beschäftigungssituation und gefühlten Einkommen.....	129
5.9.	Schutzmaßnahmen und Risikoverhalten (Bundeslandtabellen).....	131
6.	PRÄVENTIONSBEDARFE	132
6.1.	Unbefriedigte Präventionsbedarfe in Bezug auf alle Gesundheitsverhaltensweisen	132
6.1.1.	Mangelnde soziale Unterstützung	132
6.1.2.	Internalisierte Homonegativität	136
6.2.	Unerfüllte Bedarfe bezüglich Safer Sex	139
6.2.1.	Niedrige Selbstwirksamkeit: Wie sicher möchte ich sein und wie einfach ist es, ‚Nein‘ zu sagen.....	139
6.2.2.	Unzureichender Zugang zu Kondomen: kondomloser Verkehr, weil kein Kondom verfügbar war.....	141
6.2.3.	Kenntnisse über HIV- und STI-Übertragung	142
6.3.	Unerfüllte Bedarfe bezüglich sichereren Drogenkonsums: Bedenken bezüglich des eigenen Drogenkonsums	145
6.4.	Unerfüllte Bedarfe bezüglich von PEP-Anwendung (Postexpositionsprophylaxe)	146

6.4.1.	PEP nicht bekannt.....	146
6.4.2.	Mangelhaftes PEP-Wissen	146
6.4.3.	Mangelndes Zutrauen in den Zugang zu PEP	146
6.5.	Unbefriedigte Bedarfe bezüglich des PrEP Einsatzes (Präexpositionsprophylaxe)	147
6.5.1.	Unzureichende PrEP-Kenntnisse	147
6.6.	Unbefriedigte Bedarfe bezüglich HIV-Testung und -Behandlung	149
6.6.1.	Wissen zu HIV-Testung und -Behandlung	149
6.6.2.	Unsicherheit hinsichtlich des HIV-Status	150
6.6.3.	Ich weiß nicht, wo ich mich auf HIV testen lassen kann	150
6.7.	Unerfüllte Bedarfe hinsichtlich Impfungen gegen Virushepatitis	152
6.7.1.	Hepatitis A & B Kenntnisse	152
6.7.2.	Fehlende Kenntnis, wo Hepatitis-A- und -B-Impfungen angeboten werden.....	155
7.	INTERVENTIONEN	157
7.1.	Homophober Missbrauch: Einschüchterung, Beleidigungen und Gewalt	157
7.2.	Zugang zu Kondomen	159
7.3.	Angebote für Substanz-Gebraucher.....	160
7.4.	PrEP-Beratung und -Verschreibung (Präexpositionsprophylaxe)	161
7.4.1.	Mit MSM über PrEP sprechen	161
7.4.2.	Ärztliche Konsultation vor PrEP-Anwendung	162
7.4.3.	PrEP-Verschreibung.....	163
7.4.4.	Herkunft der PrEP-Medikamente	163
7.5.	HIV- / STI-Aufklärung.....	164
7.6.	HIV-Testung und Verlaufskontrollen.....	164
7.6.1.	Wahrnehmung von HIV-Testangeboten	164
7.6.2.	HIV-Testangebote verschiedener Gesundheitseinrichtungen	167
7.6.3.	Kontext der HIV-Testung und HIV-Diagnose	168
7.6.4.	Akzeptanz der HIV-Test-Nachsorge	169
7.6.5.	Kontrolluntersuchungen bei HIV-Infektion	170
7.7.	Angebote zur Hepatitis-Impfung	171
7.8.	STI-Testangebote	172
7.8.1.	Wer wird mit STI-Tests erreicht?	172
7.8.2.	Sensibilisierung der STI-Testanbietenden für die Sexualität der Kunden	172
7.8.3.	Umfassende STI-Untersuchungen.....	173
7.8.4.	Partnerbenachrichtigung nach Syphilis- und Gonorrhö-Diagnosen	174
7.9.	Unterschiede bei den Interventionen nach Bundesland/Stadtgröße.....	175
7.10.	Interventionen (Bundeslandtabellen).....	180

8.	GESUNDHEITSUNGLEICHHEITEN	181
8.1.	Altersungleichheiten	181
8.1.1.	Alter und Erkrankungen	181
8.1.2.	Alter und Sexualverhalten	182
8.1.3.	Alter und unerfüllte Präventionsbedarfe.....	183
8.1.4.	Alter und Interventionen	184
8.2.	Ungleichheiten nach Stadtgröße	185
8.2.1.	Stadtgröße und Erkrankungen.....	186
8.2.2.	Stadtgröße und Sexualverhalten	187
8.2.3.	Stadtgröße und Präventionsbedarfe.....	187
8.2.4.	Stadtgröße und Interventionen	188
8.3.	Outness-Ungleichheiten	189
8.3.1.	Outness und Erkrankungen	190
8.3.2.	Outness und Sexualverhalten.....	190
8.3.3.	Outness und Präventionsbedarfe	191
8.3.4.	Outness und Interventionen.....	192
8.4.	Ungleichheiten nach Partnerschaftsstatus	193
8.4.1.	Partnerschaftsstatus und Erkrankungen.....	194
8.4.2.	Partnerschaftsstatus und Sexualverhalten	194
8.4.3.	Partnerschaftsstatus und Präventionsbedarfe.....	195
8.4.4.	Partnerschaftsstatus und Interventionen	196
8.5.	Migrationsungleichheiten	197
8.5.1.	Migration und Erkrankungen	197
8.5.2.	Migration und Sexualverhalten.....	198
8.5.3.	Migration und Präventionsbedarfe	199
8.5.4.	Migration und Interventionen	199
8.6.	Ungleichheiten bezüglich des HIV-Status	200
8.6.1.	HIV-Status und Erkrankungen	200
8.6.2.	HIV-Status und Sexualverhalten	201
8.6.3.	HIV-Status und -Präventionsbedarfe.....	202
8.6.4.	HIV-Status und Interventionen	203
8.7.	Ungleichheiten bei Männern, die Sex gegen Geld tauschen	203
8.7.1.	Sex gegen Geld und Erkrankungen	204
8.7.2.	Sex gegen Geld und Sexualverhalten	205
8.7.3.	Sex gegen Geld und Präventionsbedarfe	205
8.7.4.	Sex gegen Geld und Interventionen	206
8.8.	Morbiditäten, Verhalten, Bedarfe, Interventionen nach Alter, Stadtgröße, Outness, Partnerschaft, Alter, Herkunft, Sex gegen Geld – Übersichtstabellen	208

9.	DER LETZTE SEX MIT EINEM NICHT-FESTEN SEX-PARTNER.....	212
9.1.	Letzte nicht-feste männliche Partner, mit denen Sex stattfand.....	212
9.1.1.	Anzahl der beteiligten Partner	212
9.1.2.	Gab es schon einmal Sex mit diesem Partner / diesen Partnern?	214
9.2.	Wie und wo wurden nicht-feste Partner getroffen?	214
9.2.1.	Wo haben sich die Partner zuerst getroffen?	214
9.2.2.	Auswirkungen der Umstände des Treffens auf Indikatoren für sexuelle Risiken.....	216
9.2.3.	Wo fand der Sex statt?	218
9.3.	Sexuelle Handlungen in der letzten sexuellen Begegnung	220
9.3.1.	Sexuelle Handlungen, die mit dem letzten nicht-festen Sexualpartner ausgeübt wurden.....	220
9.3.2.	Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Sexualpartner	221
9.3.3.	Analverkehr und Anwendung von Schutzmaßnahmen	222
9.4.	Kommunikation und Risikomanagement vor und während der sexuellen Begegnung	226
9.4.1.	HIV-Risikomanagement während der letzten sexuellen Begegnung	226
9.4.2.	Analverkehr, Offenlegung des Serostatus und Verwendung von Kondomen nach HIV-Status	230
9.4.3.	Mögliche Informationsinkonsistenzen	233
9.5.	Letzter Sex mit nicht-festem Partner (Bundeslandtabellen).....	235
10.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT FÜR UND MIT SCHWULEN UND ANDEREN MSM IN DEUTSCHLAND	236
11.	SKALEN UND DEFINITIONEN, ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS, LITERATURVERZEICHNIS	264
11.1.	Skalen und Definitionen.....	264
11.1.1.	Rezenskala	264
11.1.2.	Stadtgröße	264
11.1.3.	Anzahl.....	265
11.1.4.	Bundesländer.....	265
11.1.5.	Städte	266
11.1.6.	Zustimmungsskala.....	266
11.1.7.	Wissensskala	266
11.2.	Abkürzungsverzeichnis.....	267
11.3.	Literaturverzeichnis	269

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Datum der Teilnahme (N=23.107)	31
Abbildung 2: Verteilung PlanetRomeo-Profile (01/2016), EMIS-2017 Teilnehmer und männliche Allgemeinbevölkerung (15–65 Jahre)	35
Abbildung 3: Altersverteilung (N=23.107)	40
Abbildung 4: Ausfüllen der Befragung mittels Smartphone oder Computer nach Altersgruppen (N=22.525)	41
Abbildung 5: Altersverteilung nach Bundesland (N=21.648)	42
Abbildung 6: Altersverteilung nach Stadt (N=8.572)	42
Abbildung 7: Anzahl der Jahre in Aus-/Bildung seit dem 16. Lebensjahr	46
Abbildung 8: Beschäftigungssituation nach Altersgruppen (N=23.008)	48
Abbildung 9: Beschäftigungssituation nach Altersgruppen und HIV-Status (N=17.389)	48
Abbildung 10: Gefühles Einkommen (N=22.989)	49
Abbildung 11: Gefühles Einkommen und Beschäftigungssituation (N=22.989)	49
Abbildung 12: Gefühles Einkommen nach Alter und HIV-Status (N=17.385)	50
Abbildung 13: Selbstbezeichnung und Bildung (N=21.603)	52
Abbildung 14: Sexuelle Anziehung und Bildung (N=21.585)	53
Abbildung 15: Selbstbeschreibung, Bildung und sexuelle Anziehung (N=21.574)	53
Abbildung 16: Outness und sexuelle Anziehung (N=22.829)	55
Abbildung 17: Anteil von Bekannten die über Anziehung zu Männern orientiert sind und Anziehung zu Männern, Frauen bzw. nicht binären Personen nach Altersgruppe (N=22.829)	55
Abbildung 18: Outness, sexuelle Anziehung und Bildung (N=21.375)	55
Abbildung 19: Gesundheitsfragebogen PHQ-4, Anzeichen für Depression und Angststörungen nach Altersgruppe (N=22.735)	61
Abbildung 20: Suizidgedanken oder Gedanken sich Leid zuzufügen in den letzten 14 Tagen und Alter (N=22.960)	64
Abbildung 21: Suizidale Ideation und Berufliche Situation (N=22.903)	65
Abbildung 22: Suizidale Ideation und Gefühles Einkommen (N=22.884)	66
Abbildung 23: Sexuelle Zufriedenheit und Outness (N=22.240)	67
Abbildung 24: Sexuelle Zufriedenheit und Alter (N=22.502)	67
Abbildung 25: Sexuelle Zufriedenheit und Gefühles Einkommen (N=22.402)	68

Abbildung 26: Sexuelle Zufriedenheit und HIV-Status (N=22.329)	68
Abbildung 27: Sexuelle Zufriedenheit und Beziehungsstatus (N=22.480)	68
Abbildung 28: Sexuelle Zufriedenheit und Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten (N=16.255)	69
Abbildung 29: Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (N=22.775)	70
Abbildung 30: Anzeichen für Alkoholabhängigkeit und Outness (N=22.505)	70
Abbildung 31: Anzeichen für Alkoholabhängigkeit und Alter (N=22.775)	70
Abbildung 32: Anzeichen für Alkoholabhängigkeit, Alter und Outness (N=22.505)	71
Abbildung 33: Anzeichen für Alkoholabhängigkeit und Depressionen (N=22.462)	71
Abbildung 34: Selbstberichtete HIV-Prävalenz und HIV-Neudiagnosen in den letzten 12 Monaten nach Bundesland (N=21.648)	72
Abbildung 35: Selbstberichtete HIV-Infektion nach Großstadt (N=8.503)	73
Abbildung 36: Vergleich von Anteilen von mit HIV-diagnostizierten MSM auf Groß-Städte (1) HIV-Meldungen 2009–2018, (2) HIV-Meldungen 2001–2018, (3) EMIS-2017 Selbstangaben	73
Abbildung 37: Vergleich der Verteilung von HIV-diagnostizierter MSM auf Bundesländer: (1) RKI-Schätzung von in Deutschland geborenen MSM, (2) in Deutschland geborene EMIS-2017 Teilnehmer, (3) EMIS-2017 Teilnehmer	74
Abbildung 38: Verteilung der HIV-Neudiagnosen auf Bundesländer (1) Melderegister 2017, (2) EMIS-2017	75
Abbildung 39: HIV-Neudiagnosen nach Altersgruppe: (1) HIV-Melderegister 2017 und (2) EMIS-2017	76
Abbildung 40: Wohnortgröße und HIV-Status (N=22.661)	76
Abbildung 41: Testungs- und Behandlungskaskade (N=23.107)	77
Abbildung 42: Testungs- und Behandlungskaskade, regional (N=23.107)	77
Abbildung 43: Ergebnis der Viruslastbestimmung (N=2.444)	78
Abbildung 44: Ergebnis der Viruslastbestimmung und Jahr der HIV-Diagnose (N=1.964) ...	79
Abbildung 45: Gonorrhö-, Chlamydien- und Syphilis-Diagnosen in den letzten 12 Monaten nach Bundesland (N=21.648)	79
Abbildung 46: Syphilis Meldungen bei MSM, 2017 und EMIS-2017 berichtete Syphilis in den letzten 12 Monaten nach Bundesland	80
Abbildung 47: Syphilis Meldungen bei MSM, 2017 und EMIS-2017 berichtete Syphilis in den letzten 12 Monaten und Altersgruppe	80
Abbildung 48: Anteil Teilnehmer mit Warzen-Erstdiagnose in den letzten 12 Monaten nach Bundesland (N=21.648)	81
Abbildung 49: Anteil Teilnehmer jemals mit HBV diagnostiziert (N=21.555)	82

Abbildung 50: Anteil Teilnehmer jemals mit HCV diagnostiziert und HIV-Status (N=23.107)	83
Abbildung 51: Anteil Teilnehmer mit HCV-Diagnose nach Bundesland (N=21.607)	84
Abbildung 52: Hepatitis-A-Status und Bundesland (N=21.546)	85
Abbildung 53: Hepatitis-B-Status und Bundesland (N=21.555)	85
Abbildung 54: Verteilung aller Teilnehmer auf Bundesländer, nach HBV-Immunistatus (infiziert, geimpft, ungeimpft) (N=21.555)	86
Abbildung 55: HIV-Diagnosejahr und Anzahl Monate zwischen Diagnose und Therapiestart (N=1.640)	90
Abbildung 56: HIV-Postexpositionsprophylaxe: Wissen zur PEP, Versuch eine PEP zu erhalten und Verwendung von PEP (N=20.454)	93
Abbildung 57: HIV-Präexpositionsprophylaxe: Wissen zur PrEP, Versuch eine PrEP zu erhalten, Verwendung von PrEP (N=20.454)	97
Abbildung 58: Hepatitis-A-Status nach Altersgruppe (N=22.984)	99
Abbildung 59: Hepatitis-B-Status und Altersgruppe (N=22.994)	99
Abbildung 60: Hepatitis-A-Status und Migration (N=22.917)	100
Abbildung 61: Hepatitis-B-Status und Migration (N=23.037)	100
Abbildung 62: Hepatitis-A- und HIV-Status (N=22.801)	101
Abbildung 63: Hepatitis-B- und HIV-Status (N=22.810)	101
Abbildung 64: Hepatitis-A-Status und Kenntnis des behandelnden beim STI-Test, dass Man Sex mit Männern hat (N=8.226)	102
Abbildung 65: Hepatitis-B-Status und Kenntnis der behandelnden beim STI-Test, dass Man Sex mit Männern hat (N=8.232)	102
Abbildung 66: Hepatitis-A-Status und Wohnortgröße (N=22.730)	103
Abbildung 67: Hepatitis-B-Status und Wohnortgröße (N=22.738)	103
Abbildung 68: Alter beim ersten Sex (N=22.134) und beim ersten Analverkehr (N=21.003)	105
Abbildung 69: Rezenz Sex mit einem Mann (N=22.509)	106
Abbildung 70: Rezenz Analverkehr mit einem Mann (N=21.380)	106
Abbildung 71: Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten in der Zeitreihe, *) SMA und †) EMIS-2017	107
Abbildung 72: Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit anderen Sexualpartnern in den vergangenen Monaten nach Altersgruppe, SMA-2013, EMIS-2017	108
Abbildung 73: Anteil der Befragten mit Kondomlosen Analverkehr mit anderen Sexualpartner in der Zeitreihe, *) Schwule Männer und HIV/Aids †) EMIS-2017	108

Abbildung 74: Anteil der Befragten mit Ungeschütztem Analverkehr mit anderen Sexualpartnern nach Altersgruppe (SMA-2013, EMIS-2017)	109
Abbildung 75: Letzter Sex mit Einer Frau (N=23.007) Bzw. Einem Mann (N=23.034)	110
Abbildung 76: Anzahl Verschiedene Sexpartnerinnen (W.) in den letzten 12 Monaten von Männern, Die Sex mit Frauen Hatten (N=2.596)	110
Abbildung 77: Rezenz: Sex mit Frauen (N=23.007)	111
Abbildung 78: Outness und Sex mit Frauen (N=22.733)	112
Abbildung 79: Wohnortgröße und Sex mit Frauen (N=22.752)	112
Abbildung 80: Wann Haben Sie das Letzte Mal Alkohol / Tabakprodukte / Poppers / erektionsfördernde Substanzen / Sedativa Konsumiert?	114
Abbildung 81: Wann Haben Sie das Letzte Mal Ecstasy, Kokain, Amphetamine, GHB/GBL, Ketamin, LSD, Methamphetamin, Synth. Canabinoide, Mephedron, andere Synth. Stimulanzien, Heroin, Crack konsumiert?	117
Abbildung 82: Rezenz von Sex (N=23.034), Analverkehr (N=22.989), Sex ohne Substanzkonsum (N=22.891) und Chemsex (N=22790)	124
Abbildung 83: Rezenz von Chemsex (N=22.790) und Gruppen-Chemsex (N=22.787)	125
Abbildung 84: Wie lange kombinieren Sie schon stimulierende Substanzen und Sex mit mehreren Sexualpartnern? (N=1.208)	126
Abbildung 85: Substanzkonsum in Städten (N=8.572)	128
Abbildung 86: Substanzkonsum und Beschäftigungssituation (N=23.008)	129
Abbildung 87: Substanzkonsum und gefühltes Einkommen (N=22.989)	130
Abbildung 88: Soziale Integration (N=11.462)	133
Abbildung 89: Soziale Integration und Outness (N=11.326)	134
Abbildung 91: Verlässliche Unterstützung (N=11.387)	135
Abbildung 92: Verlässliche Unterstützung und Outness (N=11.351)	136
Abbildung 93: Homonegativität (N=10.013)	137
Abbildung 94: Homonegativität und Outness (N=9.930)	137
Abbildung 95: Homonegativität und Altersgruppe (N=10.013)	138
Abbildung 96: Homonegativität und gefühltes Einkommen (N=9.980)	139
Abbildung 97: Sicherheit beim Sex nach Altersgruppe (N=23.007)	140
Abbildung 98: Sex ablehnen den man nicht möchte und Altersgruppe (N=22.946)	140
Abbildung 99: Sicherheit beim Sex und sexuelle Zufriedenheit (N=22.435)	141
Abbildung 100: Sex Ablehnen den man nicht möchte und sexuelle Zufriedenheit (N=22.369)	141

Abbildung 101: Rezenz des letzten Fickens ohne Kondom weil kein Kondom zur Hand war, nach HIV-Teststatus (N=22.806)	142
Abbildung 102: Wissen von ungetesteten Männern wo man sich auf HIV testen kann und Altersgruppe (N=5.465)	151
Abbildung 103: Wissen von ungetesteten Männern wo man sich auf HIV testen kann und Jahre in Bildung seit dem 16. Lebensjahr (N=5.087)	151
Abbildung 104: Wissen von ungetesteten Männern wo man sich auf HIV testen kann und Wohnortgröße (N=5.393)	152
Abbildung 105: Hepatitis Wissen (N=23.107)	154
Abbildung 106: Hepatitis Wissen und Bildung (N=21.619)	154
Abbildung 107: Hepatitis Wissen und Outness (N=22.829)	155
Abbildung 108: Homophobe Missbrauchserfahrung (N=23.056)	158
Abbildung 109: Homophobe Missbrauchserfahrungen in Städten (N=8.545)	158
Abbildung 110: Homophobe Missbrauchserfahrung nach Wohnortgröße und Outness (N=22.530)	159
Abbildung 111: Kumulative Rezenz des Aufsuchens eines Beratungsangebots wegen Sorgen über Alkohol-/Substanzkonsum	161
Abbildung 112: HIV-Test und Wohnortgröße (N=22.770)	165
Abbildung 113: HIV-Test und Altersgruppe (N=23.027)	165
Abbildung 114: Wissen wo man einen HIV-Test machen kann und Wohnortgröße (N=5.393)	166
Abbildung 115: Wissen wo man einen HIV-Test machen kann und Altersgruppe (N=5.393)	166
Abbildung 116: Ort des letzten HIV-Tests (N=14.975)	167
Abbildung 117: Unterstützung und Informationen beim letzten HIV-Test nach Ort des HIV-Tests (N=14.817)	168
Abbildung 118: Ort der HIV-Diagnose (N=2.453)	169
Abbildung 119: Unterstützung und Informationen bei der HIV-Diagnose nach Ort der Diagnose (N=2.429)	169
Abbildung 120: Testrezenz auf HIV und STI, nach HIV-Status	172
Abbildung 121: Fehlende Partnerbenachrichtigung und Kenntnis über Sexualität des Behandelten (Gonorrhö: N=167, Syphilis: N=135)	175
Abbildung 123: STI-Testung bei Teilnehmern mit HIV-Diagnose nach Bundesland (N=2.289)	176
Abbildung 124: STI-Testung bei Teilnehmern ohne HIV-Diagnose nach Stadt (N=7.174)	177
Abbildung 125: STI-Testung nach Stadt (N=20.454)	177

Abbildung 126: STI-Testung und Ort des letzten HIV-Tests (Teilnehmer Ohne HIV-Diagnose) (N=20.454)	178
Abbildung 127: Anteil der in den letzten 12 Monaten auf STI untersuchten Teilnehmer, bei denen auch eine Inspektion der Genital- und/oder Analregion erfolgte, im Vergleich zur Verteilung aller Teilnehmer auf die Bundesländer (N=21.648)	179
Abbildung 128: Sex mit nicht-festem Partner (N=16.760)	213
Abbildung 129: Sex mit nicht-festem Partner und HIV Teststatus (N=16.632)	213
Abbildung 130: Anzahl nicht-fester Sexpartner in den letzten 12 Monaten und Altersgruppe (N=16.628)	213
Abbildung 131: Ort des Kennenlernens des nicht-festen Partners und HIV-Teststatus (N=16.618)	215
Abbildung 132: Ort des ersten Kennenlernens des letzten nicht-festen Sexpartners nach Größe des Wohnorts (N=12.892)	216
Abbildung 133: Rezens einer Syphilis-Diagnose und Ort des Kennenlernens des letzten nicht-festen Partners (N=16.517)	217
Abbildung 134: Anzahl Partner mit kondomlosem Analverkehr in den letzten 12 Monaten nach Ort des Kennenlernens (N=16.225)	218
Abbildung 135: Ort des Sex mit nicht-festem Partner und HIV-Teststatus (N=16.610)	219
Abbildung 136: Sex mit diesem nicht-festen Partner bereits in der Vergangenheit und Ort (N=14.265)	219
Abbildung 137: Rolle beim Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Partner und HIV-Teststatus (N=16.587)	222
Abbildung 138: Kondomverwendung mit nicht-festem Partner bei rezeptivem Analverkehr und Altersgruppe (N=7.346)	223
Abbildung 139: Kondomverwendung mit nicht-festem Partner bei insertivem Analverkehr und Altersgruppe (N=7.336)	224
Abbildung 140: Kondomverwendung und Ejakulation bei insertivem Analverkehr und HIV-Teststatus (N=5.271)	224
Abbildung 141: Kondomverwendung und Ejakulation bei rezeptivem Analverkehr und HIV-Teststatus (N=7.237)	225
Abbildung 142: Risikomanagementstrategie inkl. Treatment-as-Prevention und HIV-Teststatus mit dem letzten nicht-festen Sexpartner mit Analverkehr (N=11.836)	226
Abbildung 143: Risikomanagementstrategie und Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Partner nach HIV-Status (N=16.587)	229

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Sprache, in welcher der Fragebogen beantwortet wurde (N=23.107)	32
Tabelle 2: Wohnort der Teilnehmer nach Bundesland (N=21.648)	33
Tabelle 3: Wohnort der Teilnehmer nach Stadt (N=8.572)	34
Tabelle 4: Schätzung Anzahl bi- und homosexueller Männer nach Bundesland	36
Tabelle 5: Schätzung, Anteil und Anzahl von HIV- und Syphilis-Diagnosen nach Bundesland	38
Tabelle 6: Aktuelle Geschlechtsidentität und bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht (N=23.073)	39
Tabelle 7: Freitextangaben zu ethnischen Minderheitenstatus (N=1.495)	43
Tabelle 8: Herkunft (nach Region), (N=23.037)	44
Tabelle 9: Migrationsgrund (N=3.322)	45
Tabelle 10: Was beschreibt Ihre berufliche Stellung am besten? (N=23.008)	47
Tabelle 11: Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen? (N=23.067)	51
Tabelle 12: Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen und Selbstbeschreibung (N=22.874)	52
Tabelle 13: Anteil von Bekannten, die über Anziehung zu Männern orientiert sind und Anziehung zu Männer, Frauen bzw. nichtbinären Personen nach Altersgruppe (N=22.829)	54
Tabelle 14: Beziehungsstatus mit Festem Partner*in (N=22.740)	56
Tabelle 15: Kumulative Prozente von Männern die für Sex bezahlt haben (N=22.498) bzw. für Sex bezahlt worden sind (N=22.489)	57
Tabelle 16: Häufigkeit von bezahlen (N=2.264) und bezahlt werden (N=952) von Männern, die in den letzten 12 Monaten für Sex bezahlt haben oder bezahlt worden sind	58
Tabelle 17: Bundeslandtabelle: Demografische Unterschiede (N=21.634)	59
Tabelle 18: Gesundheitsfragebogen (PHQ-4) (N=22.735)	61
Tabelle 19: Anteil Teilnehmer mit depressiver Symptomatik in GEDA (N=10.702) und EMIS-2017 (N=21.232) nach Altersgruppe und Bildungsniveau	63
Tabelle 20: Suizidgedanken oder Gedanken, sich Leid zuzufügen (N=22.960)	64
Tabelle 21: Anteil Teilnehmer mit STI-Diagnose in den letzten 12 Monaten nach HIV-Status (N=22.848)	81
Tabelle 22: HCV-Status nach HIV-Status (N=23.107)	83

Tabelle 23: Bundeslandtabelle: Erkrankungen (N=21.648)	87
Tabelle 24: Art-Einnahme von Männern mit diagnostizierter HIV-Infektion (N=2.458)	88
Tabelle 25: Grund für Nichteinnahme von antiretroviraler Medikation (N=18)	89
Tabelle 26: Mittlere Dauer in Monaten zwischen Diagnose und ART-Beginn (N=2.049)	90
Tabelle 27: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen Kondome benutzt? (N=2.586)	111
Tabelle 28: Kumulativer Anteil Substanzkonsum	114
Tabelle 29: Substanzkonsum I (kumulativ, %): Ecstasy, Kokain, Amphetamine, GHB/GBL, Ketamin, LSD	116
Tabelle 30: Substanzkonsum II (kumulativ, %): Methamphetamin, synth. Canabinoide, Mephedron, andere synth. Stimulanzien, Heroin, Crack	117
Tabelle 31: Injizierender Substanzkonsum (Anabolika, N=22.930; andere Substanzen, N=22.970)	118
Tabelle 32: Injizierender Substanzkonsum von Anabolika (N=22.305) und Substanzen um high zu werden (N=22.898)	119
Tabelle 33: Frequenz von injizierendem Substanzkonsum (N=312)	119
Tabelle 34: Injizierte Substanzen (N=321)	120
Tabelle 35: Am häufigsten injizierte Substanzen bzw. Substanzkombinationen	121
Tabelle 36: Wann haben Sie das letzte Mal eine bereits gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt, die Ihnen gegeben, geliehen oder verkauft wurde? (N=22.588, N=323)	122
Tabelle 37: Anteil von Sex in den letzten 12 Monaten Sex unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen (N=19.225)	123
Tabelle 38: Wo hat der Gruppen-Chemsex stattgefunden? (N=1.255)	126
Tabelle 39: Bundeslandtabellen: Schutzmaßnahmen und Risikoverhalten (N=21.641)	131
Tabelle 40: Wissensfragen zur Übertragung von HIV und STI (N=22.918–23.008)	143
Tabelle 41: Nicht bereits bekannte Wissensfragen zur Übertragung von HIV und STI nach Sub-Gruppen (N=22.227–23.008)	144
Tabelle 42: Sorgen über Substanzkonsum (N=23.107)	145
Tabelle 43: Kenntnis der PEP und HIV-Status (N=22.546)	146
Tabelle 44: Wissen zu Hepatitis A und B (N=23.068)	153
Tabelle 45: Wissen, wo man sich gegen Hepatitis A (N=8.578) und Hepatitis B (N=8.832) impfen lassen kann.	155
Tabelle 46: Bundeslandtabellen: Präventionsbedarfe (N=21.648)	156
Tabelle 47: Wo haben Sie Kondome erhalten bzw. gekauft? (N=18.677)	160

Tabelle 48: Wo hat das Gespräch über die PrEP stattgefunden? (N=1.525)	162
Tabelle 49: Prozent aller Männer, die jemals eine PrEP genommen haben (N=954)	164
Tabelle 50: Resenz der HIV-Kontrolle durch einen Arzt/eine Ärztin (N=2.459)	170
Tabelle 51: Hepatitis-Impfangebot nach Ort des letzten HIV-Tests (N=14.882)	171
Tabelle 52: Wissen der Untersuchenden über die Sexualität der Untersuchten (N=8.253)	173
Tabelle 53: Art der STI-Untersuchung/-Testung	173
Tabelle 54: Information von Sexpartner durch Arzt/Ärztin oder Befragten bei Syphilis- (N=702) bzw. Gonorrhö-Diagnose (N=925), dass Sexpartner ebenfalls eine Behandlung (oder zumindest einen Test) benötigt	174
Tabelle 55: Bundeslandtabellen: Interventionen (N=21.640, N=7.794)	180
Tabelle 56: Altersgruppe und Morbiditäten (N=23.107)	182
Tabelle 57: Altersgruppe und Verhalten (N=23.107)	183
Tabelle 58: Altersgruppe und Präventionsbedarfe (N=23.107)	184
Tabelle 59: Altersgruppe und Interventionen (N=23.107)	185
Tabelle 60: Stadtgröße und Morbiditäten (N=22.846)	186
Tabelle 61: Stadtgröße und Verhalten (N=22.846)	187
Tabelle 62: Stadtgröße und Bedarfe (N=22.846)	188
Tabelle 63: Stadtgröße und Interventionen (N=22.846)	189
Tabelle 64: Outness und Morbiditäten (N=22.829)	190
Tabelle 65: Outness und Sexualverhalten (N=22.829)	191
Tabelle 66: Outness und Präventionsbedarfe (N=22.829)	192
Tabelle 67: Outness und Interventionen (N=22.829)	193
Tabelle 68: Partnerschaftsstatus und Morbiditäten (N=23.083)	194
Tabelle 69: Partnerschaftsstatus und Verhalten (N=23.083)	195
Tabelle 70: Partnerschaftsstatus und Bedarfe (N=23.083)	196
Tabelle 71: Partnerschaftsstatus und Interventionen (N=23.083)	197
Tabelle 72: Migration und Morbiditäten (N=23.037)	198
Tabelle 73: Migration und Verhalten (N=23.037)	198
Tabelle 74: Migration und Bedarfe (N=23.037)	199
Tabelle 75: Migration und Interventionen (N=23.037)	200
Tabelle 76: HIV-Status und Morbiditäten (N=22.916)	201
Tabelle 77: HIV-Status und Verhalten (N=22.916)	201
Tabelle 78: HIV-Status und Bedarfe (N=22.916)	202

Tabelle 79: HIV-Status und Interventionen (N=22.916)	203
Tabelle 80: Sex gegen Geld und Morbiditäten (N=23.103)	204
Tabelle 81: Sex gegen Geld und Verhalten (N=23.103)	205
Tabelle 82: Sex gegen Geld und Bedarfe (N=23.103)	206
Tabelle 83: Sex gegen Geld und Interventionen (N=23.103)	207
Tabelle 84: Morbiditäten, Verhalten, Bedarfe, Interventionen: nach Alter, Stadtgröße, Outness und Partnerschaft (N=22.846–23.107)	208
Tabelle 85: Morbiditäten, Verhalten, Bedarfe, Interventionen nach Alter, Herkunft, Sex gegen Geld (N=22.916–23.107)	210
Tabelle 86: Sex mit nicht-festem Partner (N=16.760)	212
Tabelle 87: Hatten Sie bereits Sex mit ihm zuvor (Bei einer anderen Gelegenheit)? (N=16.601)	214
Tabelle 88: Ort des ersten Kennenlernens des nicht-festen Sexpartners nach Altersgruppe (N=16.745)	215
Tabelle 89: Sexpraktiken mit dem letzten nicht-festen Partner (Mehrfachauswahl, N=16.711)	221
Tabelle 90: Haben Sie bei dieser Gelegenheit gefickt (Analverkehr)? (N=16.713)	221
Tabelle 91: Kondomverwendung während insertivem und rezeptivem Analverkehr mit einem nicht-festen Partner (N=11.915)	223
Tabelle 92: Risikomanagementstrategie und Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Sexpartner nach HIV-Teststatus (N=16.587)	228
Tabelle 93: Analverkehr mit dem letzten nicht-festem Partner und HIV-Teststatus (N=16.587)	230
Tabelle 94: Kondomverwendung des Befragten bei insertivem Analverkehr mit letztem nicht-festen Partner nach HIV-Teststatus (N=6.541)	231
Tabelle 95: Kondomverwendung des Partners bei rezeptivem Analverkehr mit letztem nicht-festen Partner nach HIV-Teststatus (N=7.293)	231
Tabelle 96: HIV-Serostatus-Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Partner nach HIV-Teststatus (N=16.591)	232
Tabelle 97: Annahmen über den HIV-Status des letzten nicht-festen Partners (N=16.574)	233
Tabelle 98: Auskunft zur PrEP-Einnahme und Information an den letzten nicht-festen Partner (N=194)	234
Tabelle 99: Auskunft zur Viruslast und Information an den letzten nicht-festen Partner (N=816)	234
Tabelle 100: Bundeslandtabellen: Letzter Sex mit nicht-festem Partner (N=15.731; N=11.200; N=15.731)	235

1. EXECUTIVE SUMMARY

1.1. Zusammenfassung

EMIS-2017 (Europäische MSM-Internetumfrage 2017) war eine Komponente von ESTICOM (Europäische Umfragen und Schulungen zur Verbesserung der Gesundheit der MSM-Gemeinschaft). ESTICOM war ein dreijähriger Tender (2016–2019), finanziert durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Kommission 2014–2020 im Rahmen einer Ausschreibung von der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung (Chafea).

Das übergeordnete Ziel von EMIS bestand darin, Daten zu generieren, die für die Planung von HIV- und STI-Prävention und -Versorgung und die Überwachung der nationalen Fortschritte in diesem Bereich nützlich sind. Dies erfolgte durch Beschreibung des Umfangs und der Verteilung von HIV-Übertragungsrisiken und des Schutzverhaltens sowie durch Darstellung des selbst berichteten STI-Testverhaltens, der Testmodalitäten und verschiedener STI-Diagnosen, einschließlich Virushepatitis.

Der EMIS-2017-Fragebogen basierte auf einer früheren Version der Umfrage (EMIS 2010, EMIS Network, 2013) [1]. Der Fragebogen wurde im Rahmen von drei öffentlichen Konsultationsrunden mit den jeweiligen nationalen Partnern überarbeitet und aktualisiert. Die Umfrage war zwischen dem 18. Oktober 2017 und dem 31. Januar 2018 gleichzeitig in 33 Sprachen online verfügbar.

Dieser Bericht basiert auf den Antworten von 23.107 Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben und zum Befragungszeitpunkt in Deutschland lebten. Der Bericht wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt. Die deutsche Sprachversion wurde von 92 % der Teilnehmer verwendet, insgesamt wurde der Fragebogen aber noch in weiteren 29 Sprachen ausgefüllt. Von allen in Deutschland lebenden Teilnehmern gaben 94 % an, in welchem Bundesland sie lebten. In den Kapiteln 2–8 werden die wichtigsten Ergebnisse am Ende jedes Kapitels in Tabellen nach Bundesland dargestellt. Um die Lesbarkeit zu verbessern, verwenden wir in der Darstellung des Berichts nur für Prozentsätze unter 2 % eine Dezimalstelle.

1.2. Stichprobenbeschreibung

Die Teilnehmer von EMIS-2017 in Deutschland sind keine repräsentative Stichprobe der in Deutschland lebenden MSM, sie repräsentieren aber geographisch die Verteilung von sich selbst als homosexuell/schwul definierenden Männern und der MSM mit einem PlanetRomeo-Profil. Bezogen auf verschiedene erhobene Merkmale (z. B. Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten, PrEP-Verwendung) ist die Stichprobe durch Selbstselektion in unterschiedlichem Ausmaß verzerrt: generell sind sexuell aktivere Männer in der Stichprobe überrepräsentiert.

Kapitel 3 beschreibt folgende Merkmale der Teilnehmer, die sich durch HIV / STI- und Gesundheitsförderungsprogramme nicht ändern können oder normalerweise nicht geändert werden sollen. Die angegebenen Merkmale beschreiben manchmal eine Zielgruppe für Interventionen (z. B. Transmänner oder junge Männer).

- **Geschlecht bei der Geburt und aktuelle Geschlechtsidentität** – männlich zu sein war eine Voraussetzung für die Teilnahme. Insgesamt 99 % definierten sich als „männlich“ und 0,5 % betrachteten sich als „Transmänner“.
- **Alter** – Das Durchschnittsalter (Median) betrug 39 Jahre (Bereich 14 bis 100, Mittelwert 39,3, Standardabweichung 12,9).
- **Migrationsgeschichte** – 11 % (N=2.643) wurden nicht in Deutschland geboren.
- **Bildung** – 98,5 % hatten eine Ausbildung nach 16 Jahren (die mittlere Anzahl der Jahre betrug 6,7) und 93 % hatten eine Ausbildung von zwei oder mehr Jahren nach 16 Jahren.
- **Beschäftigung** – 75 % waren erwerbstätig, fast 60 % waren vollzeitbeschäftigt. Mehr als jeder dreißigste war arbeitslos und es gab eine beträchtliche Minderheit von Studenten (11 %).
- **Finanzielle Bewältigung** – 19 % gaben an, finanzielle Probleme zu haben; 31 % hatten weder Probleme noch sahen sie ihr Einkommen als komfortabel an und 50 % gaben an, dass sie sich finanziell komfortabel fühlten.
- **Sexuelle Anziehung** – <1 % gaben an, dass sie von niemandem angezogen wurden, 7 % von nicht-binären Personen (eine Kategorie für Geschlechtsidentitäten, die nicht ausschließlich männlich oder weiblich sind), 18 % von Frauen und 99 % von Männern. Alle, die nicht angaben, von Männern angezogen zu sein, hatten zuvor Sex mit Männern gehabt.
- **Sexuelle Identität** – 78 % bezeichneten sich als schwul oder homosexuell und 17 % als bisexuell.
- **„Outness“** – 67 % der Männer gaben an, dass die Mehrheit der Menschen, die sie kannten über ihre sexuelle Orientierung informiert sei.

- **Derzeitige Partnerschaften** – 46 % hatten einen derzeitigen festen Partner, am häufigsten einen männlichen Partner (37 % aller Teilnehmer). 47 % waren derzeit Single.
- **Sex kaufen und verkaufen** – mehr Teilnehmer hatten Sex gekauft als verkauft, sowohl in ihrem Leben (20 % gegenüber 15 %) als auch in den letzten 12 Monaten (10 % gegenüber 4 %). Die Mehrheit, die in den letzten 12 Monaten Sex verkauft oder gekauft hatte, hatte dies nur ein- oder zweimal getan.

1.3. Morbiditäten

Kapitel 4 beschreibt physische und psychische Erkrankungen. Für ein Gesundheitsprogramm sind die Verringerung und Vorbeugung von Morbiditäten die maßgeblichen Ergebnisse. EMIS-2017 fragte nach zwei Bereichen der Morbidität im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit: psychische Erkrankungen und sexuell übertragbare Infektionen.

- **Angst und Depression** – Unter Verwendung des PHQ-4 Fragensets berichteten 28 % über mindestens mäßige Angstzustände / Depressionen in den letzten zwei Wochen und 5 % über schwere Angstzustände und Depressionen.
- **Selbstmordgedanken** – 16 % hatten in den letzten zwei Wochen daran gedacht, sich selbst zu verletzen, und 4 % hatten an mindestens sieben der vergangenen 14 Tage solche Gedanken.
- **Sexuelle Unzufriedenheit** – 23 % gaben auf einer Selbstbewertungsskala an, mit ihrem gegenwärtigen Sexualleben unzufrieden zu sein. Wesentliche Einflussfaktoren waren Outness, Partnerzahl, Partnerschaftsstatus, und Einkommen.
- **Alkoholabhängigkeit** – Auf Grundlage der CAGE4-Screening-Fragen erfüllten 22 % die Kriterien einer möglichen Alkoholabhängigkeit.
- **HIV-Diagnosen** – 11 % der gesamten Stichprobe gaben an, in ihrem Leben mit HIV diagnostiziert worden zu sein. Abzüglich der Teilnehmer, die bereits vor über 12 Monaten eine HIV-Diagnose erhalten hatten, betrug der Anteil von Teilnehmern, bei denen in den letzten 12 Monaten erstmals HIV diagnostiziert wurde 0,6 %.
- **Nicht unterdrückte Viruslast bei diagnostizierter HIV-Infektion** – 0,6 % der gesamten Stichprobe berichteten von einer nicht unterdrückten HIV-Infektion.
- **Diagnose von bakteriellen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs)** – 3 % wurden in den letzten 12 Monaten mit Syphilis diagnostiziert, 4 % mit Gonorrhoe und 4 % mit Chlamydien oder Lymphogranuloma venereum (LGV).
- **Diagnose von Anal- oder Genitalwarzen** (Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV)) – 16 % hatten eine Vorgeschichte von Anal-/Genitalwarzen.

- **Hepatitis** – 5 % hatten eine Vorgeschichte von Hepatitis B und 2 % von Hepatitis C. Von einer HIV/Hepatitis-Koinfektion berichteten 1,6 % aller Befragungsteilnehmer.

1.4. Risiko- und Schutzverhalten

Kapitel 5 berichtet über das Verhalten, das zu den in Kapitel 2 beschriebenen Morbiditäten beiträgt oder diese beeinträchtigt – d. h. das Eingehen von Risiken für die sexuelle Gesundheit und das Schutzverhalten. Wir fragten nach zwei Komponenten von Risikoverhalten (Sex haben, Drogen nehmen und Drogen beim Sex nehmen) und vier vorsorglichen Verhaltensweisen (antiretrovirale Medikamente nehmen, Informationen zum HIV-Status austauschen, Kondome benutzen und Impfungen erhalten).

- **HIV-Diagnose und -Behandlung** – 11 % gaben an, jemals mit HIV diagnostiziert worden zu sein, 95 % dieser Personen nahmen derzeit antiretrovirale Therapien (ART) ein. Der Zeitabstand zwischen HIV-Diagnose und Behandlungsbeginn hat sich im Laufe der letzten Jahre deutlich verkürzt.
- **Postexpositionsprophylaxe (PEP)** – Unter den Teilnehmern, bei denen kein HIV diagnostiziert wurde, hatten 5 % jemals versucht, PEP zu erhalten, 3 % hatten jemals PEP eingenommen. Dies bedeutet, dass 32 % derjenigen, die PEP erhalten wollten, dies nicht konnten.
- **Präexpositionsprophylaxe (PrEP)** – Unter den Teilnehmern, bei denen kein HIV diagnostiziert wurde, verwendeten 2 % derzeit PrEP, und mehr als zwei Drittel von ihnen verwendeten sie täglich.
- **Hepatitis A- und B-Impfung** – 38 % waren potenziell anfällig für Hepatitis A-Infektionen und 39 % waren potenziell anfällig für Hepatitis B-Infektionen. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil der Ungeimpften bei Männern außerhalb der Großstädte und bei Migranten aus Osteuropa, dem Mittleren Osten und Afrika.
- **Sex mit Männern** – In den letzten 12 Monaten hatten 81 % Analverkehr und 59 % kondomlosen Verkehr mit einem Mann.
- **Sex mit Frauen** – 48 % hatten jemals Sex mit einer Frau, 19 % in den letzten fünf Jahren und 12 % im letzten Jahr. Der Gebrauch von Kondomen beim Geschlechtsverkehr mit Frauen war polarisiert, 47 % benutzten sie nie und 28 % benutzten sie immer.
- **Alkohol und Tabak** – Alkohol war die am häufigsten konsumierte Substanz in allen Zeitintervallen, mit nahezu universellem lebenslangen Konsum (97 %) und 73 % in der Vorwoche. Insgesamt 34 % hatten in den letzten 24 Stunden Tabak konsumiert und 39 % in der Vorwoche.

- **Illegaler Drogenkonsum** – Die am häufigsten konsumierte illegale Droge in jedem Zeitraum war Cannabis, das jemals von 44 % und in den letzten vier Wochen von 13 % konsumiert wurde. Drei weitere Substanzen wurden jemals von 10–20 % der Befragten eingenommen: Ecstasy, Kokain und Amphetamine. Von weiteren Substanzen wurde Gamma-Hydroxybutyrat/Gamma-Butyrolacton (GHB/GBL) am häufigsten verwendet (2,4 % in den letzten 4 Wochen). Ketamin und Kristallmethamphetamin wurden noch von mehr als 1 % in den letzten 4 Wochen verwendet, für andere Substanzen wie LSD, Mephedron, synthetische Cannabinoide, andere synthetische Stimulanzien, Heroin und Crack-Kokain lagen die Verwendungsraten unter 1 % in den letzten vier Wochen und nicht höher als 4 % im letzten Jahr.
- **Injizierender Substanzkonsum** – etwas weniger hatten jemals anabole Steroide injiziert (2 %) als injiziert, um high zu werden (3 %). Ein Fünftel derjenigen, die jemals injiziert hatten, hatte dies irgendwann einmal mit einer gebrauchten Nadel oder Spritze getan (0,5 % aller Befragten).
- **Kombinierter Sex- und Substanzkonsum (Chemsex)** – 15 % hatten jemals Chemsex, zwei Drittel davon in den letzten 12 Monaten. Chemsex mit mehreren Partnern war üblich, aber die meisten Sitzungen fanden zwischen zwei Personen statt.

1.5. Bedürfnisse

Kapitel 6 beschreibt die Bedürfnisse der sexuellen Gesundheit – definiert als die Fähigkeiten, Chancen und die Motivation, sich auf sexuelle Gesundheit einzulassen, sowohl im Hinblick auf Schutzverhalten als auch auf das Eingehen von Risiken. Ein zentrales Forschungsziel von EMIS war es, sexuelle Gesundheitsbedürfnisse zu identifizieren, die häufig nicht abgedeckt werden, damit diese Bedürfnisse für Interventionen priorisiert werden können.

- **Soziale Unterstützung** – Bei Verwendung von zwei Unterskalen der Skala für soziale Rückstellungen (SPS), gaben 9 % eine fehlende soziale Unterstützung an.
- Internalisierte „Homonegativität“ – 8 % zeigten Hinweise auf internalisierte „Homonegativität“.
- **Unbefriedigter Bedarf an Safer Sex** – eine Vielzahl von Bedürfnissen lassen sich ausmachen: Insgesamt 29 % wussten nicht, dass die meisten sexuell übertragbaren Krankheiten leichter zu übertragen sind als HIV; Insgesamt hatten 22 % im letzten Jahr kondomlosen Sex nur, weil sie keinen Zugang zu einem Kondom hatten.

ten. 6 % verhalten sich sexuell nicht immer so sicher, wie sie eigentlich sein wollen, und 7 % finden es nicht einfach, zu unerwünschtem Sex Nein zu sagen.

- **Unbefriedigter Bedarf an viraler Hepatitis-Impfung** – Eine Vielzahl von Bedürfnissen wird mitgeteilt, einschließlich der Tatsache, dass 32 % nicht wissen, dass Ärzte für MSM eine Impfung gegen Hepatitis A & B empfehlen.
- **Unbefriedigter Bedarf in Bezug auf Postexpositionsprophylaxe (PEP)** – Eine Vielzahl von Bedürfnissen wird mitgeteilt, einschließlich der Tatsache, dass 36 % noch nichts von PEP gehört haben.
- **Unbefriedigter Bedarf an Präexpositionsprophylaxe (PrEP)** – Eine Vielzahl von Bedürfnissen wird mitgeteilt, einschließlich der Tatsache, dass 40 % der Stichprobe noch nichts von PrEP gehört hatten.
- **Unbefriedigter Bedarf an HIV-Tests und -Behandlungen** – 40 % wissen nicht, dass Menschen, die eine wirksame Behandlung erhalten, HIV nicht übertragen können, und 3 % sind sich ihres HIV-Status „nicht sicher“.

1.6. Interventionen

Kapitel 7 beschreibt Interventionen, die positiv (Bedürfnisse erfüllen) oder negativ (Bedürfnisse untergraben und ungedeckten Bedarf erzeugen) sein können. Positive Interventionen umfassen Bildung, Gesundheits- und Sozialdienste sowie die vielfältigen Möglichkeiten, wie sich Community-Mitglieder gegenseitig helfen. Negative Interventionen umfassen homophobe Gesetzgebung, Ausgrenzung und homophoben Missbrauch.

- **Homophober Missbrauch: Einschüchterung, Beleidigungen und Gewalt** – In den letzten 12 Monaten wurden 1,5 % der Teilnehmer körperlich angegriffen. 20 % waren beschimpft und 25 % eingeschüchtert worden, weil jemand gewusst oder vermutet hatte, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten.
- **Zugang zu kostenlosen Kondomen** – 27 % gaben an, in den letzten 12 Monaten kostenlose Kondome von Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen der Zivilgesellschaft erhalten zu haben.
- **HIV/STI-Aufklärung** – 87 % hatten im letzten Jahr MSM-spezifische Informationen über HIV oder STI erhalten, mehr als die Hälfte (51 %) in den letzten vier Wochen.
- **HIV-Tests** – 46 % hatten in den letzten 12 Monaten ein HIV-Testergebnis erhalten, am häufigsten in einer Praxis. Community-basierte Tests machten knapp ein Drittel der Tests aus.
- **HIV-Behandlungskaskade** – Unsere Daten ermöglichen die Konstruktion der letzten vier Stufen der HIV-Behandlungskaskade: jemals in medizinischer Betreu-

ung, aktuell in medizinischer Betreuung, auf ART, nicht nachweisbare Viruslast. Unter den HIV-diagnostizierten Teilnehmern wurden das zweite (90 % aller Menschen mit HIV Diagnose auf ART) und dritte (90 % aller Menschen auf unter HIV-Therapie unter Nachweisgrenze) der drei 90-90-90-Ziele der Weltgesundheitsorganisation in Deutschland erreicht.

- **STI-Testangebote** – 30 % der nicht mit HIV diagnostizierten Teilnehmer wurden in den letzten 12 Monaten auf andere STIs als HIV getestet. Ein vollständiger STI-Screen, definiert als HIV-Test, Bluttest auf STIs, Urinprobe oder Harnröhrenabstrich und Analabstrich, wurde im letzten Jahr von 8 % der nicht HIV-diagnostizierten Teilnehmer berichtet.
- **Partnerbenachrichtigung** – Nahezu 80 % der Teilnehmer, bei denen entweder Syphilis oder Gonorrhö diagnostiziert wurde, hatte zumindest einige ihrer Sexualpartner darüber informiert, dass sie sich testen oder behandeln lassen sollten.
- **Hepatitis-Impfung** – Mehr als die Hälfte hatte jemals eine Hepatitis-Impfung im Gesundheitswesen erhalten. 57 % gaben an, eine vollständige Impfung gegen Hepatitis A erhalten zu haben; und 56 % gaben an, eine vollständige Hepatitis-B-Impfung erhalten zu haben.

1.7. Gesundheitliche Ungleichheiten

Kapitel 8 beschreibt das Ausmaß von Morbiditäten, Verhalten, ungedeckten Präventionsbedürfnissen und den Einsatz von Interventionen in verschiedenen Teilgruppen von MSM, die Ziele für die Förderung der sexuellen Gesundheit sein können. Zu diesem Zweck betrachten wir, wie sich die in den Kapiteln 2 bis 7 beschriebenen Indikatoren zwischen den in Kapitel 3 genannten Hauptzielgruppen für die Förderung der sexuellen Gesundheit unterscheiden.

Zunächst betrachten wir die Indikatoren für fünf wichtige demografische Merkmale: Alter, 'Outness', Beziehungsstatus, Stadt-Land, und HIV-Diagnose. Wir betrachten dann noch zwei Minderheiten-MSM-Gruppen (MSM aus außereuropäischen Ländern mit mittleren und niedrigen Einkommen sowie MSM, die Sex verkaufen) unter Verwendung derselben Indikatoren.

Wir liefern Daten zu insgesamt 36 binären Gesundheitsindikatoren: 10 Morbiditätsindikatoren; sieben Verhaltensindikatoren; 14 Bedarfsindikatoren; und fünf Interventionsindikatoren. Wir beschreiben diese binären Indikatoren für insgesamt 18 Gruppen: vier Altersgruppen; drei Outness-Gruppen; drei Beziehungsgruppen; zwei HIV-Diagnosegruppen; zwei Stadt-Land-Gruppen; zwei Migrantengruppen; und zwei verkaufende Sexgruppen.

1.8. Letzte sexuelle Begegnung mit einem nicht-festen Partner

Kapitel 9 enthält Informationen zur letzten sexuellen Begegnung mit einem oder mehreren nicht-festen männlichen Sexualpartnern, die von 73 % aller Befragten (16.760) bereitgestellt wurden, welche angaben, in den letzten 12 Monaten Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner gehabt zu haben.

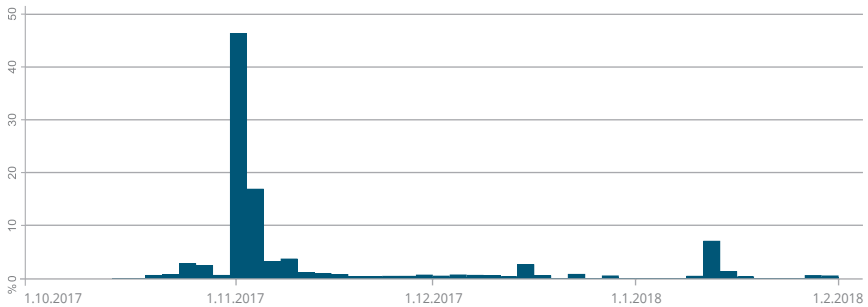
- **Die Anzahl der beteiligten Partner** – 78 % der letzten sexuellen Begegnungen mit einem nicht-festen Sexualpartner betrafen nur zwei Personen, während die anderen 22 % der Begegnungen drei oder mehr Männer umfassten.
- **Wo sie Partner zum ersten Mal getroffen haben** – nicht-feste Sexpartner wurden zum ersten Mal online (69 %), an Orten für schwulen Sex (18 %) oder an Orten für schwule soziale Kontakte (13 %) getroffen.
- **Sexuelle Handlungen während der sexuellen Begegnung** – Die meisten Begegnungen beinhalteten Masturbation, oralen und/oder analen Verkehr. Analverkehr war häufig (71 %): 32 % gaben an, rezeptiv gewesen zu sein, 27 % gaben an, insertiv gewesen zu sein, und 12 % gaben an, während der letzten sexuellen Begegnung sowohl insertiv als auch rezeptiv gewesen zu sein.
- **Kondomgebrauch** – Bei Teilnehmern ohne HIV-Diagnose wurden 60 % des letzten Analverkehrs mit einem nicht-festen Partner durch ein Kondom und/oder antiretrovirale Medikamente (PrEP) geschützt.
- **Kommunikation und Annahmen zum HIV-Status** – Die Offenlegung des Serostatus war bei Teilnehmern mit einem letzten negativen HIV-Testergebnis am häufigsten, aber die Mehrheit der Begegnungen mit einem männlichen nicht-festen Partner beinhaltete keine Diskussionen über den HIV-Status.
- **Substanzgebrauch vor oder während der Begegnungen** – Knapp die Hälfte der Begegnungen beinhaltete die Verwendung von mindestens einer Substanz, am häufigsten Alkohol, Nitrit-Inhalation, Medikamente gegen erektile Dysfunktion oder Cannabis. Sexualisierter Drogenkonsum und injizierender Drogenkonsum waren stark mit Sex mit mehreren Partnern verbunden und wurden häufiger von Teilnehmern mit diagnostiziertem HIV berichtet.

2. REKRUTIERUNG UND STUDIENSAMPLE

2.1. Rekrutierung

Teilnehmer wurden via Smartphone Apps bzw. auf Dating-Websites mit Bannern rekrutiert. In einem Zeitraum von 10 Tagen wurden Anfang November 2017 70 % der Teilnehmer vor allem durch Planet-Romeo und innerhalb von 5 Tagen Mitte Januar 2018 weitere 9 % rekrutiert. (Abbildung 1, S. 31)

ABBILDUNG 1: DATUM DER TEILNAHME (N=23.107)



Die erfolgreichste Rekrutierung war über instant messages auf PlanetRomeo (72,2 %) und Grindr (5,2 %) sowie durch die Kampagne „Ich weiß was ich tu“ (IWWIT) mit 3,1 %. Durch Banner wurden weitere 2,9 % über PlanetRomeo rekrutiert. Über die Facebook-Seite von IWWIT nahmen 1,9 % der Teilnehmer teil und 1,1 % über die Internetpräsenz der Deutschen Aidshilfe, e.V. Weitere Rekrutierungswege, wie Hornet, Manhunt, RECON und Scruff, sowie Gaydar und Quaiser brachten ebenfalls Teilnehmer.

2.2. Bevorzugte Sprache zur Beantwortung des Fragebogens

Teilnehmer konnten in einem ersten Schritt ihre bevorzugte Sprache auswählen, in der der Fragebogen und die Antwortmöglichkeiten daraufhin angezeigt wurden.

Von den 30 ausgewählten Sprachen lag erwartungsgemäß Deutsch mit 92,4 % an erster Stelle. Englisch folgte mit 2,9 % auf zweitem Rang. Spanisch (0,8 %) und Italienisch (0,5 %) wurden etwas häufiger als Französisch (0,3 %) genannt. Polnisch war mit 0,4 % die am häufigsten gewählte osteuropäische Sprache. Arabisch (0,3 %) und Russisch (0,3 %) wurden ähnlich oft ausgesucht. (Tabelle 1, S. 32)

TABELLE 1: SPRACHE, IN WELCHER DER FRAGEBOGEN BEANTWORTET WURDE (N=23.107)

Sprache in der der Fragebogen ausgefüllt wurde (N=23.107)	Anzahl	%
Deutsch	21.354	92,41 %
Englisch	670	2,90 %
Spanisch	182	0,79 %
Italienisch	126	0,55 %
Polnisch	83	0,36 %
Französisch	80	0,35 %
Arabisch	72	0,31 %
Russisch	68	0,29 %
Griechisch	66	0,29 %
Rumänisch	58	0,25 %
Niederländisch	53	0,23 %
Serbisch/Kroatisch	53	0,23 %
Ungarisch	38	0,16 %
Portugiesisch	37	0,16 %
Türkisch	36	0,16 %
Bulgarisch	30	0,13 %
Hebräisch	21	0,09 %
Dänisch	16	0,07 %
Tschechisch	14	0,06 %
Schwedisch	11	0,05 %
Slowakisch	8	0,03 %
Finnisch	5	0,02 %
Litauisch	5	0,02 %
Ukrainisch	5	0,02 %
Mazedonisch	4	0,02 %
Norwegisch	4	0,02 %
Albanisch	2	0,01 %
Estnisch	2	0,01 %
Lettisch	2	0,01 %
Slowenisch	2	0,01 %
Gesamt	23.107	100,00 %

2.3. Verteilung des Studiensamples auf Bundesländer und Städte

Die meisten Teilnehmer konnten anhand der von Ihnen angegebenen ersten zwei Stellen ihrer Postleitzahl einem Bundesland zugeordnet werden. Von 6,3 % (N=1.459) wurde keine Postleitzahl angegeben und diese Personen konnten daher keinem Bundesland zugeordnet werden. Etwa ein Fünftel der Teilnehmer wohnten in Nordrhein-Westfalen, 14,9 % in Berlin. Bayern (13,5 %) und Baden-Württemberg (11,2 %) waren ähnlich stark vertreten, wenn auch etwas weniger, als der geschätzte Anteil der MSM-Bevölkerung erwarten ließ (vgl. Abbildung 2, S. 35). Hessen und Niedersachsen waren mit 7,9 % und 7,1 % gut repräsentiert. (Tabelle 2, S. 33)

TABELLE 2: WOHNORT DER TEILNEHMER NACH BUNDESLAND (N=21.648)

Bundesland	Anzahl	%
Nordrhein-Westfalen	4.302	19,9 %
Berlin	3.219	14,9 %
Bayern	2.930	13,5 %
Baden-Württemberg	2.420	11,2 %
Hessen	1.703	7,9 %
Niedersachsen	1.527	7,1 %
Sachsen	1.111	5,1 %
Hamburg	960	4,4 %
Schleswig-Holstein	726	3,4 %
Rheinland-Pfalz	713	3,3 %
Brandenburg	455	2,1 %
Sachsen-Anhalt	404	1,9 %
Thüringen	377	1,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	343	1,6 %
Saarland	245	1,1 %
Bremen	213	1,0 %
Gesamt	21.648	100,0 %

Anhand der ersten beiden Stellen der Postleitzahl konnten die Teilnehmer auch Städten bzw. dem Ballungsraum Ruhrgebiet zugeordnet werden. Berlin stellt erwartungsgemäß mit 37,2 % den größten Anteil im Teilsample von MSM, die in Großstäd-

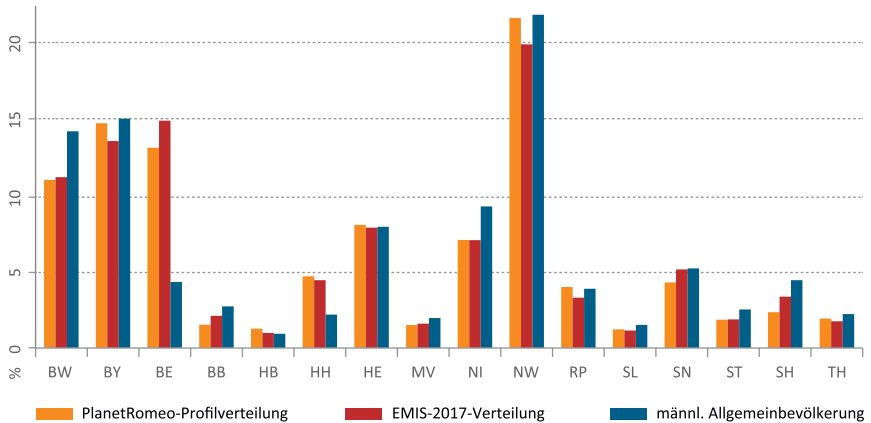
ten leben dar. München (11,7 %) und Hamburg (11,3 %) sind etwas stärker vertreten als Köln (9,9 %). Andere Städte wie Dresden (N=234), Hannover (N=232), Nürnberg (N=164) und Bremen (N=154) haben ein kleines Sample, das wir in diesem Bericht weiter darstellen, wir bitten jedoch um die nötige Vorsicht bei der Interpretation aufgrund der begrenzten Anzahl der Teilnehmer. (Tabelle 3, S. 34)

TABELLE 3: WOHNORT DER TEILNEHMER NACH STADT (N=8.572)

Stadt	Anzahl	%
Berlin	3.190	37,2 %
München	1.005	11,7 %
Hamburg	969	11,3 %
Köln	848	9,9 %
Frankfurt	491	5,7 %
Ruhrgebiet	412	4,8 %
Leipzig	308	3,6 %
Stuttgart	287	3,3 %
Düsseldorf	278	3,2 %
Dresden	234	2,7 %
Hannover	232	2,7 %
Nürnberg	164	1,9 %
Bremen	154	1,8 %
Total	8.572	100,0 %

Um die geographische Repräsentativität des Studiensamples einzuschätzen, haben wir das EMIS-2017 Sample mit der Verteilung der PlanetRomeo-Profile und der männlichen Allgemeinbevölkerung (18 bis 65 Jahre) auf Bundeslandebene verglichen. (Abbildung 2, S. 35) Hier zeigt sich, dass in Berlin und Hamburg mehr Teilnehmer rekrutiert worden sind, als anhand der Verteilung der männlichen Allgemeinbevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Weil Städte wie Berlin, Hamburg, Köln, München etc. öfters von MSM als Wohnort gewählt werden, ist dies aber nicht überraschend. Hier zeigt sich, dass es nur geringe Unterschiede in der Verteilung der EMIS-2017 Teilnehmer und der PlanetRomeo-Profile gibt, d.h. die Vermutung, dass es proportional mehr schwule und bisexuelle Männer in diesen Städten gibt, stützt sich auch auf Anzahl und Verteilung der PlanetRomeo-Profile. Eine ausführliche Analyse zur MSM-Populationsgröße basierend auf PlanetRomeo-Profilen zum Zeitpunkt Januar 2016 wurde in PLOS one veröffentlicht. [2]

ABBILDUNG 2: VERTEILUNG PLANETROMEO-PROFILE (01/2016), EMIS-2017 TEILNEHMER UND MÄNNLICHE ALLGEMEINBEVÖLKERUNG (15–65 JAHRE)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

2.4. Repräsentativität von EMIS-Daten für MSM in Deutschland und Abschätzung der Gesamtzahl schwuler Männer und von Männern, die Sex mit Männern haben pro Bundesland

Wir aktualisieren im Folgenden frühere Schätzungen zur regionalen (Bundesland-) Verteilung von MSM in Deutschland. [3,4] Den aktualisierten Schätzungen liegen folgende Annahmen zu Grunde:

- Der Anteil von MSM an der erwachsenen männlichen Bevölkerung (Alter 18–65 Jahre) beträgt ca. 3 % (dies entspricht etwa dem Anteil der in verschiedenen repräsentativen Bevölkerungsbefragungen in Deutschland und anderen kulturell und ökonomisch vergleichbaren Ländern wie z. B. Großbritannien, USA und anderen (west-)europäischen Ländern ermittelt wird). In Deutschland entspräche dies einer Population von knapp 800.000 Männern.
- Ca. die Hälfte der MSM-Population würde sich selbst als schwul/homosexuell bezeichnen (1,5 % der erwachsenen männlichen Bevölkerung, knapp 400.000 Männer).

- Der sich selbst als schwul/homosexuell identifizierende Teil der MSM-Population verteilt sich geographisch wie die Teilnehmer von EMIS und wie die Profile auf schwulen Dating-Portalen wie PlanetRomeo.
- Die andere Hälfte der sich nicht als schwul identifizierenden MSM verteilt sich geographisch wie die allgemeine erwachsene männliche Bevölkerung in Deutschland.

Unter diesen Annahmen ergibt sich folgende Schätzung der Zahl von MSM pro Bundesland. (Tabelle 4, S. 36)

TABELLE 4: SCHÄTZUNG ANZAHL BI- UND HOMOSEXUELLER MÄNNER NACH BUNDESLAND

Bundesland	Männer 18-65 Jahre	1,5 % bisexuell	1,5 % schwul	Summe MSM	Anteil MSM an männl. erwachsener Bevölkerung	Anteil schwu- ler Männer an MSM- Population	geschätzte lebende HIV-positive MSM*
Baden-Württemberg	3.774.274	56.614	44.651	101.265	2,7 %	44,1 %	4.325
Bayern	3.995.640	59.935	54.061	113.996	2,9 %	47,4 %	6.199
Berlin	1.148.768	17.232	59.394	76.625	6,7 %	77,5 %	15.114
Brandenburg	724.538	10.868	8.395	19.263	2,7 %	43,6 %	841
Bremen	244.973	3.675	3.930	7.605	3,1 %	51,7 %	457
Hamburg	579.905	8.699	17.713	26.411	4,6 %	67,1 %	3.364
Hessen	2.110.869	31.663	31.422	63.085	3,0 %	49,8 %	4.493
Mecklenburg-Vorp.	520.833	7.812	6.329	14.141	2,7 %	44,8 %	601
Niedersachsen	2.466.520	36.998	28.175	65.172	2,6 %	43,2 %	2.523
Nordrhein-Westfalen	5.806.460	87.097	79.376	166.473	2,9 %	47,7 %	11.053
Rheinland-Pfalz	1.030.503	15.458	13.156	28.613	2,8 %	46,0 %	1.322
Saarland	401.880	6.028	4.520	10.549	2,6 %	42,9 %	553
Sachsen	1.386.124	20.792	20.499	41.291	3,0 %	49,6 %	2.211
Sachsen-Anhalt	669.126	10.037	7.454	17.491	2,6 %	42,6 %	553
Schleswig-Holstein	1.179.152	17.687	13.395	31.083	2,6 %	43,1 %	1.081
Thüringen	588.851	8.833	6.956	15.789	2,7 %	44,1 %	312
Gesamt-Deutschland	26.628.415	399.426	399.426	798.852	3,0 %	50,0 %	55.000

*RKI-Schätzung 2018 [5]

Durch die Tendenz offen schwul lebender Männer, ihren Wohnsitz eher in Großstädten zu nehmen, liegt der Anteil von MSM in den meisten Flächenländern in Deutschland unter 3 % und in den Stadtstaaten über 3 %. In Berlin erreicht der Anteil 6,7 % der erwachsenen männlichen Bevölkerung.

Der Anteil offen schwuler Männer an der MSM-Population der einzelnen Bundesländer variiert ebenfalls von 42,6 % in Sachsen-Anhalt bis 77,5 % in Berlin.

Über online-Befragungen für MSM wurden Stichproben realisiert, die bestimmte Aspekte wie z. B. die relative regionale Verteilung der Gesamt-Population von offen schwul lebenden Männern in Deutschland recht gut darstellen. Es handelt sich aber nicht um repräsentative Stichproben!

Bezüglich vieler Aspekte wie z. B. der Altersverteilung, des Bildungsstatus, der sexuellen Aktivität usw. handelt es sich um eine mehr oder weniger stark verzerrte Stichprobe. Die meisten Angaben der Befragungsteilnehmer können daher nicht ohne Weiteres auf die Gesamtpopulation von MSM in einem Land hochgerechnet werden.

Grundsätzlich ist die EMIS-Population eher repräsentativ für die offen schwul lebenden angenommenen 1,5 % der männlichen erwachsenen Bevölkerung.

Rechnet man den Anteil der EMIS-Teilnehmer mit einer HIV-Diagnose im Jahre 2017 hoch auf die knapp 400.000 geschätzten schwulen Männer in Deutschland, erhält man eine Zahl von etwas über 2.000 HIV-Neudiagnosen, die sich regional ähnlich verteilen wie die 1.600 tatsächlich gemeldeten gesicherten HIV-Neudiagnosen bei MSM in 2017 und die 1.900 geschätzten HIV-Neudiagnosen (unter Einschluss von Meldungen, die nicht sicher als Erstdiagnosen identifizierbar waren). D.h. in Bezug auf HIV-Neudiagnosen wären die EMIS-Teilnehmer annähernd repräsentativ für schwule Männer in Deutschland. (Tabelle 5, S. 38)

Dasselbe gilt für den Anteil der jemals mit HIV-diagnostizierten EMIS-2017 Teilnehmer. Rechnet man diesen hoch auf die knapp 400.000 geschätzten schwulen Männer in Deutschland, erhält man eine Zahl von ca. 42.000 HIV-Infizierten, deutlich weniger als die geschätzten ca. 55.000 mit HIV lebenden MSM in Deutschland. (Tabelle 5, S. 38) Von diesen ist aber ein nicht unbeträchtlicher Anteil bereits älter als 55 Jahre, eine Altersgruppe, welche in der online-Befragung unterrepräsentiert ist. [6]

Das bedeutet, dass man in etwa mit Surveillance-Datenquellen übereinstimmende Zahlen erhält, wenn man HIV-Inzidenz und -Prävalenzanteile aus EMIS auf die geschätzte Population offen schwuler Männer in Deutschland bezieht. Wenn man auf die Gesamtzahl von MSM hochrechnen würde, würden die Zahlen dagegen um etwa das Zweifache überschätzt werden.

Wenn man den Anteil der EMIS-Teilnehmer mit Syphilis-Diagnose im Jahre 2017 auf dieselbe Weise berechnet, erhält man dagegen in der Hochrechnung eine dreimal höhere Zahl von Syphilis-Diagnosen als tatsächlich gemeldeter Fälle. Das Syphilis-Infektionsrisiko wird also in der EMIS-Population deutlich überschätzt, was dafür spricht, dass die EMIS-Teilnehmer überdurchschnittlich sexuell aktiv sind. Je nach untersuchtem Parameter kann die Repräsentativität der Stichprobe demnach variieren, was Hochrechnungen erschwert und relativ unzuverlässig machen kann.

TABELLE 5: SCHÄTZUNG, ANTEIL UND ANZAHL VON HIV- UND SYPHILIS-DIAGNOSEN NACH BUNDESLAND

Bundesland	geschätzte lebende HIV-positive MSM	EMIS Anteil mit HIV-Neudiagnose 2017	HIV-Meldungen MSM 2017	Hochrechnung von HIV-Neudiagnosen auf EMIS-2017-Basis	Syphilis-Meldungen	EMIS-Anteil mit Syphi-lis-Neudiagnose 2017	Hochrechnung von Syphilis-Diagnosen 2017 auf EMIS-2017-Basis	Anteil mit HIV-Diagnose	Hochrechnung von MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion auf EMIS-2017-Basis
Baden-Württ.	4.325	0,5 %	169	217	397	3,0 %	1.328	7,4%	3.321
Bayern	6.199	0,5 %	263	216	682	2,3 %	1.236	8,8%	4.760
Berlin	15.114	0,7 %	237	291	1.070	5,6 %	3.340	19,5%	11.606
Brandenburg	841	0,7 %	21	54	58	2,4 %	203	7,7%	646
Bremen	457	0,5 %	9	18	31	3,8 %	148	8,9%	351
Hamburg	3.364	0,6 %	101	88	311	3,3 %	590	14,6%	2.583
Hessen	4.493	0,5 %	100	142	290	2,3 %	738	11,0%	3.450
Mecklenburg-Vorp.	601	0,6 %	24	36	44	1,2 %	74	7,3%	461
Niedersachsen	2.523	0,6 %	105	163	301	1,9 %	535	6,9%	1.937
Nordrhein-West.	11.053	0,7 %	356	498	1.034	3,9 %	3.063	10,7%	8.487
Rheinland-Pfalz	1.322	0,3 %	62	36	129	2,8 %	369	7,7%	1.015
Saarland	553	0,9 %	17	36	37	4,5 %	203	9,4%	424
Sachsen	2.211	1,0 %	84	179	173	3,8 %	775	8,3%	1.697
Sachsen-Anhalt	553	0,5 %	32	37	67	1,7 %	129	5,7%	424
Schleswig-Holst.	1.081	0,1 %	20	18	60	1,7 %	221	6,2%	830
Thüringen	312	0,6 %	21	37	39	1,9 %	129	3,4%	240
Gesamt	55.000		1.621	2.066	4.723		13.082		42.234

3. STICHPROBENBESCHREIBUNG

3.1. Geschlecht bei der Geburt und gegenwärtige Geschlechtsidentität

Die Selbstbeschreibung als Mann war ein erforderliches Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Umfrage. Alle Teilnehmer wurden nach ihrer derzeitigen Geschlechtsidentität gefragt und konnten aus den Antworten „Mann“, „Trans*mann“, „Frau“, „Trans*frau“, „Geschlechtsneutral/nichtbinär“ auswählen.

Denjenigen, die „Frau“, „Trans*frau“, oder „nicht-binäres Geschlecht“ angaben, wurde gesagt: „Diese Umfrage richtet sich an Männer. Sie können den Fragebogen gerne weiterlesen und bis zum Ende ausfüllen, jedoch werden wir Ihre Angaben nicht nutzen.“ Diese Daten wurden entsprechend verworfen.

Diejenigen, die „Mann“ oder „Trans*mann“ angaben, wurden gefragt: „Welches Geschlecht wurde dir bei der Geburt zugewiesen (Geburtsurkunde)?“ Von den insgesamt 23.107 Teilnehmern gaben 0,24 % (N=56) an, sich als Trans*mann zu identifizieren und 0,53 % (N=122), dass sie nach der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugewiesen wurden (N=23.107), „Möchte ich nicht sagen“ N=16, „missing“ N=34). Tabelle 6 (S. 39) zeigt die Zusammenhänge zwischen den Antworten auf diese beiden Fragen.

TABELLE 6: AKTUELLE GESCHLECHTSIDENTITÄT UND BEI DER GEBURT ZUGEWIESENES GESCHLECHT (N=23.073)

		Welches Geschlecht wurde Ihnen bei der Geburt zugewiesen (Geburtsurkunde)? (missing N=50)	
		% der Männer (N=22.935)	% der Frauen (N=122)
Was ist Ihre derzeitige Geschlechtsidentität?	Mann (N=22.879)	99,8 %	22,1 %
	Trans*mann (N=183)	0,2 %	77,9 %
Gesamt		100 %	100 %

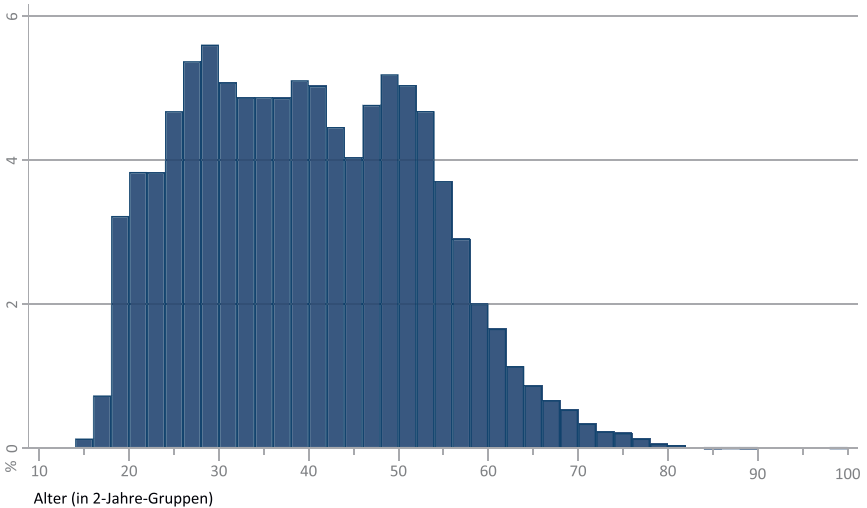
Für diesen Bericht ist die Trans*minderheit entweder durch die Selbstdefinition als Trans*mann oder durch die Geschlechtszuweisung bei der Geburt als weiblich definiert. Alle anderen werden als Cis-Männer klassifiziert, inklusive jener, die keine Angaben zur Geschlechtszuweisung machten.

3.2. Alter

Eine Altersangabe war ebenfalls ein zwingendes Einschlusskriterium, da nur Personen über dem gesetzlichen Mindestalter für Sex mit Männern teilnehmen konnten (Schutzalter), d. h. in Deutschland ab einem Alter von mindestens 14 Jahren.

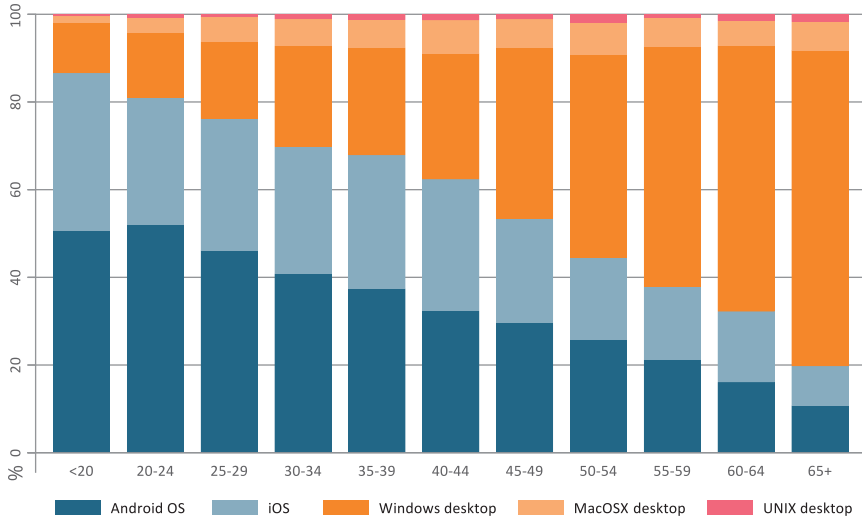
Das mittlere Alter der gesamten Stichprobe betrug 39 Jahre (Bereich 14 bis 100, Mittelwert 39,3, Standardabweichung 12,9). Das Altersprofil zeigte einen steilen Anstieg bei den jungen Männern, während der Anteil der Teilnehmer im höheren Alter gemächlich zurückging. (Abbildung 3, S. 40)

ABBILDUNG 3: ALTERSVERTEILUNG (N=23.107)



Während die Umfrage von nur etwa 20 % der Männer im Alter ab 65 Jahren auf einem Smartphone ausgefüllt worden ist, war die Verwendung von Smartphones bei Männern im Alter unter 50 Jahren die Norm, mit einem Maximum in der jüngsten Altersgruppe.

ABBILDUNG 4: AUSFÜLLEN DER BEFRAGUNG MITTELS SMARTPHONE ODER COMPUTER NACH ALTERSGRUPPEN (N=22.525)



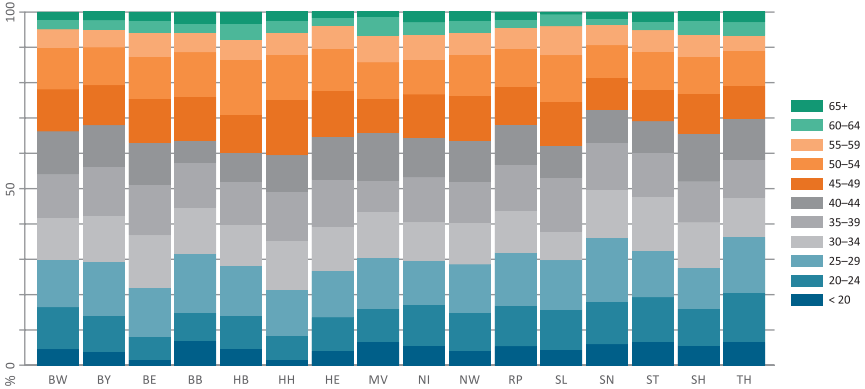
3.3. Wohnort und Altersverteilung

Das mittlere Alter der Befragten war mit 36,4 Jahren in Sachsen und 37,2 Jahren in Thüringen in den neuen Bundesländern am niedrigsten, mit 40,2 Jahren in Berlin und 40,6 Jahren in Hamburg am höchsten. Dies spiegelte sich auch im direkten Vergleich der Städte wider: in Frankfurt (40,7 Jahre), Hannover (40,6 Jahre) und Düsseldorf (40,5 Jahre) war das mittlere Alter der Befragten am höchsten, in Leipzig (35,8 Jahre) und Dresden (35,4 Jahre) am niedrigsten. Die größten Anteile an Teilnehmern unter 25 Jahren sind für Dresden (17,5 %), Leipzig (17,2 %), Nürnberg (15,2 %) und die Ruhr-Region (14,6 %) zu verzeichnen. (Abbildung 5, S. 42; Abbildung 6, S. 42) Diese ungleiche Altersverteilung ist bei der Interpretation von Ergebnissen zu beachten, die mit dem Alter korrelieren.

Der Anteil der jüngsten Altersgruppen ist in Großstädten wie Berlin, Hamburg, München, Frankfurt und Köln etwas niedriger. In einigen Bundesländern, vor allem in Ostdeutschland, aber auch in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz ist der Anteil der jüngeren Altersgruppen vergleichsweise hoch. Beides reflektiert den Zuzug von vor allem offen schwul lebenden Männern aus ländlichen Regionen in Großstädte, der oft erst nach Abschluss der Ausbildung erfolgt.

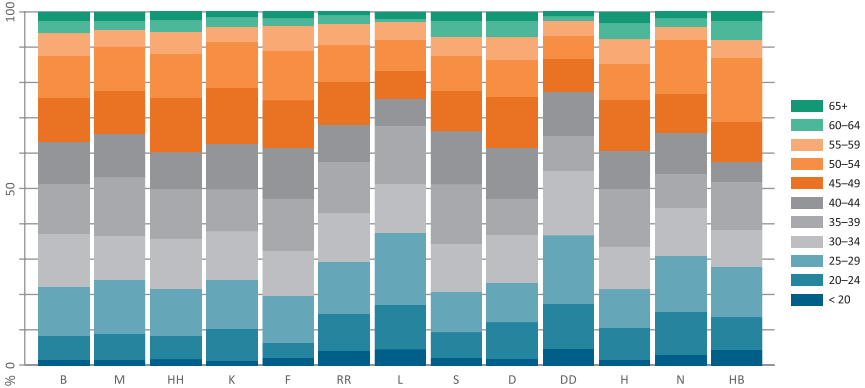
Der im Vergleich zu den westdeutschen Großstädten geringere Anteil der höheren Altersgruppen in den ostdeutschen Großstädten Leipzig und Dresden könnte mit einem überproportionalen Wegzug schwuler Männer aus Ostdeutschland im Rahmen der deutschen Wiedervereinigung zusammenhängen.

ABBILDUNG 5: ALTERSVERTEILUNG NACH BUNDESLAND (N=21.648)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 6: ALTERSVERTEILUNG NACH STADT (N=8.572)



B Berlin, M München, HH Hamburg, K Köln, F Frankfurt am Main, RR Ruhr-Region, L Leipzig, S Stuttgart, D Düsseldorf, DD Dresden, H Hannover, N Nürnberg, HB Bremen

3.4. Empfundener ethnischer Minderheitenstatus (Auswertung von Freitextangaben)

In EMIS-2017 wurde gefragt „Fühlen Sie sich als Teil einer ethnischen Minderheit?“. Diese Frage bejahten 10,4 % aller Teilnehmer. Im Anschluss konnte die Frage „Welcher ethnischen Minderheit fühlen Sie sich zugehörig?“ mit einer Freitextantwort beantwortet werden. Von den insgesamt 23.107 Teilnehmern hatten 10,1 % (N=2.328) diese Frage mit „ja“ beantwortet und 7,6 % (N=1.756) eine weiterführende Freitextangabe gemacht. In der Auswertung zeigte sich, dass das Konzept einer ethnischen Minderheit in Deutschland wenig bekannt ist, besonders im Vergleich zu US-amerikanischen Umfragen. Eine Analyse der Freitexte ergab eine mögliche Zusammenfassung unter folgenden Kategorien: (1) Nationalität, Hautfarbe, Migration; (2) Sexualität, sexuelle Identität; (3) Religionszugehörigkeit; (4) Gesundheitszustand.

In 1.688 Antworten wurde eine Kategorie genannt, 56 Antworten nannten 2 Kategorien und 3 Antworten belegten 3 Kategorien (entspricht insgesamt 1.818).

Ausgeschlossen wurden 300 Freitexte, die die Frage nicht beantworten, sowie 145 Freitexte die keinen ethnischen Minderheitenstatus, sondern andere, teils humoristische Selbstbezeichnungen anführten („Ostfriese“, „Schwabe“, „Wessi“, „Dicke“, „Vegetarier“, etc.). Der Rest der Freitexte verteilte sich zur Hälfte mit Bezug auf Nationalität, Hautfarbe und/oder Migration, wobei Nationalität, der am häufigsten genannte Faktor war. Etwas mehr als 40 % bezogen sich auf ihre Sexualität bzw. sexuelle Identität. Darunter nahmen 83,7 % der Antworten Bezug auf Homosexualität, 16,3 % auf Trans*, Bi- und andere Identitäten. Religionszugehörigkeit wurde von 7,2 % als Grund genannt, weniger als 1 % führten eine Erkrankung, Behinderung oder ihren (positiven) HIV-Status an.

TABELLE 7: FREITEXTANGABEN ZU ETHNISCHEN MINDERHEITENSTATUS (N=1.495)

Freitextangabe zum Minderheitenstatus	Anzahl	Antworten	%	% Unterkategorie
Nationalität, Hautfarbe, Migration	749		50,1 %	
- <i>Nationalität</i>		649		85,1 %
- <i>Hautfarbe</i>		75		9,8 %
- <i>Migration</i>		39		5,1 %
Sexualität, sexuelle Identität	626		41,9 %	
- <i>Homosexualität</i>		524		83,7 %
- <i>LBTI*</i>		102		16,3 %
Religion	107	107	7,2 %	
Gesundheit (HIV, Behinderung, etc.)	13	13	0,9 %	
Gesamt	1495	1509	100,0 %	

3.5. Migrationsverlauf

Die große Mehrheit (88,8 %) der Teilnehmer wurde in Deutschland geboren, weitere 7,01 % in anderen europäischen Ländern und 0,41 % in europäischen Überseegebieten, Zypern oder der Türkei. Teilnehmer aus Asien waren mit 1,41 % vertreten, gefolgt von Nordamerika inklusive der Karibik (0,99 %), Südamerika (0,87 %), und Afrika (0,26 %). (Tabelle 8, S. 44)

TABELLE 8: HERKUNFT (NACH REGION), (N=23.037)

Herkunft aus...	Anzahl	%
Europa	22.078	95,84
... davon aus Deutschland	(20.464)	(88,83)
europäische Überseegebiete, Zypern, Türkei	95	0,41
Nordamerika inkl. Karibik	227	0,99
Südamerika	201	0,87
Afrika	83	0,36
Asien	324	1,41
Gesamt	23.027	100 %

Von den nicht in Deutschland geborenen Teilnehmern (N=2.643) wurden Polen (8,1 %), Italien (6,2 %), die Vereinigten Staaten von Amerika (5,6 %), Frankreich (4,3 %), die Russische Föderation (4,1 %), Österreich (4,0 %), Rumänien (3,9 %), die Niederlande und Spanien (jeweils 3,6 %), Griechenland (3,2 %), Brasilien (2,6 %), Syrien (2,5 %) und das Vereinigte Königreich (2,3 %) am häufigsten als Geburtsland angegeben.

Personen, die angegeben hatten, nach Deutschland gezogen zu sein, wurden in einer Mehrfachauswahl die folgenden Gründe angeboten:

- Ich bin bereits als Kind hierher gezogen
- Zum Studieren
- Zum Arbeiten
- Um näher bei (m)einem Partner zu sein
- Um offener als schwuler/bisexueller/trans* Mann leben zu können
- Um politisches Asyl zu erhalten
- Ich kam als Flüchtling
- Ich wurde gegen meinen Willen hierher gebracht
- Andere Antwort (mit Möglichkeit einer Freitextangabe)

Im Mittel wurden von den 3.322 Antwortenden 1,36 Antwortmöglichkeiten ausgewählt (also insgesamt 4.534 Antworten gegeben). Die Antworten verteilten sich wie in Tabelle 9 (S. 45). Viele der Mehrfachantworten boten sich in Kombination an, z. B. ein Asylbegehren mit einer Flucht, bzw. zum Studieren und Arbeiten, bzw. dass es in der Kindheit und nicht freiwillig war, oder dass man offener als schwuler, bisexueller oder trans* Mann leben konnte und man näher bei (s)einem Partner war. Bei so aggregierten Daten zeigte sich, dass nur noch im Mittel 1,2 Antwortmöglichkeiten ausgewählt worden sind. Auch hier blieben Studium und Arbeit mit insgesamt 54,2 % der am häufigsten genannte Grund. Mit 26,2 % wurde die Möglichkeit offener Leben zu können bzw. um näher beim Partner zu sein am zweithäufigsten genannt. Als Kind oder gegen den eigenen Willen nach Deutschland sind 15,9 % gekommen. Flucht oder Asyl als Grund wurde von 3,7 % der Befragten angegeben. (Tabelle 9, S. 45)

TABELLE 9: MIGRATIONSGRUND (N=3.322)

Migrationsgrund	Anzahl	Antworten in %	Mehrfachantworten in %	Migrationsgrund	Anzahl	Antworten in %	Mehrfachantworten in %
Um offener als schwuler/bisexuelle/...	658	14,5%	19,8%	Homo/trans* Leben	1.052	26,2%	31,7%
Um näher bei (m)einem Partner zu sein	522	11,5%	15,7%				
Zum Studieren	889	19,6%	26,8%	Arbeit/Studium	2.174	54,2%	65,4%
Zum Arbeiten	1.643	36,2%	49,5%				
Um politisches Asyl zu erhalten	75	1,7%	2,3%	Asyl/Flucht	149	3,7%	4,5%
Ich kam als Flüchtling	106	2,3%	3,2%				
Ich bin als Kind hier hergebracht worden	622	13,7%	18,7%	Sonstige	638	15,9%	19,2%
Ich wurden gegen meinen Willen...	19	0,4%	0,6%				
Gesamt	4.534	100,0%	135,5%	Gesamt	4.013	100,0%	120,8%

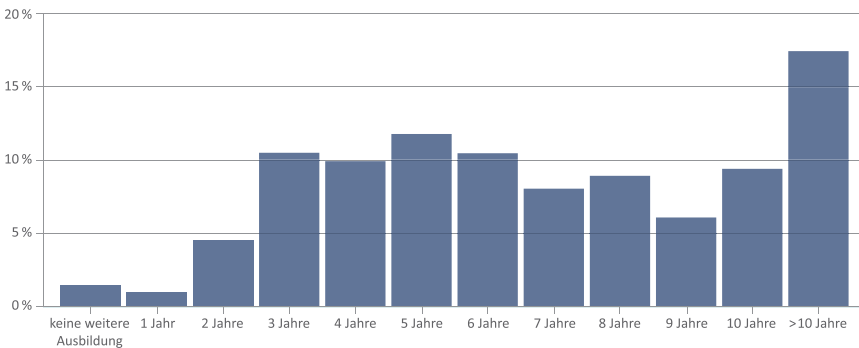
Insgesamt wurden 182 Freitextangaben gemacht. Unter den Freitextgründen finden sich Toleranz und Akzeptanz in Deutschland (24x), (Spät-)Aussiedlung (23x), diverse finanzielle Gründe wie Rente und Sozialsystem bzw. medizinische Versorgung (21x), der Wohnungsmarkt/Wohnsituation (17x) (vor allem Niederländer, teils auch grenz-

nahes Wohnen), der Wunsch nach einem Neuanfang bzw. Abenteuerlust (16x), Familie bzw. duale Staatsbürgerschaft (13x), der Wohnort die Traumstadt ist (12x, vor allem Berlin), Arbeit/Studium (11x), Reise/Zufall/Europa erleben (8x), Adoption (8x), Militärdienst (7x, vor allem aus den USA), untragbare politische bzw. soziale Zustände/Intoleranz/Krieg (6x), und eine Beziehung (5x).

3.6. Bildung, Beschäftigung und finanzielle Bewältigung

Im vorletzten Fragenblock wurden alle Teilnehmer zu Ihrer Bildung, Beschäftigung und finanziellen Situation befragt. „Wie viele Jahre haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr in Schule, Ausbildung oder (Fach-)Hochschule zugebracht?“ fragte nach dem formalen Bildungsweg. Im Median waren dies 6,7 Jahre (N=21.619, missing=1.488). Von allen, die diese Frage beantwortet haben, gaben 1,5 % an, im Alter von 16 Jahren ihre Aus-/Bildung beendet zu haben. Fast 92,9 % der Befragten haben mehr als 2 Jahre, d.h. über das Alter von 18 Jahren hinaus, in Ausbildung verbracht. Für 72,4 % waren es mehr als 4 Jahre, und fast ein Drittel (33,0 %) haben 8 oder mehr Jahre seit ihrem 16. Lebensjahr in weitere Bildung bzw. Ausbildung investiert. (Abbildung 7, S. 46)

ABBILDUNG 7: ANZAHL DER JAHRE IN AUS-/BILDUNG SEIT DEM 16. LEBENSJAHR



Da die Möglichkeit mehr Zeit in Ausbildung verbracht zu haben bei jüngeren Personen auf Grund ihres Alters geringer ist, werden im Folgenden nur Personen ab 25 Jahren betrachtet. Hier sind es ebenfalls 1,5 %, die ihren Bildungsweg nicht über das Alter von 16 Jahren hinaus fortgesetzt haben. Fast 94,5 % der Teilnehmer haben mehr als 2 Jahre in weiterer Aus-/Bildung verbracht. Bei 76,7 % waren es mehr als 4 Jahre und bei 37,9 % 8 Jahre oder mehr mit weiterer Bildung.

Bildungschancen von 6 Jahren und mehr jenseits des 16. Lebensjahrs entsprechen nach OECD Definition einer hohen Bildung; zwei bis fünf Jahre der mittleren Bildungsstufe und ein Jahr oder weniger einer niedrigen Bildung. Bei den EMIS-2017 Teilnehmern im Alter zwischen 25 und 64 Jahren hatten 2,1 % eine geringe Bildung, 32,3 % eine mittlere Bildung und 65,6 % eine hohen Bildung. Im Vergleich zu den auf Deutschland bezogenen OECD-Daten dieser Altersgruppe für das Jahr 2017, nach denen 56,3 % die mittlere OECD-Skala (ISCED Level 3, entspricht etwa 1–2 Jahre Bildung nach dem 16. Lebensjahr) und 31,4 % der Männer das tertiäre Niveau (ISCED Level 4, entspricht einem Bachelor- oder höherem Bildungsabschluss) erreichen [7, 8, 9], erreichten signifikant mehr Teilnehmer von EMIS-2017 eine hohe Bildungsstufe. D.h. die Teilnehmer von EMIS-2017 sind bezüglich des Bildungsniveaus wahrscheinlich nicht für die Gruppe der MSM repräsentativ, da MSM und Trans*Personen mit geringen Bildungschancen weniger gut erreicht worden sind.

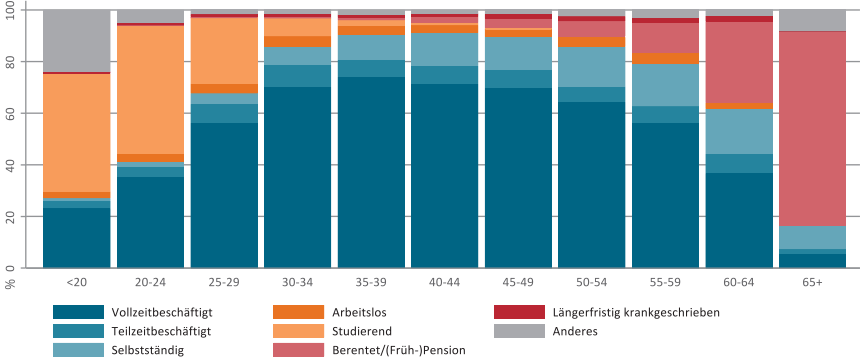
Um welche Ausbildung es sich handelte, wurde nicht weiter erfragt, jedoch wurde die derzeitige berufliche Stellung mit der Frage „Was beschreibt Ihre derzeitige berufliche Stellung am besten?“ erhoben. Fast 60 % der Befragten gingen einer Vollzeit- und weitere 6,4 % einer Teilzeitbeschäftigung nach, 9,5 % waren selbstständig, und 11,5 % studierten. Der Anteil der berenteten Personen war erwartungsgemäß in der Gruppe der über 64-Jährigen am höchsten. In der Gruppe der 25- bis 64-Jährigen, lag der Anteil der berenteten bzw. frühpensionierten bzw. längerfristig krankgeschriebenen Personen bei 5,5 % und war somit höher als der der Arbeitssuchenden mit 3,5 %. (Tabelle 10, S. 47)

TABELLE 10: WAS BESCHREIBT IHRE BERUFLICHE STELLUNG AM BESTEN? (N=23.008)

Was beschreibt Ihre berufliche Stellung am besten?	Anteil (%) (N=23.008, missing=99)	Anteil (%) Altersgruppe < 25 Jahre (N=2.700)	Anteil (%) Altersgruppe 25–64 Jahre (N=19.187)	Anteil (%) Altersgruppe ≥65 Jahre (N=527)
Vollzeitbeschäftigt	59,2	30,3	65,5	5,7
Teilzeitbeschäftigt	6,4	3,5	7,0	1,7
Selbstständig	9,5	1,1	10,9	8,9
Arbeitslos	3,4	3,2	3,5	0,2
Studierend	11,5	48,9	5,8	0,0
Berentet/(Früh-) Pension	5,5	0,1	4,1	74,8
Längerfristig krankgeschrieben	1,3	0,9	1,4	0,3
Andere Situation	3,3	12,1	1,9	8,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

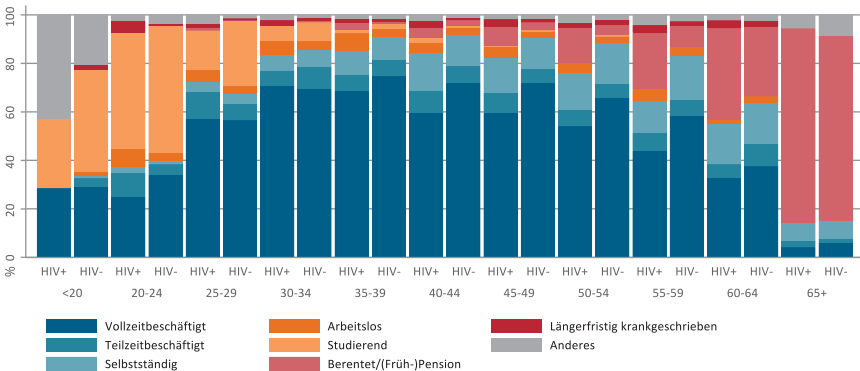
Die Beschäftigungssituation zeigt auch in der Darstellung nach 5-Jahres Altersgruppen die erwartete Verteilung, mit dem höchsten Anteil der Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigten sowie Selbstständigen in den Altersgruppen zwischen 35 und 49 Jahren. (Abbildung 8: Beschäftigungssituation nach Altersgruppen, S. 48)

ABBILDUNG 8: BESCHÄFTIGUNGSSITUATION NACH ALTERSGRUPPEN (N=23.008)



Die Beschäftigungssituation ist zudem auch vom HIV-Status der Befragten abhängig, wie in der Grafik sichtbar wird. Darin werden nur Personen die entweder HIV-positiv oder negativ getestet worden sind dargestellt. Während im Alter ab 65 Jahre kein Unterschied mehr sichtbar war, zeigten sich in anderen Altersgruppen Unterschiede: HIV-positive Männer waren weniger häufig in einem Beschäftigungsverhältnis bzw. selbstständig, seltener in Ausbildung oder Studium und häufiger frühberentet bzw. langfristig krankgeschrieben. (Abbildung 9, S. 48)

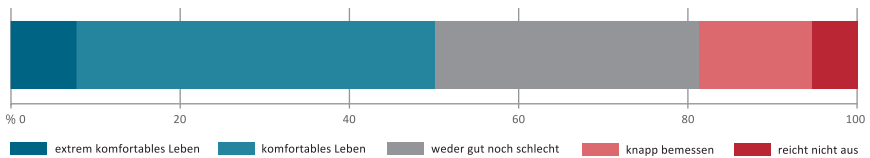
ABBILDUNG 9: BESCHÄFTIGUNGSSITUATION NACH ALTERSGRUPPEN UND HIV-STATUS (N=17.389)



Die Einkommenssituation wurde von allen Männern mit der Frage nach dem „gefühlten“ Einkommen erhoben. Eine absolute Zahl wurde nicht erfragt – Menschen kommen unterschiedlich mit ihrem Einkommen zurecht; Abhängigkeiten und Verpflichtungen werden in einer absoluten Zahl auch nicht reflektiert. Die Frage „Welche der folgenden Aussagen entspricht Ihrer gefühlten Einkommenssituation am besten?“ konnte mit „Mein aktuelles Einkommen...“ „erlaubt mir ein extrem komfortables Leben“, „ein komfortables Leben“, „ist weder besonders gut noch besonders schlecht“, „ist knapp bemessen“, und „reicht nicht aus“ beantwortet werden.

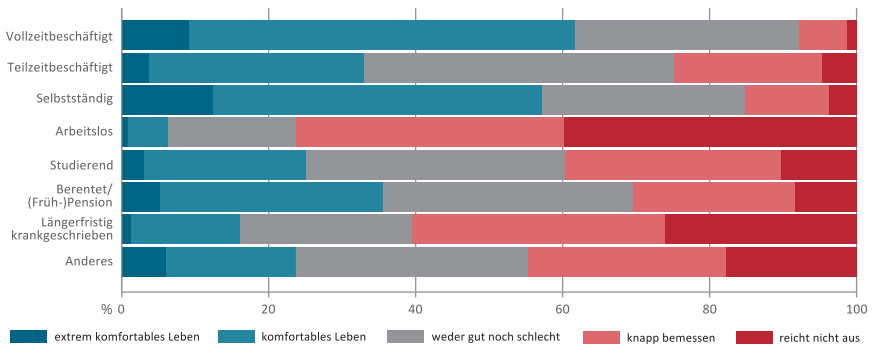
Die Hälfte (50,2 %) aller Befragten sagte, dass ihr aktuelles Einkommen ein komfortables Leben oder sogar ein sehr komfortables Leben ermöglicht, ein weiteres Drittel (31,2 %) fand das eigene Einkommen weder besonders gut noch besonders schlecht. Als knapp bemessen wurde es in 13,3 % aller Antworten beschrieben und 5,3 % der Teilnehmer berichteten, dass es nicht ausreicht. (Abbildung 10, S. 49)

ABBILDUNG 10: GEFÜHLTES EINKOMMEN (N=22.989)



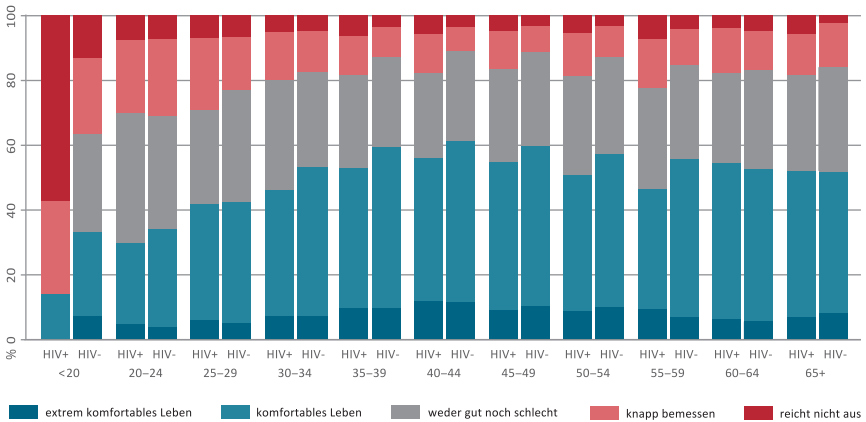
Auch das Alter ist ein wichtiger Faktor, der mit der Beschäftigungssituation (s. o.) korreliert. Arbeitssuchende und längerfristig krankgeschriebene Personen sowie Studierende und Personen in einer anderen Beschäftigungssituation berichten am häufigsten von knapp bemessenem und unzureichendem Einkommen. (Abbildung 11, S. 49)

ABBILDUNG 11: GEFÜHLTES EINKOMMEN UND BESCHÄFTIGUNGSSITUATION (N=22.989)



Unterschiede abhängig vom HIV-Status waren in der Altersgruppe ab 65 Jahren auch hier nicht zu sehen. In der jüngsten Altersgruppe, der unter 20-jährigen (N=909) zeigte sich, dass Männer mit HIV-Diagnose deutlich häufiger von einer finanziell schlechten Situation berichteten. Bei Personen, denen ihr Einkommen ein extrem komfortables Leben ermöglicht, gab es keine Unterschiede in fast allen Altersgruppen. Deutlich häufiger wurde von HIV-positiven Männern in den Altersgruppen von 35- bis 59-Jahren von unzureichendem Einkommen berichtet. (Abbildung 12, S. 50)

ABBILDUNG 12: GEFÜHLTES EINKOMMEN NACH ALTER UND HIV-STATUS (N=17.385)



3.7. Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität und Outness

Die Frage „Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen?“ konnte mit einer Mehrfachauswahl beantwortet werden: Männer, Frauen, Trans* und/oder geschlechtsneutrale/nicht-binäre Menschen, oder „Ich fühle mich zu niemandem sexuell hingezogen“. Ein monosexuelles Interesse an Männern wurde von 80,4 % angegeben, eine bisexuelle Ausrichtung auf Männer und Frauen wurde von 12,2 % am zweithäufigsten genannt. Polysexuelle Ausrichtung auf Männer, Frauen und nicht-binäre Personen wurde von 4,8 % der Befragten genannt. Zu Männern und nichtbinären Personen hingezogen fühlten sich 1,7 %. Am seltensten wurden Frauen und nichtbinäre Personen (0,24 %), und nur nichtbinäre Personen (0,16 %) genannt. Asexuell, d. h. zu niemandem sexuell hingezogen fühlen sich 0,20 % der Befragten. (Tabelle 11, S. 51)

TABELLE 11: ZU WEM FÜHLEN SIE SICH SEXUELL HINGEZOGEN? (N=23.067)

Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen? (N=23.067)			
Monosexuell	nur Männer	80,4 %	80,9 %
	nur Frauen	0,4 %	
	nur nichtbinäre Personen	0,2 %	
Bisexuell	nur Männer und Frauen	12,2 %	14,2 %
	nur Männer und nichtbinäre Personen	1,7 %	
	nur Frauen und nichtbinäre Personen	0,2 %	
Polysexuell	Männer, Frauen, nichtbinäre Personen	4,8 %	4,8 %
Asexuell	niemand	0,2 %	0,2 %
Gesamt		100,0 %	100,0 %

Insgesamt fühlten sich 99,0 % der Befragten zu Männern hingezogen, 17,5 % zu Frauen und 6,9 % zu nichtbinären Menschen. Alle Männer, die hier angegeben hatten, dass sie sich nicht zu Männern hingezogen fühlen, berichteten ebenfalls, in der Vergangenheit Sex mit einem anderen Mann gehabt zu haben.

Zusätzlich zur sexuellen Anziehung wurden alle Teilnehmer nach ihrer bevorzugten Selbstbezeichnung gefragt: „Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich selbst definieren?“: „schwul oder homosexuell“, „bisexuell“, „heterosexuell“, „andere Bezeichnung“ sowie „für gewöhnlich nutze ich keine Bezeichnung“ wurden als Antwortmöglichkeiten angeboten, wobei „andere Bezeichnungen“ nicht detaillierter erhoben wurden. Die Antworten verteilten sich mehrheitlich auf schwul oder homosexuell (78,1 %); bisexuell 16,8 %, keine Bezeichnung 3,7 %.

Personen, die für sich selbst keine Bezeichnung präferierten, fühlten sich am häufigsten zu nicht-binären Personen bzw. niemandem sexuell hingezogen. Männer, die in der Vergangenheit Sex mit einem anderen Mann hatten und sagten, dass sie sich zu Frauen hingezogen fühlten, bevorzugten ebenfalls häufig keine Bezeichnung. In der nachfolgenden Tabelle wird die Selbstbeschreibung mit der sexuellen Anziehung dargestellt; mit * markierte Zeilen haben eine geringe Anzahl an Teilnehmern, die Angaben hierzu sind mit der üblichen Vorsicht zu interpretieren. (Tabelle 12, S. 52)

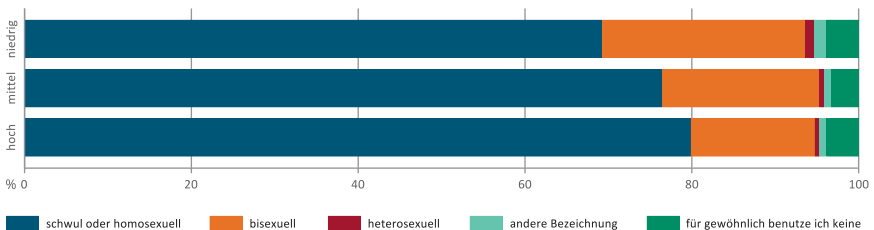
Sexuelle Anziehung und bevorzugte Selbstbezeichnung waren nicht immer kongruent. Männer die sich zu anderen Männern hingezogen fühlen, bevorzugten zu 93,8 % „schwul“ oder „homosexuell“ als Selbstbezeichnung. „Bisexuell“ wurde von Männern bevorzugt (82,7 %), die sich sowohl von Frauen und Männern angezogen fühlten. „Keine Bezeichnung“ wurde vor allem präferiert, wenn (auch) nicht-binäre Personen eine sexuelle Anziehung auf die Befragten ausübten.

TABELLE 12: ZU WEM FÜHLEN SIE SICH SEXUELL HINGEZOGEN UND SELBSTBESCHREIBUNG (N=22.874)

Selbstbezeichnung Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen?	Schul oder homosexuell	bisexuell	hetero- sexuell	andere Bezeich- nung	keine Bezeich- nung	Gesamt
Gesamt (N=22.874)	78,1 %	16,8 %	0,6 %	0,9 %	3,7 %	100,0 %
nur Männer (N=18.533)	93,8 %	3,1 %	0,1 %	0,2 %	2,8 %	100,0 %
nur Frauen (N=80)	13,8 %	58,8 %	13,8 %	0,0 %	13,8 %	100,0 %
nur nichtbinäre Personen (N=36)*	8,3 %	52,8 %	13,9 %	5,6 %	19,4 %	100,0 %
nur Männer und Frauen (N=2.803)	7,5 %	82,7 %	2,3 %	1,3 %	6,3 %	100,0 %
nur Männer und nichtbinäre Personen (N=402)	80,9 %	8,2 %	0,3 %	4,0 %	6,7 %	100,0 %
nur Frauen und nichtbinäre Personen (N=56)*	3,6 %	60,7 %	25,0 %	0,0 %	10,7 %	100,0 %
Männer, Frauen, nichtbinäre Personen (N=1.095)	4,3 %	75,9 %	2,3 %	8,3 %	9,2 %	100,0 %
niemand (N=47)*	10,6 %	46,8 %	0,0 %	27,7 %	14,9 %	100,0 %

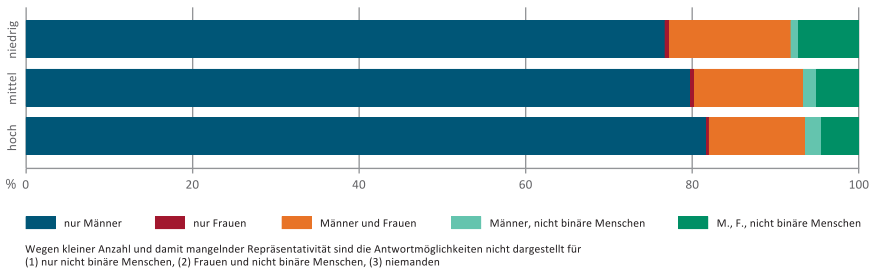
Bei der Selbstbezeichnung zeigte sich, dass Personen mit niedriger Bildung öfter dazu neigten sich als bisexuell zu beschreiben als Personen mit mittlerer und höherer Bildung (24,3 % v. 18,8 % v. 14,9 %). In dieser Gruppe war auch der Anteil an Männern, die sich als schwul oder homosexuell bezeichnen im Vergleich zu den anderen Gruppen niedriger (69,2 % v. 76,5 % v. 79,9 %). „Keine Bezeichnung“ benutzen hier etwas weniger als 4 %, während der Anteil derer, die eine „andere Bezeichnung“ präferierten, bei Personen mit niedriger Bildung etwas höher (1,5 %) lag als in den beiden anderen Bildungsgruppen (mittel: 0,8 %; hoch: 0,9 %). Diese Selbstbeschreibungen können für Maßnahmen, die sich an Männer mit weniger Bildungschancen richten, wichtig sein, um die Zielgruppe zu erreichen. (Abbildung 13, S. 52)

ABBILDUNG 13: SELBSTBEZEICHNUNG UND BILDUNG (N=21.603)



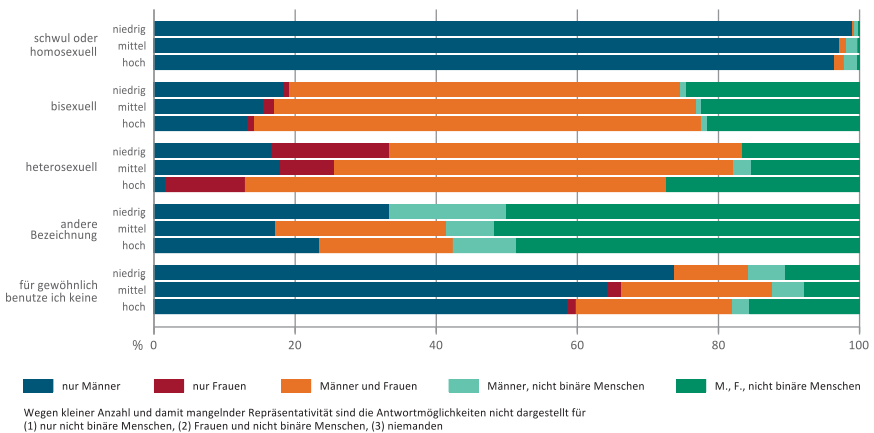
Ebenfalls abhängig von den Bildungschancen zeigte sich, dass Personen mit niedrigeren Bildungschancen sich öfters zu Männern und Frauen hingezogen fühlten als Männer mit mehr Bildungschancen. Auch war der Anteil am größten von Männern, die sich auch zu nicht-binären Menschen hingezogen fühlten. Weil EMIS-2017 vermutlich Personen mit höheren Bildungschancen besser erreicht hat, kann dieser Anteil möglicherweise durch die Art der Rekrutierung verzerrt worden sein. (Abbildung 14, S. 53) Die Antwortmöglichkeiten „nur nicht binäre Menschen“, „Frauen und nicht binäre Menschen“ sowie „niemanden“ wurden aus der Darstellung ausgeschlossen, weil diese Untergruppen klein und damit nicht aussagekräftig sind.

ABBILDUNG 14: SEXUELLE ANZIEHUNG UND BILDUNG (N=21.585)



Die Zusammenhänge von Selbstbeschreibung, Bildungschancen und sexueller Anziehung werden in Abbildung 15 (S. 53) dargestellt. Auch hier zeigt sich ein Antwortmuster mit kleinen bildungsabhängigen Unterschieden.

ABBILDUNG 15: SELBSTBESCHREIBUNG, BILDUNG UND SEXUELLE ANZIEHUNG (N=21.574)



Männer die sich zu anderen Männern hingezogen fühlten (99,0 %, N=22.829), wurden gefragt, welcher Anteil ihrer Bekannten (Familie, Freund*innen, Arbeitskolleg*innen, Mitstudierenden) weiß, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen. Männer die sich zu Männern und nicht-binären Personen hingezogen fühlten, berichteten zu 69,2 %, dass alle oder fast alle Personen in ihrem Bekanntenkreis dies wissen. Bei Männern die sich ausschließlich zu Männern hingezogen fühlten waren es 58,4 %. Bei Männern die Sex mit Männern hatten und sich auch zu Frauen hingezogen fühlten, war der Anteil, bei dem niemand es weiß mit 33,1 % (angezogen von Männern und Frauen) und 38,2 % (Männer, Frauen und nicht binäre Personen) am höchsten. Insgesamt zeigte es sich, dass entweder alle oder fast alle informiert waren (wenn es keine Anziehung zu Frauen gab) oder nur wenige oder niemand (falls eine Anziehung zu Frauen berichtet worden war). (Tabelle 13, S. 54; Abbildung 16, S. 55) Zusätzlich spielt das Lebensalter auch noch eine Rolle: In der Regel sind bei jüngeren Männern höhere Anteile der Bekannten über die Anziehung zu Männern informiert, mit Ausnahme von Männern unter 25 Jahren, die angegeben hatten, sich nur zu Männern hingezogen zu fühlen. (Abbildung 17, S. 55) Letztendlich zeigt sich auch hier der Zusammenhang mit Bildungschancen (vgl. Kapitel 3.6, oben, S. 46 f.) stratifiziert man zusätzlich nach ihnen. (Abbildung 18, S. 55)

TABELLE 13: ANTEIL VON BEKANNTEN, DIE ÜBER ANZIEHUNG ZU MÄNNERN ORIENTIERT SIND UND ANZIEHUNG ZU MÄNNERN, FRAUEN BZW. NICHTBINÄREN PERSONEN NACH ALTERSGRUPPE (N=22.829)

Anziehung und Outness	Alle oder fast alle	Mehr als die Hälfte	Weniger als die Hälfte	Wenige	Niemand	Total
Gesamt (N=22.829)	50,7 %	16,6 %	8,7 %	15,1 %	9,0 %	100 %
nur Männer (N=18.531)	58,4 %	18,1 %	8,7 %	11,1 %	3,7 %	100 %
nur Männer und Frauen (N=2.802)	12,9 %	9,2 %	8,6 %	36,3 %	33,1 %	100 %
nur Männer und nichtbinäre Personen (N=402)	62,9 %	16,4 %	7,0 %	9,5 %	4,2 %	100 %
Männer, Frauen, nichtbinäre Personen (N=1.094)	12,5 %	10,5 %	8,3 %	30,4 %	38,2 %	100 %

ABBILDUNG 16: OUTNESS UND SEXUELLE ANZIEHUNG (N=22.829)

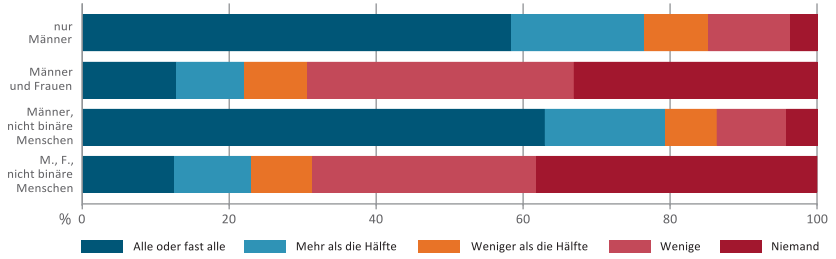


ABBILDUNG 17: ANTEIL VON BEKANNTEN DIE ÜBER ANZIEHUNG ZU MÄNNERN ORIENTIERT SIND UND ANZIEHUNG ZU MÄNNERN, FRAUEN BZW. NICHT BINÄREN PERSONEN NACH ALTERSGRUPPE (N=22.829)

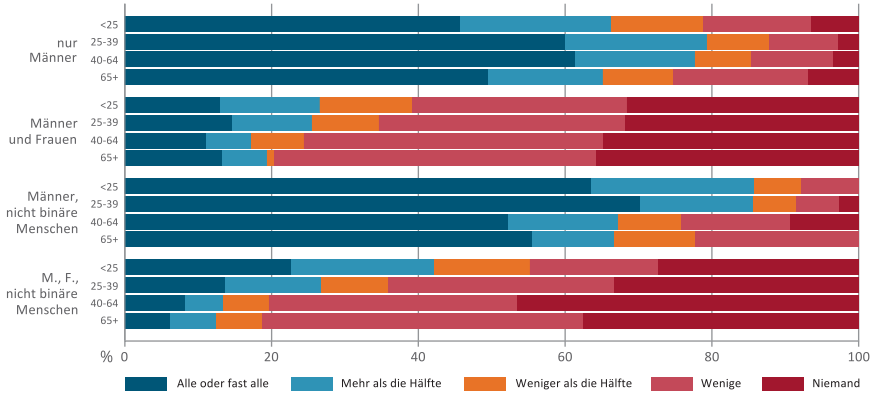
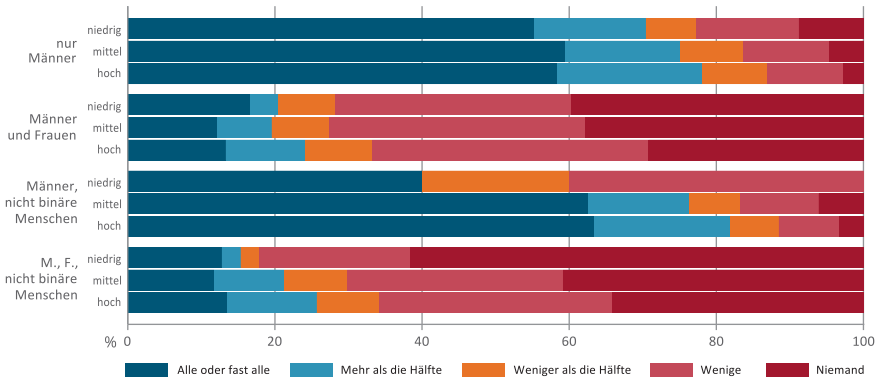


ABBILDUNG 18: OUTNESS, SEXUELLE ANZIEHUNG UND BILDUNG (N=21.375)



3.8. Derzeitige Partnerschaften

Teilnehmer wurden zu Ihrem aktuellen Partnerschaftsstatus befragt, durch die Frage „Leben Sie derzeit in einer festen Beziehung?“ und erhielten als Antwortmöglichkeiten „Nein, ich bin Single“, „Ja, ich lebe in einer festen Beziehung“ und „Ich bin mir nicht sicher/es ist kompliziert“. Nicht sicher über den Beziehungsstatus waren sich 6,3 % der Befragten. Die anderen verteilten sich gleichmäßig auf entweder Single (47,4 %) oder in einer Beziehung (46,3 %). Der Anteil der Männer, die in einer Beziehung leben steigt erwartungsgemäß mit dem Alter, von 13,6 % bei Männern jünger als 20 Jahre auf 54,8 % in der Altersgruppe der 45–49-Jährigen und fällt dann wieder auf 48,4 % bei Teilnehmern ab 65 Jahren.

Männer, die eine Partnerschaft angegeben hatten, konnten den Satz „Sie leben in einer festen Beziehung mit...“ mit den folgenden Auswahlmöglichkeiten kommentieren: einem Mann, mehreren Männern, einem geschlechtsneutralen/nicht-binären Menschen, mehreren geschlechtsneutralen/nicht-binären Menschen, einer Frau, mehreren Frauen. Singles wurden gefragt, wann ihre letzte Beziehung endete. Die Antworten verteilen sich nach Beziehungsstatus wie folgt (Tabelle 14, S. 56):

TABELLE 14: BEZIEHUNGSSTATUS MIT FESTEM PARTNER*IN (N=22.740)

Beziehungsstatus mit festem Partner*in			
Ich bin mir nicht sicher/es ist kompliziert	6,3	%	
Ja, ich lebe in einer Beziehung mit ... (N=10.686; missing=13)	46,3	Aktuell in einer festen Beziehung mit ...	
	 einem Mann	79,8
		mehreren Männern	2,4
		einer Frau	17,4
		alle anderen Möglichkeiten	0,4
Nein, ich bin Single.	47,4	Wann hat Ihre letzte feste Beziehung geendet? (N=10.933; missing=330)	
		24 Stunden	0,4
		7 Tagen	2,1
		4 Wochen	9,0
		6 Monaten	11,5
		12 Monaten	29,8
		in den letzten 5 Jahren	22,5
		vor mehr als 5 Jahren	24,6
		noch nie in fester Beziehung	0,1
Gesamt	100,0	jeweils 100,0	

3.9. Kauf und Verkauf von Sex

Alle Männer wurden gefragt „Wann haben Sie das letzte Mal einen Mann für Sex bezahlt?“ sowie „Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Mann für Sex bezahlt?“ Dabei wurde spezifiziert, dass wir unter Bezahlung den „Austausch von Geld, Geschenken oder Gefälligkeiten für Sex“ verstehen. (Tabelle 15, Seite 57)

TABELLE 15: KUMULATIVE PROZENTE VON MÄNNERN DIE FÜR SEX BEZAHLT HABEN (N=22.498) BZW. FÜR SEX BEZAHLT WORDEN SIND (N=22.489)

Bezahlung und Sex	hat für Sex bezahlt (N=22498, missing=609)		wurde für Sex bezahlt (N=22.489; missing=618)	
	%	kum- %	%	kum- %
letzte 24 Stunden	0,3	0,3	0,2	0,2
letzte 7 Tage	1,3	1,6	0,6	0,8
letzte 4 Wochen	2,1	3,7	0,7	1,6
letzte 6 Monate	3,4	7,1	1,4	2,9
letzte 12 Monate	3,0	10,1	1,3	4,3
letzte 5 Jahre	4,8	14,9	3,3	7,6
vor mehr als 5 Jahren	4,8	19,8	7,6	15,2
noch nie	80,2		84,8	
Gesamt	100,0		100,0	

Bei den Antworten wurde etwa doppelt so häufig angegeben, für Sex bezahlt zu haben als für Sex bezahlt worden zu sein: 1,6 % bzw. 0,8 % innerhalb der letzten Woche und 10,1 % bzw. 4,3 % innerhalb des letzten Jahres.

Männer, die für Sex bezahlt hatten oder für Sex bezahlt worden waren, wurden dann zur Häufigkeit befragt: „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Mann für Sex bezahlt?“ bzw. „Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten von einem Mann für Sex bezahlt?“ (Tabelle 16, S. 58)

TABELLE 16: HÄUFIGKEIT VON BEZAHLEN (N=2.264) UND BEZAHLT WERDEN (N=952) VON MÄNNERN, DIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN FÜR SEX BEZAHLT HABEN ODER BEZAHLT WORDEN SIND

In den letzten 12 Monaten, wie oft...	... haben Sie einen Mann für Sex bezahlt? (N=2.264; missing=8)	... wurden Sie von einem Mann für Sex bezahlt? (N=952; missing=4)
1-2 Mal	57,1	49,4
3-10 Mal	34,1	33,8
11-50 Mal	7,8	11,1
mehr als 50 Mal	1,0	5,7
Gesamt	100,0	100,0

In den letzten 12 Monaten haben 57,1 % der Befragten nur 1- oder 2-mal einen anderen Mann für Sex bezahlt. Von den Männern, die für Sex bezahlt worden sind, gibt etwa die Hälfte an, dass dies im letzten Jahr nur 1- bis 2-mal vorgekommen war.

3.10. Demografische Unterschiede (Bundeslandtabellen)

Zur Altersverteilung der Befragungsteilnehmer nach Bundesland siehe Abbildung 5 (Seite 42)

TABELLE 17: BUNDESLANDTABELLE: DEMOGRAFISCHE UNTERSCHIEDE (N=21.634)

Bundesland	Anzahl Befragte	niedriger Bildungs %	Migrantenanteil status %	Outness <50 % %	männl. fester Partner %	weibl. feste Partnerin %	haben für Sex bezahlt %	bezahlt worden für Sex >2x %
Baden-Württemberg	2.418	2,4	16,6	40,0	37,1	8,5	11,8	2,1
Bayern	2.930	2,1	16,0	37,9	38,0	8,1	9,0	2,3
Berlin	3.218	1,4	26,0	17,1	39,0	3,2	10,5	3,0
Brandenburg	455	4,0	15,6	40,2	34,1	12,3	10,8	2,0
Bremen	213	4,0	19,7	21,5	34,3	7,0	9,6	0,5
Hamburg	960	1,4	16,8	20,9	40,5	4,7	10,7	1,7
Hessen	1.701	2,6	13,3	35,1	38,0	8,8	12,6	2,7
Mecklenburg-Vorp.	343	3,4	9,9	35,7	33,2	10,8	12,0	2,7
Niedersachsen	1.526	3,2	11,3	35,4	35,6	8,1	7,8	1,6
Nordrhein-Westfalen	4.298	2,7	14,1	30,3	37,8	7,7	10,0	1,7
Rheinland-Pfalz	713	3,7	13,2	35,6	38,7	8,1	9,4	2,0
Saarland	245	3,5	11,8	35,7	32,7	9,0	10,8	1,3
Sachsen	1.107	2,7	11,0	36,6	36,5	8,2	7,1	2,0
Sachsen-Anhalt	404	2,6	7,2	39,3	33,9	11,6	7,9	2,1
Schleswig-Holstein	726	2,3	12,1	36,4	36,5	10,6	6,9	1,6
Thüringen	377	3,1	8,8	43,8	32,4	11,1	8,8	2,2
Gesamt	21.634	2,5	15,8	32,1	37,4	7,6	10,0	2,1

4. MORBIDITÄTEN

4.1. Psychische Gesundheitsprobleme

4.1.1. Angst / Depression (PHQ4)

Psychische Gesundheitsprobleme wie Angst, Depression und Substanzkonsum sind eine Hauptursache für Morbidität und treten bei sexuellen Minderheiten häufiger auf als bei der sexuellen Mehrheit. Darüber hinaus sind Zusammenhänge zwischen einer schlechten psychischen Gesundheit und bestimmtem Verhalten gut nachgewiesen, z. B. zwischen schlechter psychischer Gesundheit und einem erhöhten HIV-Übertragungsrisiko durch höheres sexuelles Risikoverhalten, oder einer geringeren Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme für z. B. eine HIV-Behandlung. [10,11] Ein solcher Mechanismus, bei dem mehrere Morbiditäten in denselben Individuen auftreten, wird auch Syndemie genannt.

Schwule und bisexuelle Männer sind, unabhängig davon, ob sie offen oder nicht-offen schwul leben, mit negativen sozialen Reaktionen konfrontiert, ein Phänomen, zu dessen Erklärung häufig das Konzept des Minoritätenstress herangezogen wird. Die Suizidrate ist bei MSM etwa 5-bis 6-mal höher als bei Heterosexuellen und Depressionen etwa 3-mal häufiger. [12]

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ-4 bzw. PHQ-8) ist ein Instrument zur Untersuchung eines möglichen depressiven Syndroms und möglicher Angststörungen, welches mit vier bzw. acht Fragen eine erste Einschätzung erlaubt. Die Ergebnisse überschätzen möglicherweise die Häufigkeit von Problemen und würden in der klinischen Anwendung ausführlichere Tests notwendig machen. Dennoch wurde der PHQ-4 aufgrund seiner Kürze und einfachen Interpretation für EMIS-2017 ausgewählt, um eine validierte erste Einschätzung der Lage zu erlauben. Allen Teilnehmern wurden folgendende vier Fragen gestellt, mit den Antwortmöglichkeiten „Gar nicht“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ und „Beinahe jeden Tag“.

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt:

- (1) Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung,
- (2) Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren,
- (3) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten,
- (4) Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit.

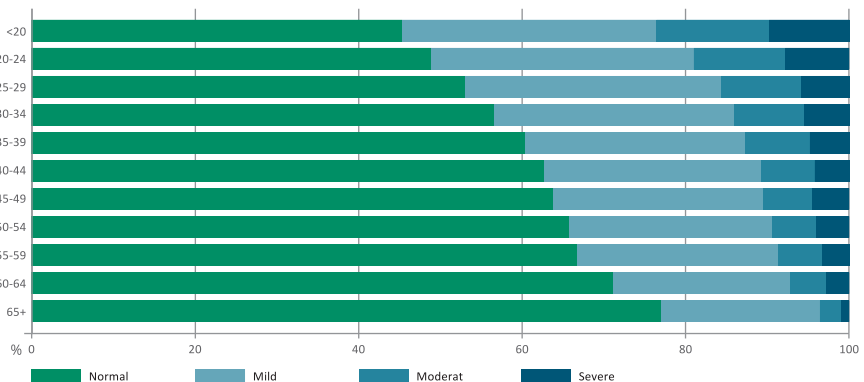
Für die Antworten wurden Null bis 3 Punkte vergeben, was einem Summenwert von 0 bis 12 Punkten pro Teilnehmer für den PHQ-4 entspricht. Die Punktzahl verteilte sich entsprechend der Auswertungsempfehlung für den PHQ-4 wie folgt (Tabelle 18, S. 61) für EMIS-2017:

TABELLE 18: GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (PHQ-4) (N=22.735)

Gesundheitsfragebogen (PHQ-4) (N=22.735, missing=372)	Bewertung	%
0-2	Normal	59,7
3-5	Mild	27,5
6-8	Moderat	7,7
9-12	Schwer	5,1
Gesamt		100,0

Insgesamt berichteten 12,8 % der Teilnehmer über Hinweise auf eine moderate oder schwere Depression oder Angststörung in den letzten zwei Wochen. Jeder 20te Teilnehmer hatte sogar Warnzeichen für eine schwere Depression. Dabei zeigt sich eine starke Abhängigkeit vom Alter: bei Teilnehmern unter 20 Jahren war der Anteil der Personen mit Warnzeichen für eine schwere Depression am höchsten und lag bei 9,8 %, dieser Wert fiel mit steigendem Alter auf 2,7 % bei Personen älter als 65 Jahre. Jüngere MSM berichten am häufigsten Anzeichen für eine schwere Depression oder Angststörung. (Abbildung 19, S. 61)

ABBILDUNG 19: GESUNDHEITSFRAGEBOGEN PHQ-4, ANZEICHEN FÜR DEPRESSION UND ANGSTSTÖRUNGEN NACH ALTERSGRUPPE (N=22.735)



Für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS [13] eine aktuelle depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland mit dem PHQ-8 erhoben. Im PHQ-8 lassen sich in den 8 verwendeten Fragen maximal 24 Punkte erreichen und eine depressive Symptomatik wurde ab 10 Punkten angenommen.

Während die Stichprobe der 10.872 männlichen GEDA-Teilnehmer, die den Fragebogen schriftlich bzw. online ausgefüllt haben, zufällig aus dem Einwohnermeldeamtregister von 301 Gemeinden gezogen wurde, stellt die EMIS-2017 Studienpopulation ein convenience-sample dar (Vgl. Kapitel 2.1 Rekrutierung, oben, S. 31 ff.). Ein weiterer Unterschied liegt im verwendeten Erhebungsinstrument (PHQ-8 bzw. PHQ-4). Zudem sind niedrige Bildungsgruppen in EMIS-2017 unterrepräsentiert. (Vgl. 3.6 Bildung, oben, S. 46 f.)

Die Gesamtprävalenz von insgesamt 8,6 % bei Männern belegt die weite Verbreitung von depressiver Symptomatik, auch wenn keine klinische Depressionsdiagnose vorliegt. Dieser Anteil liegt deutlich höher bei MSM, die in EMIS-2017 teilgenommen haben. Wie auch in EMIS-2017 beobachtet, sinkt der Anteil der Männer mit depressiven Symptomen mit dem Alter, bei den über 65-Jährigen liegt er bei 5,4 % in der Allgemeinbevölkerung und bei MSM bei 4,2 %. Ein depressives Syndrom ist bei jüngeren Erwachsenen belegt. Dass jüngere MSM häufiger von depressiver Symptomatik betroffen sind als die älteren Altersgruppen, zeigt sich auch im Vergleich mit der GEDA-Population: In der jüngsten Altersgruppe ist der Anteil am stärksten. Der von GEDA aufgezeigte Unterschied nach Bildungsgruppe reflektiert sich in EMIS-2017, wenn auch in EMIS die untere Bildungsgruppe deutlich unterrepräsentiert ist. Deutschland liegt mit 7,6 % depressiver Symptomatik bei Männern im europäischen Vergleich auf dem ersten Platz, d.h. hier zeigt sich ein Problem, das für schwule und bisexuelle Männer in allen Altersgruppen noch gravierender ist. [14] Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass der Anteil eines selbstberichteten depressiven Syndroms bei jungen schwulen und bisexuellen Männern sehr hoch ist und therapeutische und soziale Unterstützungsangebote für diese Gruppe dringend gebraucht werden.

TABELLE 19: ANTEIL TEILNEHMER MIT DEPRESSIVER SYMPTOMATIK IN GEDA (N=10.702) UND EMIS-2017 (N=21.232) NACH ALTERSGRUPPE UND BILDUNGSNIVEAU

Depressive Symptomatik	männl. Bevölkerung GEDA 2014/2015-EHIS (N=10.702) (12)	MSM EMIS-2017 (N=21.332)
Gesamt	8,6 %	12,7 %
18–29 Jahre	9,5 %	17,6 %
untere Bildungsgruppe	13,9 %	22,8 %
mittlere Bildungsgruppe	8,3 %	18,2 %
obere Bildungsgruppe	7,0 %	16,9 %
30–44 Jahre	9,4 %	12,4 %
untere Bildungsgruppe	17,8 %	15,3 %
mittlere Bildungsgruppe	10,1 %	11,1 %
obere Bildungsgruppe	4,9 %	13,0 %
45–64 Jahre	9,6 %	9,5 %
untere Bildungsgruppe	15,3 %	8,5 %
mittlere Bildungsgruppe	10,5 %	10,7 %
obere Bildungsgruppe	5,9 %	8,8 %
≥ 65 Jahre	5,4 %	4,2 %
untere Bildungsgruppe	7,1 %	10,0 %
mittlere Bildungsgruppe	5,7 %	3,7 %
obere Bildungsgruppe	4,2 %	4,1 %

In GEDA wurden auch regionale Unterschiede von depressiver Symptomatik untersucht, hier sind die Unterschiede nicht so schwerwiegend wie bei Altersgruppe und Bildungsniveau. (Vgl. Kapitel 4.3, S. 65)

4.1.2. Suizidgedanken

Suizidgedanken wurden direkt nach den PHQ-4 Aussagen mit der Konstellation erhoben: „Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“ und den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ und „beinahe jeden Tag“.

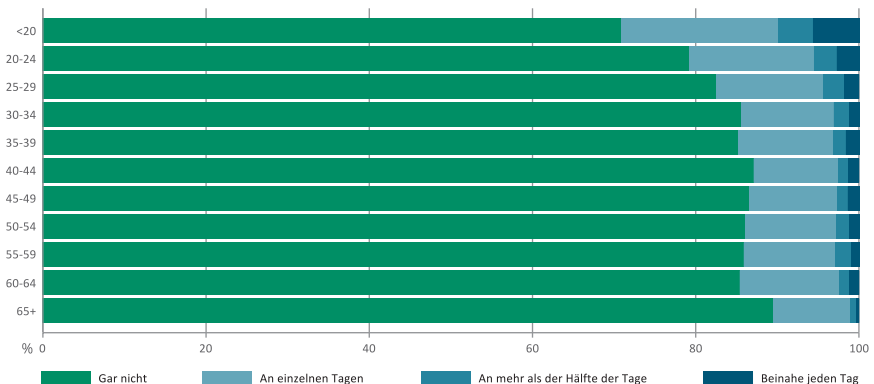
Mehr als 15 % der Befragten berichteten, sich in den vergangenen zwei Wochen an mindestens einzelnen Tagen suizidale Gedanken gemacht haben oder daran gedacht zu haben, sich Leid zuzufügen.

Mehr als ein Zehntel davon (1,7 %) berichtete diese Gedanken fast täglich gehabt zu haben. Dies ist ein hoher Anteil auf den Präventionsprogramme zur psychischen Gesundheit eingehen müssen. (Tabelle 20, S. 64)

TABELLE 20: SUIZIDGEDANKEN ODER GEDANKEN, SICH LEID ZUZUFÜGEN (N=22.960)

Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	Freq.	%
Gar nicht	19.367	84,4
An einzelnen Tagen	2.770	12,1
An mehr als der Hälfte der Tage	436	1,9
Beinahe jeden Tag	387	1,7
Total	22.960	100,0

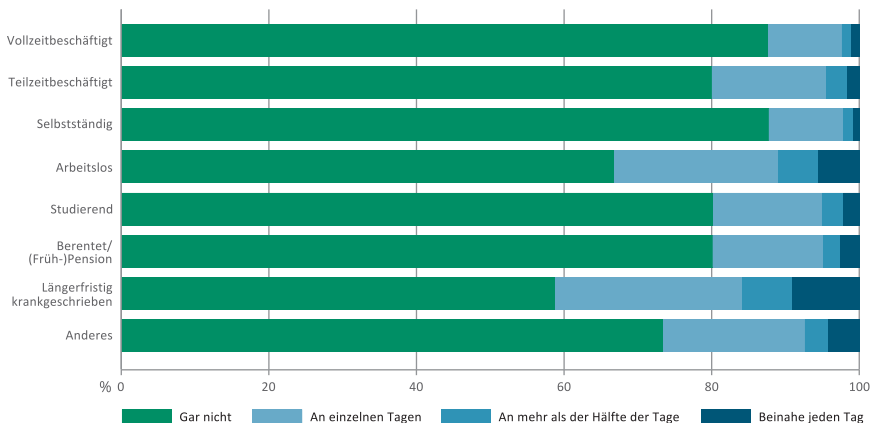
ABBILDUNG 20: SUIZIDGEDANKEN ODER GEDANKEN SICH LEID ZUZUFÜGEN IN DEN LETZTEN 14 TAGEN UND ALTER (N=22.960)



Auch hier zeigt sich eine Altersabhängigkeit: bei Männern jünger als 20 Jahre berichteten 37,7 %, solche Gedanken in den letzten zwei Wochen gehabt zu haben. In dieser Altersgruppe hatte mehr als jeder Zehnte (10,9 %) beinahe täglich entsprechende Gedanken. (Abbildung 20, S. 64) Das Vorkommen von Suizidgedanken korrelierte nicht mit dem Faktor „Outness“. Ein Zusammenhang zeigte sich in Abhängigkeit des HIV-Status: der Anteil mit beinahe täglichen Suizidgedanken lag hier, im Vergleich zu Männern, die einen negativen HIV-Test berichteten, um einen Prozentpunkt höher bei 2,4 %.

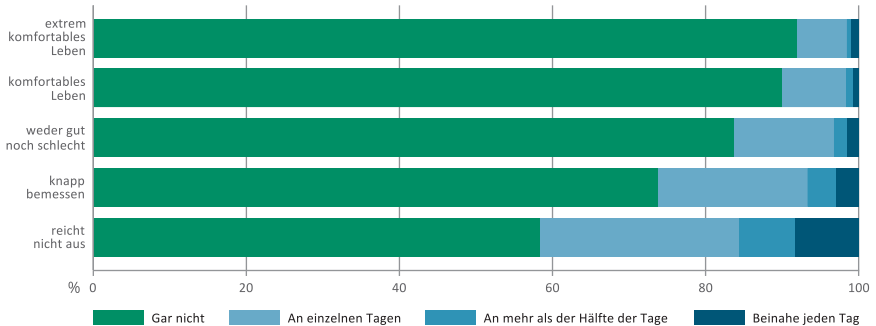
Die Häufigkeit von Suizidgedanken oder Gedanken sich Leid zuzufügen unterschied sich nicht in Abhängigkeit zur Größe des Wohnorts. Kleine Unterschiede in den verschiedenen Städten lassen sich auf die Alterszusammensetzung der Studienteilnehmer zurückführen. Starke Unterschiede zeigten sich in Abhängigkeit zur beruflichen Situation. Es überrascht nicht, dass Menschen in beruflich weniger gesicherten Situationen häufiger von Suizidgedanken berichten so geben bspw. nur 66,8 % der Arbeitslosen bzw. Arbeitssuchenden an, in den letzten 14 Tagen keine Suizidgedanken gehabt zu haben, bei Personen die längerfristig krankgeschrieben sind, sogar nur 58,8 %. Die wenigsten Suizidgedanken wurden von Selbständigen (12,3 %) und Vollzeitbeschäftigten (12,4 %) berichtet. (Abbildung 21, S. 65) Ein entsprechend ähnliches Verhältnis war in Bezug auf das gefühlte Einkommen zu beobachten: nur 58,4 % aller Personen, die ihr Einkommen als nicht ausreichend einstufen, hatten keine Suizidgedanken in den vergangenen zwei Wochen. Bei Personen mit komfortablen (10,0 %) und extrem komfortablen (8,0 %) Einkommen waren Suizid- bzw. Selbstschadigungsabsichten deutlich weniger häufig und auch in ihrer Frequenz stark reduziert.

ABBILDUNG 21: SUIZIDALE IDEATION UND BERUFLICHE SITUATION (N=22.903)



Diese Informationen können bspw. nützlich sein, um in einer Beratungssituation über die meist einfach zu besprechende berufliche- und finanzielle Situation, Indikatoren für eine weitere Befragung zu Suizid- und Selbstschädigungsgedanken zu gewinnen. (Abbildung 22, S. 66)

ABBILDUNG 22: SUIZIDALE IDEATION UND GEFÜHLTES EINKOMMEN (N=22.884)



4.1.3. Fehlende sexuelle Zufriedenheit

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Sexleben konnte auf einer Skala von 1 (maximal unzufrieden) bis 10 (maximal zufrieden) angegeben werden. Der Median lag bei 6,2. Unterschiede zeigten sich nach Outness (vgl. Kapitel 3.7, oben, S. 50 f.): Personen nach deren Angaben alle oder fast alle Bekannten wissen, dass sie Männer anziehend finden, gaben sich im Median 6,5 Punkte, während Personen von denen es niemand wusste mit 5,3 Punkten im Median weniger sexuell zufrieden waren. (Abbildung 23, S. 67) Mit zunehmendem Alter nahm auch die Selbstangabe sexueller Zufriedenheit zu. Dies kann durch die Art der Umfragerekutierung beeinflusst sein, die vor allem auf Dating Apps und Dating Portalen beworben wurde, d.h. sexuell aktive(re) Männer wurden rekrutiert. Der Median stieg von 5,8 Punkten in der Gruppe der unter 20-jährigen auf 6,3 Punkte bei den 30- bis 34-jährigen und stagnierte zwischen 6,1 und 6,3 Punkten im Median für alle Älteren. (Abbildung 24, S. 67) Ein starker Zusammenhang zeigte sich zwischen sexueller Zufriedenheit und gefühltem Einkommen: Personen, die mit ihrem Einkommen ein extrem komfortables Leben führen lagen mit 6,8 Punkten im Median deutlich höher als der Median von 5,0 Punkten bei Personen, die ihr Einkommen als unzureichend eingestuft hatten. (Abbildung 25, S. 68) Der HIV-Status korreliert ebenfalls mit der sexuellen Zufriedenheit: Männer, die nicht auf HIV getestet worden sind, sind mit 5,5 Punkten im Median am unzufriedensten. Bei HIV-negativen Männern lag der Median bei 6,3

Punkten und HIV-positive Männer waren mit 6,6 Punkten im Median sexuell am zufriedensten. (Abbildung 26, S. 68) Singles sind zudem mit 5,6 Punkten im Median unzufriedener als Männer, die ihren Beziehungsstatus als „ich bin mir nicht sicher / es ist kompliziert“ angaben, mit einem von Median 6,2 Punkten. Am zufriedensten sind Männer in einer Beziehung, die im Median bei 6,7 Punkte lagen. (Abbildung 27, S. 68). Die sexuelle Zufriedenheit steigt auch mit der Anzahl der nicht-festen Partner im letzten Jahr. (Abbildung 28, S. 69)

Zusammenfassend kann vermutet werden, dass sexuelle Zufriedenheit einerseits auf die Anzahl der sexuellen Kontakte, andererseits auch auf die Qualität der Partnerbeziehung zurückführbar sein dürfte.

ABBILDUNG 23: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND OUTNESS (N=22.240)

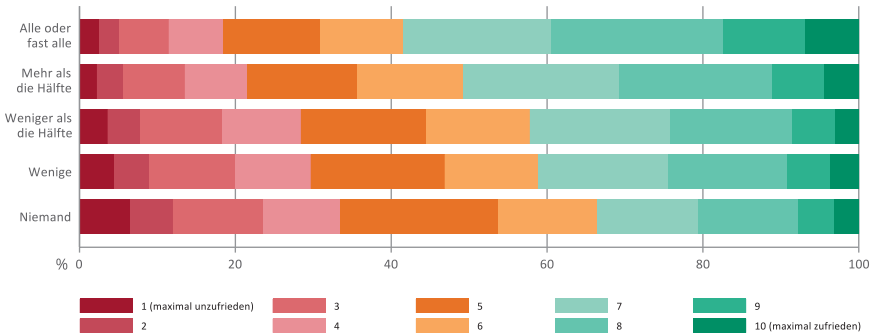


ABBILDUNG 24: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND ALTER (N=22.502)

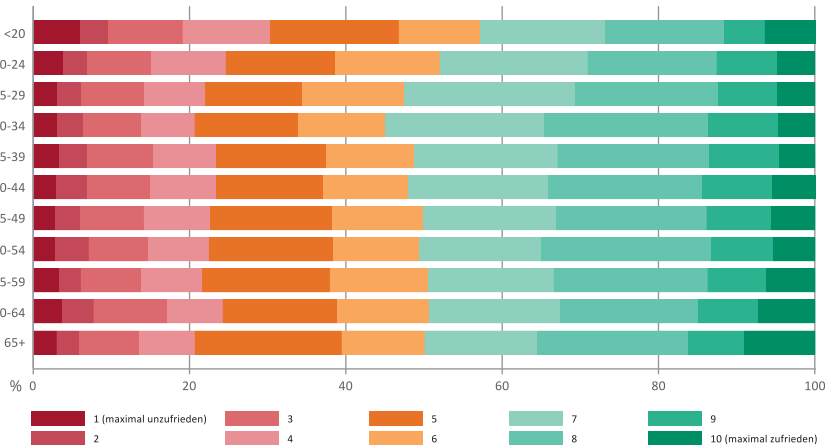


ABBILDUNG 25: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND GEFÜHLTES EINKOMMEN (N=22.402)

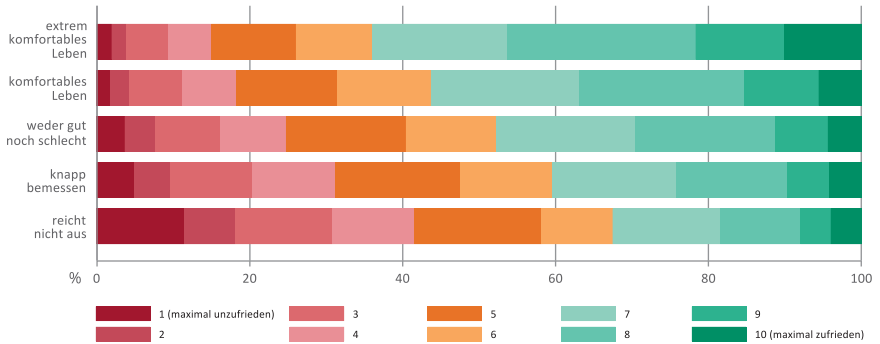


ABBILDUNG 26: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND HIV-STATUS (N=22.329)

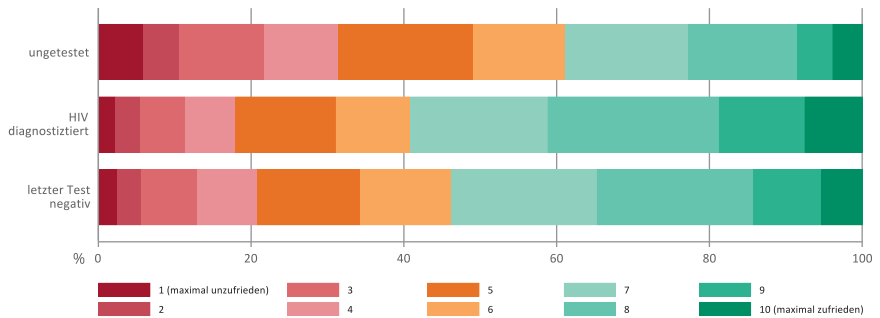


ABBILDUNG 27: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND BEZIEHUNGSSTATUS (N=22.480)

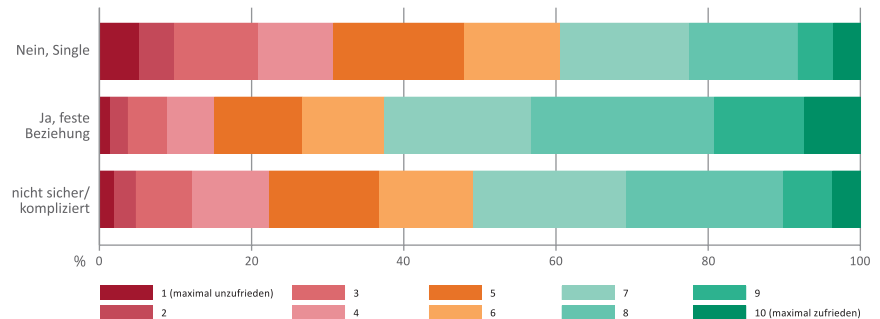
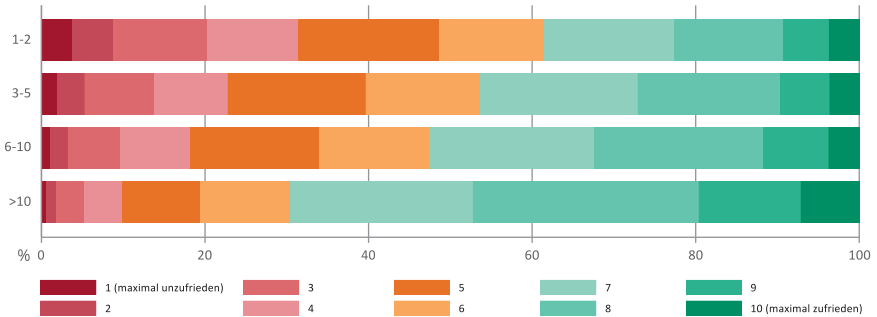


ABBILDUNG 28: SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT UND ANZAHL NICHT-FESTER PARTNER IN DEN LETZTEN 12 MONATEN (N=16.255)



4.1.4. Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)

Allen Männern wurden die vier Fragen des CAGE-4-Fragebogens vorgelegt. CAGE-4, ist ein Anamneseinstrument, welches mögliche Alkoholabhängigkeit und problematischen Konsum abfragt. [15,16] Wenn mindestens 2 der Fragen bejaht worden sind, wird dies als Anzeichen für einen problematischen Konsum gewertet:

- Haben Sie schon einmal versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren? (Cut down, Reduzierung)
- Haben andere Menschen Sie schon mal wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert? (Annoyance, Verärgerung)
- Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt? (Guilty, Schuldgefühle)
- Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder Ihren Kater loszuwerden? (Eye Opener, Muntermacher)

Von einem problematischen Alkoholkonsum berichteten auf diese Weise 22,1 % der Befragten. (Abbildung 29, S. 70) Es zeigte sich ein Zusammenhang mit der Outness: je mehr Personen informiert waren, desto höher war der Anteil des problematischen Konsums; wenn niemand informiert war, lag der Anteil bei 16,7 % und stieg auf 24,1 %, wenn alle oder fast alle informiert waren. (Abbildung 30, S. 70) Der größte Anteil von problematischem Substanzkonsum wurde aus der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen berichtet (24,0 %) und sank mit dem Alter auf 18,6 % bei Männern ab 60 Jahren. In der jüngsten Altersgruppe der 14- bis 19-jährigen lag der Anteil bei 17,7 %. Dies zeigt, dass junge MSM, zusammen mit den in dieser Altersgruppe ebenfalls häufig berichteten psychischen Belastungen, auch in diesem Bereich bereits Unterstützungsangebote erhalten sollten. (Abbildung 31, S. 70) Wenn man

die Faktoren Alter und Outness gemeinsam betrachtet, zeigt sich vor allem in den jüngeren Altersgruppen, dass es auch hier einen Zusammenhang zwischen Outness und problematischem Alkoholkonsum gibt. (Abbildung 32, S. 71)

ABBILDUNG 29: ANZEICHEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT (N=22.775)

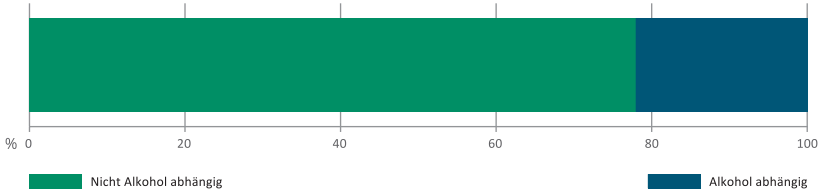


ABBILDUNG 30: ANZEICHEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND OUTNESS (N=22.505)

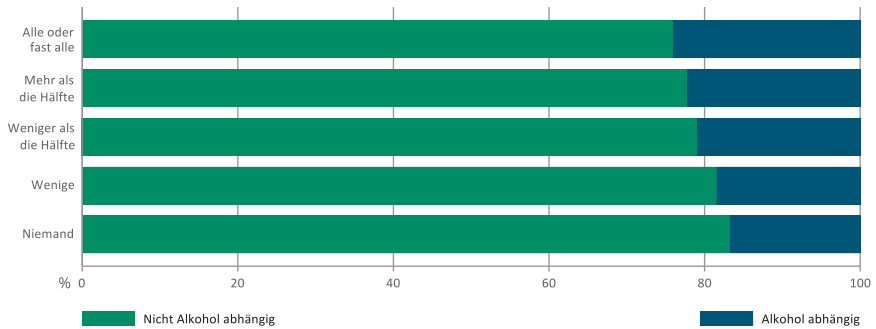


ABBILDUNG 31: ANZEICHEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND ALTER (N=22.775)

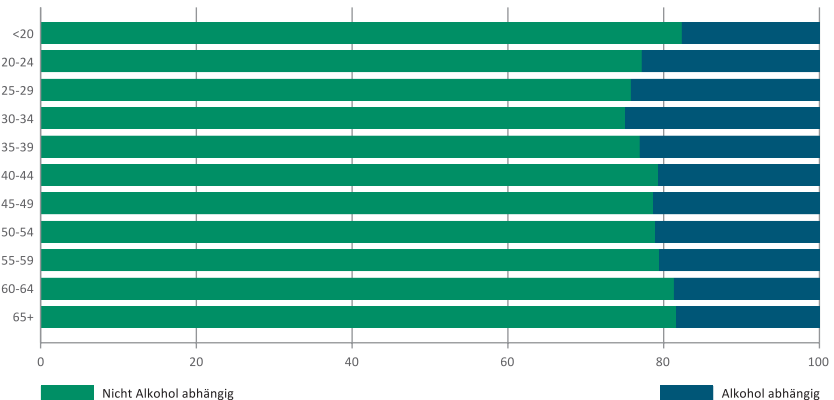
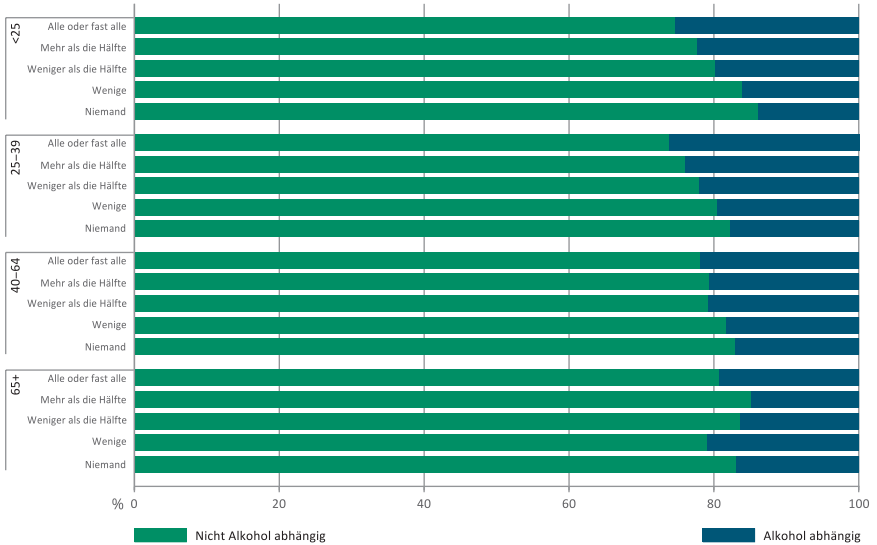
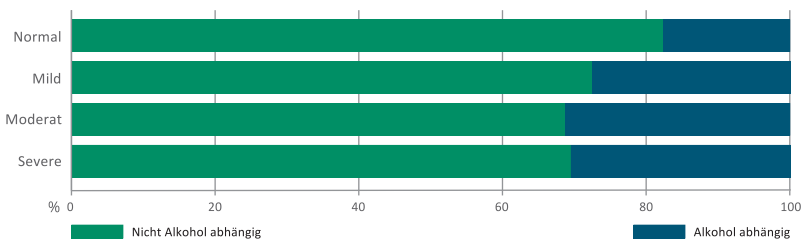


ABBILDUNG 32: ANZEICHEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT, ALTER UND OUTNESS (N=22.505)



Ein Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Depressionen (vgl. Kapitel 4.1.1, S. 60 ff.) wurde ebenfalls beobachtet. Männer, aus deren Antworten keine depressive Verstimmung abzuleiten ist, berichteten auch zum geringsten Anteil von einem problematischem Alkoholkonsum (17,6 %). Mit steigender depressiver Verstimmung stieg auch der Anteil des problematischen Alkoholkonsums. Bei milder depressiver Verstimmung lag der Anteil bei 27,5 % und pendelte sich bei fast einem Drittel bei moderater (31,3 %) bzw. schwerer depressiver Verstimmung (30,5 %) ein. (Abbildung 33, S. 71) Ein Bedarf für Beratungs- und Behandlungsangebote, die sich insbesondere an die Zielgruppen der jüngeren MSM sowie an MSM mit Depression und Alkoholabhängigkeit richten, ist klar vorhanden.

ABBILDUNG 33: ANZEICHEN FÜR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT UND DEPRESSIONEN (N=22.462)



4.2. HIV und Diagnosen von sexuell übertragbaren Infektionen

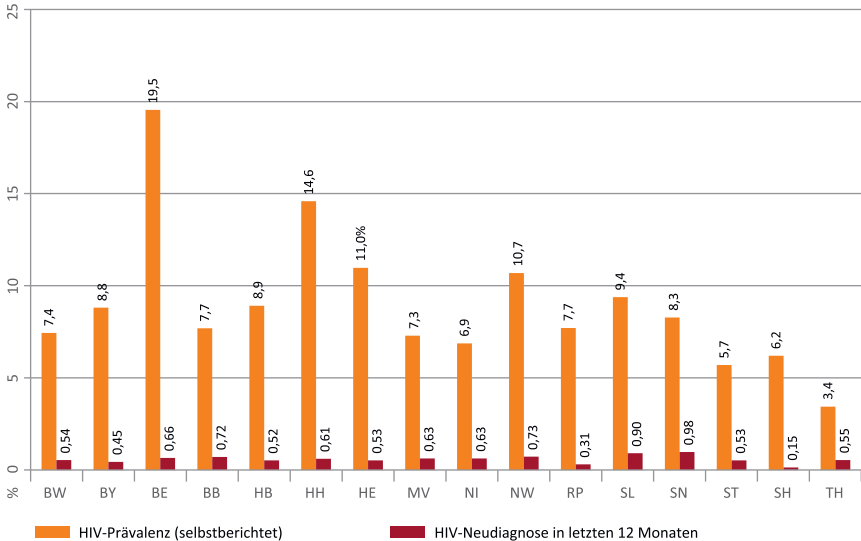
4.2.1. Prävalenz und Inzidenz von HIV-Diagnosen

Alle Befragungsteilnehmer wurden gefragt, ob sie jemals auf HIV getestet worden waren und wenn ja, mit welchem Ergebnis. Zusätzlich wurde erhoben, bei wie vielen Teilnehmern eine HIV-Infektion erstmals innerhalb der letzten 12 Monate diagnostiziert wurde. Aus beiden Angaben lässt sich eine selbstberichtete HIV-Prävalenz und eine HIV-Neudiagnosen-Inzidenz bestimmen.

Die selbstberichtete HIV-Prävalenz war am höchsten in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Die niedrigsten Prävalenzen wurden in den Ländern Sachsen-Anhalt und Thüringen beobachtet. (Tabelle 23, S. 87 und Abbildung 34, S. 72) Die beiden Großstädte Köln und Frankfurt liegen bezüglich der HIV-Prävalenz zwischen Berlin und Hamburg. (Abbildung 35, S. 73)

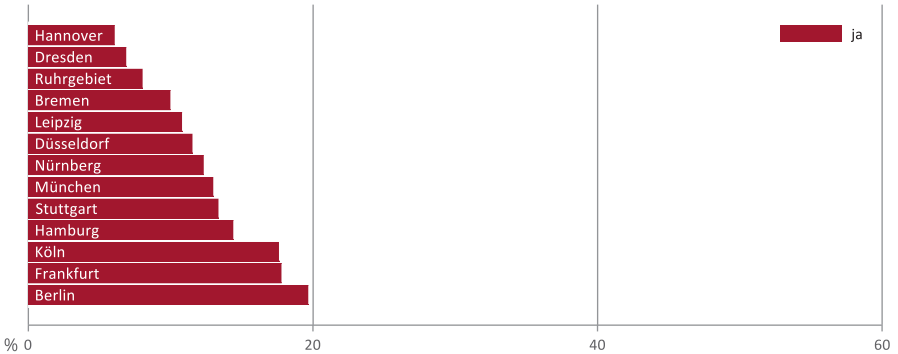
Die Neudiagnose-Inzidenz in den letzten 12 Monaten zeigt keinen Zusammenhang mit der HIV-Prävalenz und liegt in den meisten Bundesländern im Bereich zwischen 0,5 und 0,7 %. (Tabelle 23, S. 87 und Abbildung 34, S. 72)

ABBILDUNG 34: SELBSTBERICHTETE HIV-PRÄVALENZ UND HIV-NEUDIAGNOSEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH BUNDESLAND (N=21.648)



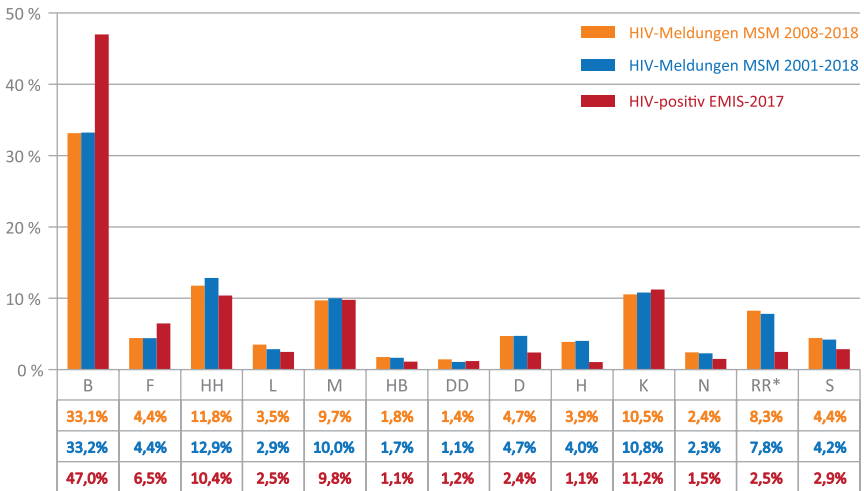
BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 35: SELBSTBERICHTETE HIV-INFEKTION NACH GROSSSTADT (N=8.503)



Vergleicht man die prozentuale Verteilung der in Großstädten lebenden EMIS-Teilnehmer mit HIV-Diagnose mit der Verteilung der an das HIV-Melderegister berichteten HIV-Neudiagnosen bei MSM in den letzten 10 oder 19 Jahren, zeigen sich bei den EMIS-Teilnehmern erhöhte Anteile in den Städten Berlin, Frankfurt und Köln, was auf einen Zuzug von Männern mit HIV-Diagnose in diese Städte hindeutet. (Abbildung 36, S. 73) Ein Indiz für eine solche selektive Binnenmigration nach

ABBILDUNG 36: VERGLEICH VON ANTEILEN VON MIT HIV DIAGNOSTIZIERTEN MSM AUF GROSSSTÄDTE (1) HIV-MELDUNGEN 2009–2018, (2) HIV-MELDUNGEN 2001–2018, (3) EMIS-2017 SELBSTANGABEN



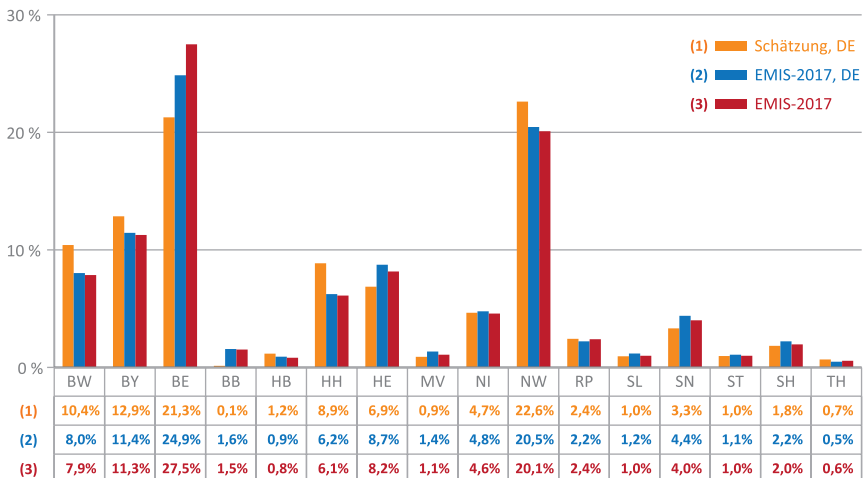
in der Legende ist 2008 genannt. Was stimmt?

B Berlin, F Frankfurt am Main, HH Hamburg, L Leipzig, M München, HB Bremen, DD Dresden, D Düsseldorf, H Hannover, K Köln, N Nürnberg, RR* Ruhr-Region, S Stuttgart

HIV-Diagnose bietet auch die Darstellung der Wohnortgrößenverteilung nach HIV-Diagnosestatus, welche zeigt, dass ca. 60 % der EMIS-Teilnehmer mit HIV-Diagnose in Metropolen oder großen Städten leben. (Abbildung 40, S. 76)

Ein Vergleich der prozentualen Verteilung mit HIV diagnostizierter EMIS-Teilnehmer auf Bundesländer mit der letzten vom RKI durchgeführten HIV-Prävalenzschätzung zeigt Abweichungen für eine Reihe von Bundesländern. (Abbildung 37, S. 74) Das RKI schätzt die Verteilung von Menschen mit HIV-Diagnose auf Bundesländer auf Basis der Verschreibungen antiretroviraler Medikamente in den entsprechenden Bundesländern. Dabei kann einerseits nicht zwischen unterschiedlichen Infektionsrisiken unterschieden werden, andererseits kann die Bundeslandzuordnung dadurch verfälscht werden, dass Medikamentenrezepte dem Ort der Rezeptverschreibung und nicht dem Wohnort des Patienten zugeordnet werden. Das kann z. B. dazu führen, dass HIV-Patienten aus Brandenburg, die in Berlin behandelt werden und dort ihre Rezepte einlösen, Berlin zugeordnet werden. Ähnliches gilt für Hamburg. Eine weitere Erklärung für Diskrepanzen könnte eine unterschiedliche Binnenmigration innerhalb Deutschlands nach einer HIV-Diagnose bei MSM und Menschen mit heterosexuellem Übertragungsrisiko sein. Im Rahmen der RKI-Schätzung werden keine Unterschiede im Binnenmigrationsverhalten angenommen.

ABBILDUNG 37: VERGLEICH DER VERTEILUNG VON HIV-DIAGNOSTIZIERTER MSM AUF BUNDESLÄNDER: (1) RKI-SCHÄTZUNG VON IN DEUTSCHLAND GEBORENEN MSM, (2) IN DEUTSCHLAND GEBORENE EMIS-2017 TEILNEHMER, (3) EMIS-2017 TEILNEHMER



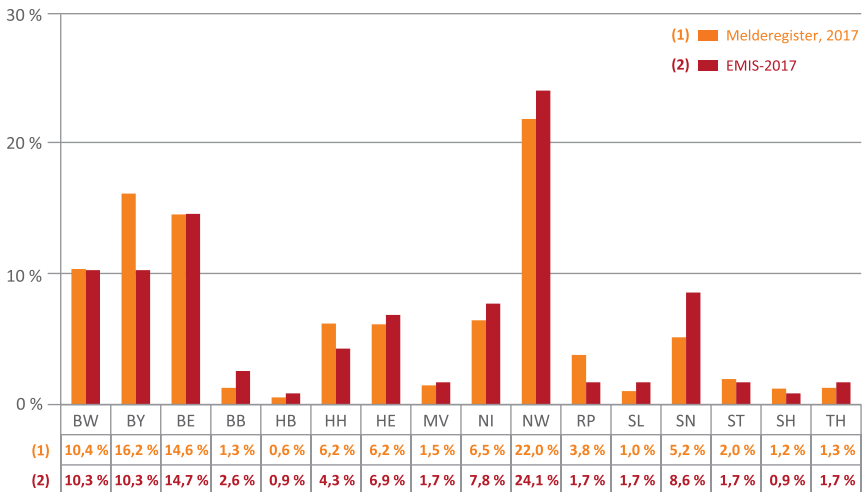
BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

Ein geringer Einfluss der Binnenmigration nach erfolgter HIV-Diagnose kann bei erst kürzlich erfolgten Diagnosen vermutet werden. Trotzdem gibt es auch hier Diskrepanzen zwischen selbstberichteter HIV-Neudiagnose in den letzten 12 Monaten und HIV-Neudiagnosemeldungen an das HIV-Melderegister. (Abbildung 38, S. 75) Ursachen für solche Diskrepanzen können sein:

- Zuordnung einer Meldung zum Ort, wo der diagnostizierende Arzt/Ärztin praktiziert an Stelle des Wohnortes des Patienten.
- Fehlende oder falsche Angabe des Infektionsrisikos bei Meldungen an das Melderegister, welche den Anteil von MSM an den Neudiagnosen in einigen Bundesländern unterschätzen könnte.
- Im Rahmen der Schätzung werden in Deutschland erfolgende Erstdiagnosen bei MSM nicht-deutscher Herkunft, die sich vermutlich im Ausland infiziert haben, nicht zur Gruppe der MSM hinzugerechnet.

ABBILDUNG 38: VERTEILUNG DER HIV-NEUDIAGNOSEN AUF BUNDESLÄNDER

(1) MELDEREGISTER 2017, (2) EMIS-2017

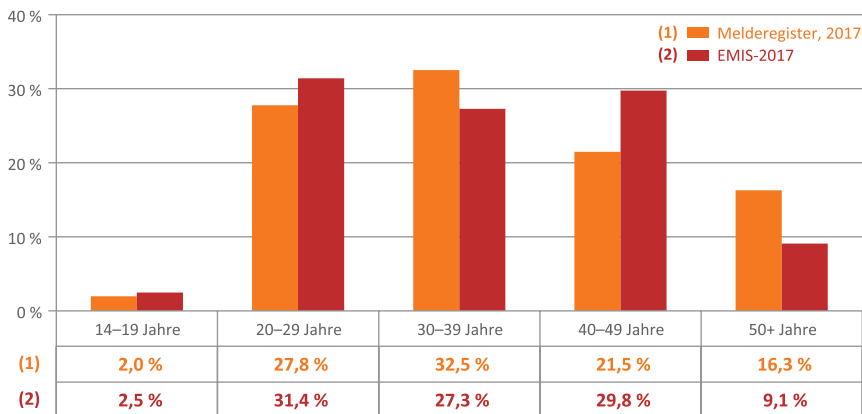


BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

Ein Vergleich der Altersverteilung von HIV-Neudiagnosen bei MSM, die an das HIV-Melderegister gemeldet werden und den selbstberichteten HIV-Neudiagnosen in den letzten 12 Monaten bei EMIS-Teilnehmern zeigt ebenfalls Diskrepanzen, vor allem in höheren Altersgruppen. Dies kann am ehesten durch eine abnehmende Erreichbarkeit älterer MSM durch online-Befragungen erklärt werden. (6)

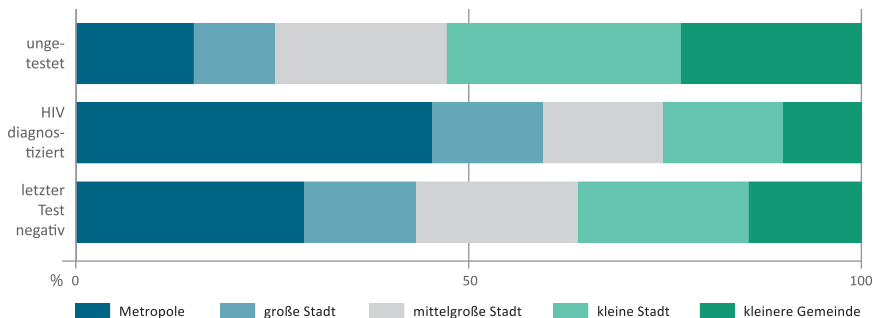
ABBILDUNG 39: HIV-NEUDIAGNOSEN NACH ALTERSGRUPPE:

(1) HIV-MELDERREGISTER 2017 UND (2) EMIS-2017



HIV wird häufiger bei Bewohnern von Metropolen und Großstädten diagnostiziert. Männer aus kleinen Gemeinden sind im Gegensatz dazu häufiger ungetestet. (Abbildung 40, S. 76) Dass Männer mit diagnostiziertem HIV häufiger angeben, in Großstädten wohnen, bedeutet nicht, dass alle Männer sich auch dort infiziert haben – ein unbekannter Teil kann nach der HIV-Diagnose in Metropolen und Großstädte umgezogen sein. Kausale Zusammenhänge und individuelle Motivationen von Lebensentscheidungen wurden in EMIS-2017 nicht erfasst.

ABBILDUNG 40: WOHNORTGRÖSSE UND HIV-STATUS (N=22.661)



HIV-Neudiagnosen in den letzten 12 Monaten werden auf Bundeslandebene in Tabelle 23 (S. 87) dargestellt.

4.2.2. Nicht supprimierte HIV-Replikation

Eine Auswertung der EMIS-Daten nach den Anteilen von Männern mit HIV-Diagnose, die (noch) nicht oder nicht erfolgreich mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden, zeigt ca. 5 % (noch) nicht Behandelte und knapp 5 % der Behandelten mit noch nachweisbarer Viruslast. Bei 90 % der EMIS-Teilnehmer, die eine HIV-Diagnose erhalten haben, lag die Viruslast bei der letzten Messung unterhalb der Nachweisgrenze, und man kann davon ausgehen, dass diese Personen in der Regel nicht mehr infektiös sind. (Abbildung 42, S. 77) Regional differenziert zeigt sich, dass in Berlin, Hamburg, Köln und München Männer mit HIV stärker vertreten sind als im Rest von Deutschland (17,4 % v. 8,4 %), öfters eine antiretrovirale Therapie nehmen (95,6 % v. 94,9 %) und zu einem höheren Anteil keine nachweisbare Viruslast haben (96,6 % v. 94,1 %), d.h. erfolgreich behandelt werden. (Abbildung 43, S. 78) Dies reflektiert möglicherweise den schwierigeren Zugang zur fachärztlichen Versorgung außerhalb von Großstädten.

ABBILDUNG 41: TESTUNGS- UND BEHANDLUNGSKASKADE (N=23.107)

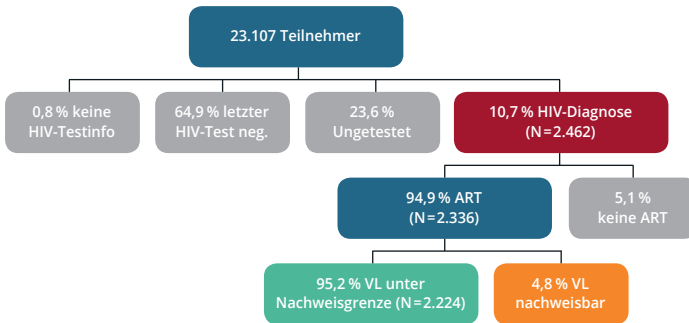
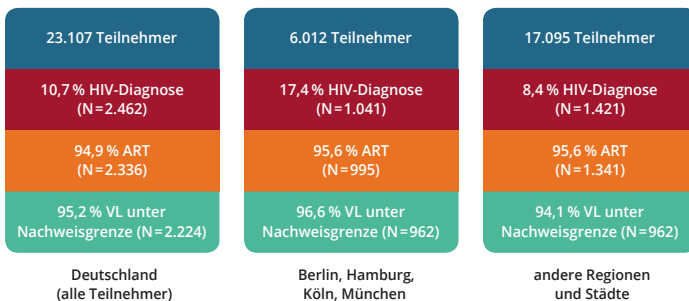


ABBILDUNG 42: TESTUNGS- UND BEHANDLUNGSKASKADE, REGIONAL (N=23.107)

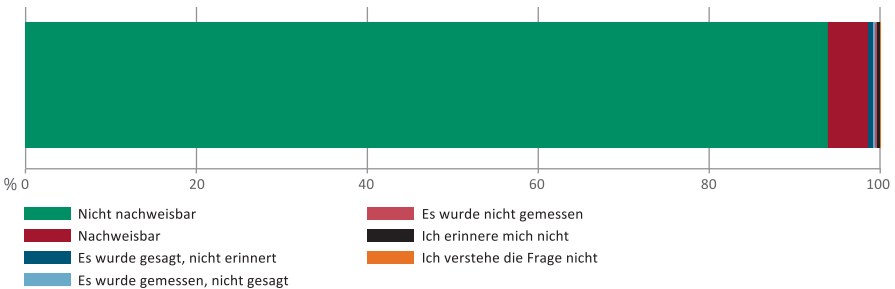


4.2.3. Ergebnis der Viruslastbestimmung

Die Frage nach dem Ergebnis der Viruslastbestimmung bei der letzten Kontrolluntersuchung ist aus verschiedenen Perspektiven wichtig: (1) ob Treatment-as-Prevention bei diesem Teilnehmer als erfolgreiche Präventionsstrategie angesehen werden kann und (2) ob die Person in Behandlung durch medizinische Beratung gute Kenntnisse über Ihre Erkrankung hat. Als Antwortmöglichkeiten der Frage „Was war das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei Ihrer letzten Kontrolluntersuchung?“ wurden die folgenden Möglichkeiten angegeben:

- Nicht nachweisbar
- Nachweisbar
- Es wurde mir gesagt, aber ich weiß es nicht mehr
- Es wurde gemessen, aber das Ergebnis wurde mir nicht mitgeteilt
- Es wurde nicht gemessen
- Ich erinnere mich nicht
- Ich verstehe die Frage nicht

ABBILDUNG 43: ERGEBNIS DER VIRUSLASTBESTIMMUNG (N=2.444)

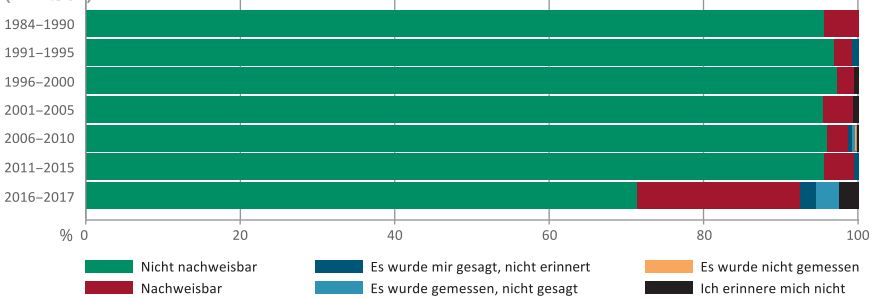


Von den 2.444 Männern, die diese Frage beantworten berichteten 93,8 %, dass die Viruslast bei ihnen nicht nachweisbar sei. Nachweisbar sei sie bei 4,9 %. Weniger als ein Prozent (0,9 %) wussten es nicht bzw. es wurde ihnen nicht gesagt. Lediglich ein Teilnehmer gab an, dass er die Frage nicht verstehe (entspricht 0,05 %).

Etwa 80 % der Männer, die eine Aussage zur Viruslast machen konnten, hatten auch das Jahr ihrer HIV-Diagnose berichtet. Es zeigte sich, dass Männer, die von einer nur kurz zurückliegenden HIV-Diagnose berichteten, häufiger eine nachweisbare Viruslast haben (21,1 %). (Abbildung 44, S. 79) Hier hat eventuell noch keine antiretrovirale Therapie begonnen, bzw. es ist noch nicht lange genug therapiert worden, dass es zur Virussuppression kommen konnte. Zum zeitlichen Zusammenhang zwischen HIV-Diagnose und Therapiebeginn siehe auch Kapitel 5.1.2. (S. 89)

ABBILDUNG 44: ERGEBNIS DER VIRUSLASTBESTIMMUNG UND JAHR DER HIV-DIAGNOSE

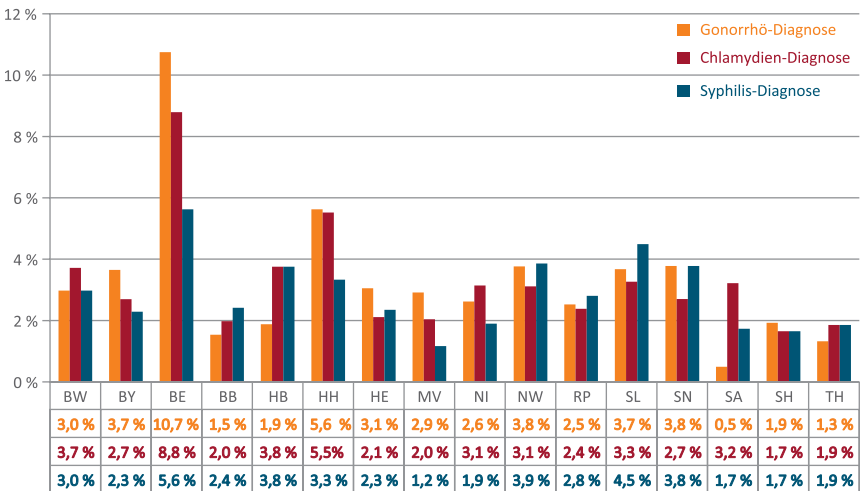
(N = 1.964)



4.2.4. Rezenz von Diagnosen von Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien

Der Vergleich der Verteilung selbstberichteter Diagnosen von Syphilis, Gonorrhö oder einer Chlamydien-Infektion in den letzten 12 Monaten auf Bundesländer zeigt Diskrepanzen zwischen Syphilis und Gonorrhö/Chlamydien, die vermutlich in erster Linie auf regional unterschiedliche Screening-Angebote für symptomlose MSM zurückzuführen sind. (Vgl. Kapitel 7.8)

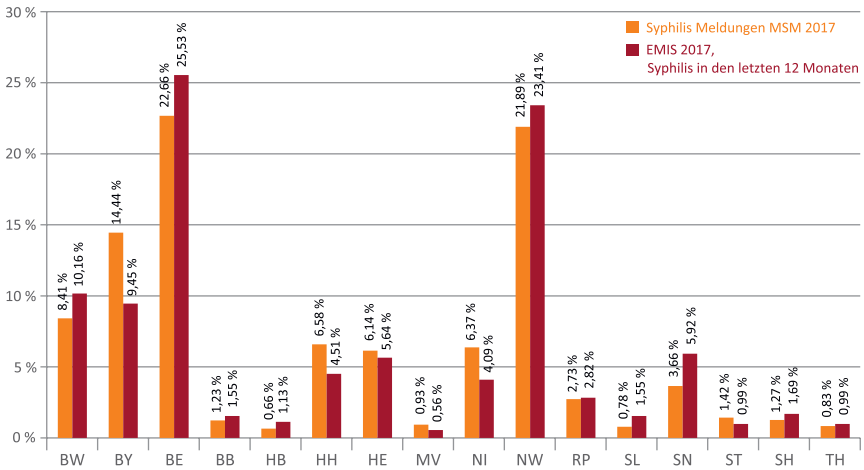
ABBILDUNG 45: GONORRHÖ-, CHLAMYDIEN- UND SYPHILIS-DIAGNOSEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH BUNDESLAND (N=21.648)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

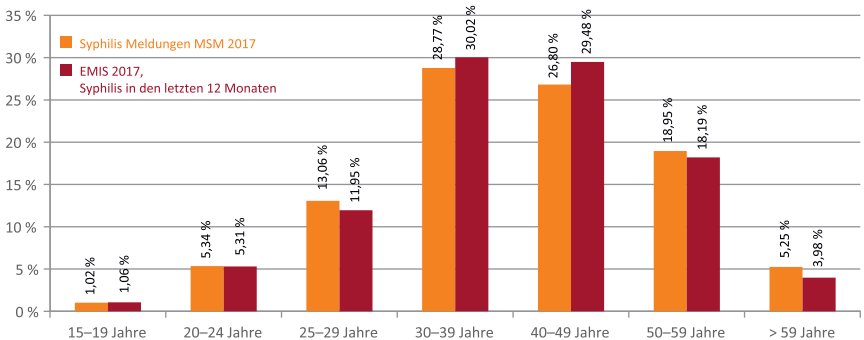
Die prozentuale Verteilung selbstberichteter Syphilis-Diagnosen bei EMIS-Teilnehmern zeigt große Ähnlichkeit mit der Verteilung der Syphilis-Diagnosen bei MSM, die an das Syphilis-Melderegister am RKI berichtet wurden. (Abbildung 46, S. 80) [17] Diskrepanzen können durch die bereits für HIV-beschriebenen Zuordnungsartefakte (vgl. Kapitel 4.2.1) erklärt werden. Dasselbe gilt für den Vergleich der Altersverteilung der Syphilis-Diagnosen. (Abbildung 47, S. 80)

ABBILDUNG 46: SYPHILIS MELDUNGEN BEI MSM, 2017 UNDEMIS-2017 BERICHTETE SYPHILIS IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH BUNDESLAND



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 47: SYPHILIS MELDUNGEN BEI MSM, 2017 UNDEMIS-2017 BERICHTETE SYPHILIS IN DEN LETZTEN 12 MONATEN UND ALTERSGRUPPE



Große Unterschiede bezüglich der Wahrscheinlichkeit einer Diagnose einer Syphilis, Gonorrhö oder Chlamydien-Infektion können zwischen EMIS-Teilnehmern mit und ohne HIV-Diagnose beobachtet werden (Tabelle 21, S. 81). Diese Unterschiede können sowohl auf tatsächliche Unterschiede in der Infektionshäufigkeit als auch auf ein unterschiedliches Angebot und eine unterschiedliche Wahrnehmung von Testangeboten für symptomlose Personen zurückzuführen sein. (Vgl. Kapitel 7.8)

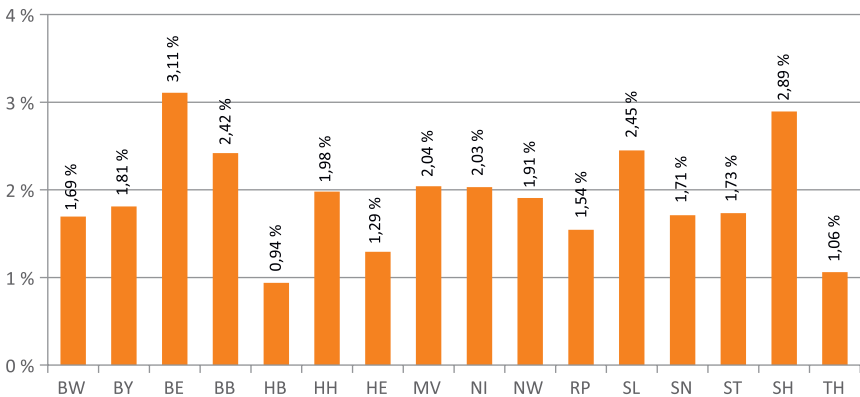
TABELLE 21: ANTEIL TEILNEHMER MIT STI-DIAGNOSE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH HIV-STATUS (N=22.848)

Anteil Teilnehmer mit STI-Diagnose in den letzten 12 Monaten nach HIV-Status	Syphilis	Gonorrhö	Chlamydien
Kein HIV diagnostiziert	1,8 %	3,3 %	2,7 %
HIV diagnostiziert	15,2 %	12,6 %	11,9 %

4.2.5. Erstdiagnose von Anal- oder Genitalwarzen (HPV-Infektion)

Die Unterschiede zwischen Bundesländern bezogen auf die Erstdiagnosehäufigkeit von Genital-/Analwarzen in den letzten 12 Monaten (Abbildung 48, S. 81 und Tabelle 23, S. 87) und die Lebenszeit-Diagnosehäufigkeit einer Hepatitis B (Abbildung 49,

ABBILDUNG 48: ANTEIL TEILNEHMER MIT WARZEN-ERSTDIAGNOSE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH BUNDESLAND (N=21.648)

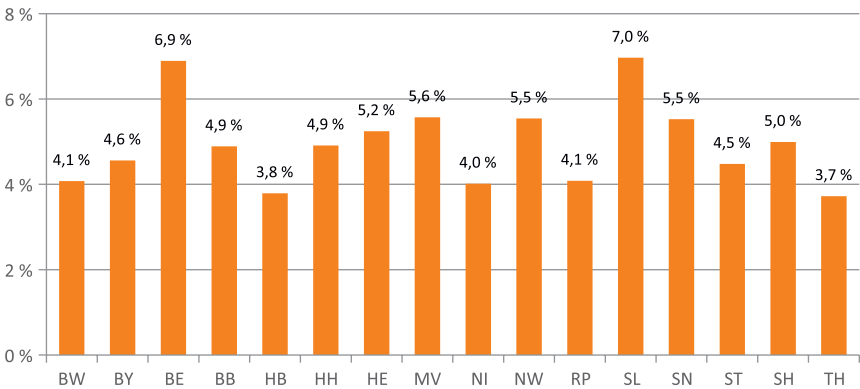


BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

S. 82 und Tabelle 23, S. 87) deutlich geringer. Neben tatsächlichen Unterschieden bei der Infektionshäufigkeit in unterschiedlichen Bundesländern können auch hier die Unterschiede teilweise auf Unterschiede bei der Diagnostik (vgl. Kapitel 7.9, S. 175 und Abbildung 127, S. 179) und bei der Offenlegung der eigenen sexuellen Orientierung gegenüber dem Arzt (vgl. Kapitel 7.8.2) als Voraussetzung für eine auf MSM zugeschnittene Diagnostik zurückführbar sein.

4.2.6. Hepatitis

ABBILDUNG 49: ANTEIL TEILNEHMER JEMALS MIT HBV DIAGNOSTIZIERT (N=21.555)



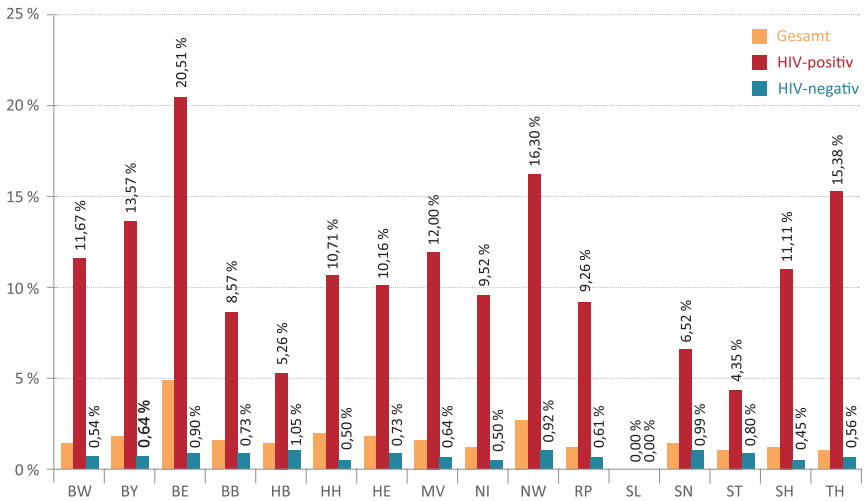
BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

Bezogen auf die Diagnose einer Hepatitis C zeigen sich sehr große Unterschiede zwischen Teilnehmern mit und ohne HIV-Diagnose. Bei Teilnehmern mit HIV-Diagnose wurde eine Hepatitis C etwa zehnmals häufiger diagnostiziert als bei Teilnehmern ohne HIV-Diagnose. Nur zu einem sehr kleinen Anteil ist diese Diskrepanz auf eine unterschiedlich häufige Hepatitis-C-Diagnostik zurückzuführen. Stattdessen beruht er im Wesentlichen auf höheren verhaltensbedingten Risiken für eine HCV-Infektion bei Männern mit HIV-Diagnose. Dazu zählen u. a. häufigerer injizierender Substanzkonsum, häufigerer Konsum von Chemsex-Substanzen, v. a. im Kontext von Chemsex-Parties und Gruppensex, bei dem es auch zur gemeinsamen Benutzung von Sex-Toys kommt. Die vermehrte Gelegenheit für dieses Verhalten in Großstädten wie Berlin und Köln spiegelt sich auch in den dort höheren HCV-Diagnosehäufigkeiten wider. (Abbildung 50, S. 83)

TABELLE 22: HCV-STATUS NACH HIV-STATUS (N=23.107)

HCV-Status	HIV-positiv	kein HIV	Gesamt
aktiv infiziert mit HCV	1.2 %	0.02 %	0.2 %
jemals infiziert mit HCV	14.3 %	0.8 %	2.2 %
Spontanheilung von HCV	18.1 %	39.9 %	25.0 %

ABBILDUNG 50: ANTEIL TEILNEHMER JEMALS MIT HCV DIAGNOSTIZIERT UND HIV-STATUS (N=23.107)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

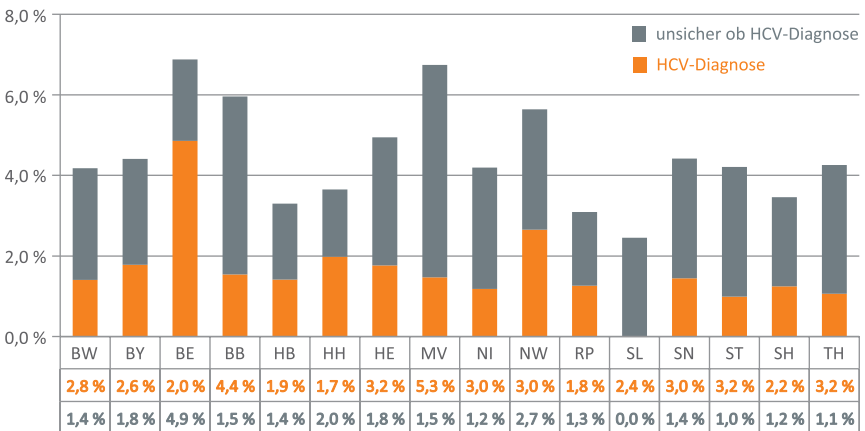
4.3. Variation der Morbiditäten nach Bundesland/Stadtgröße

Die Anteile der EMIS-Teilnehmer pro Bundesland mit moderater/ausgeprägter depressiver Verstimmung, Suizidgedanken, Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit, fehlender sexueller Zufriedenheit, einer HIV-Diagnose jemals bzw. in den letzten 12 Monaten, der Diagnose einer Syphilis-, Gonorrhö-, oder Chlamydieninfektion, der Erstdiagnose von Genital- oder Analwarzen, und der Lebenszeitdiagnose einer Hepatitis-B- oder Hepatitis-C-Infektion werden in Tabelle 23 (S. 87) wiedergegeben.

Der Vergleich der Anteile der Teilnehmer mit Infektionsdiagnose mit der Bundeslandverteilung aller EMIS-Teilnehmer zeigt:

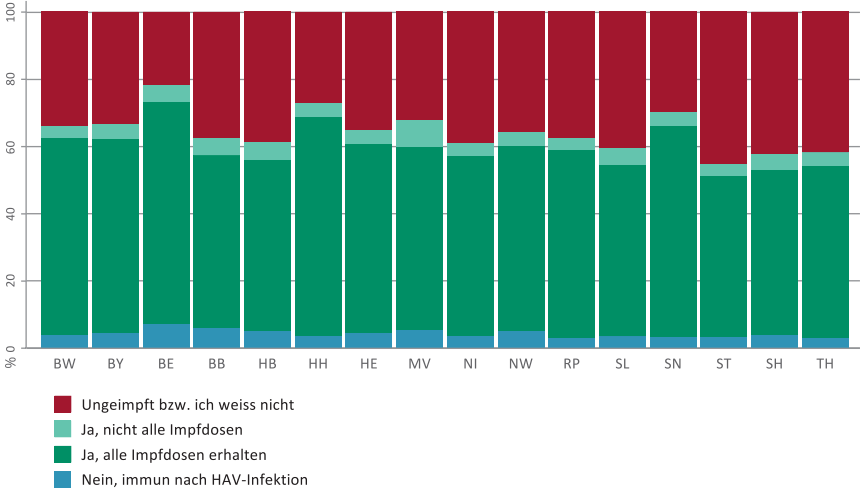
- Ein deutlich erhöhtes HCV-Infektionsrisiko in Berlin. Dies ist wahrscheinlich am ehesten durch vermehrte Möglichkeiten für HCV-Übertragungen, z. B. bei Sexparties und im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Chemsex-Substanzen, in Berlin erklärbar.
- Ein erhöhtes Risiko für eine Lebenszeitdiagnose einer Hepatitis B in Berlin, obwohl der Anteil der Hepatitis B-Geimpften in Berlin überdurchschnittlich hoch ist und der Anteil der Ungeimpften besonders niedrig ist. Möglicherweise ist die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Lebenszeitdiagnose von Hepatitis B in Berlin primär durch den Zuzug von HIV-Infizierten nach Berlin bedingt, da diese häufig vor der HIV-Diagnose bereits eine Hepatitis B Infektion durchmachten.
- Eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer Gonorrhö oder Chlamydieninfektion in Berlin und deutlich erniedrigte Wahrscheinlichkeit für eine solche Diagnose in Nordrhein-Westfalen. Diese Unterschiede sind wahrscheinlich am ehesten durch Unterschiede beim Testangebot für MSM ohne spezifische Symptome (Screening) und der Testhäufigkeit zu erklären.
- Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Erstdiagnose von Anal- oder Genitalwarzen in Berlin. Auch dieser Unterschied hängt wahrscheinlich mit der deutlich häufigeren ärztlichen Inspektion des Genitales und der Analregion im Rahmen von STI-Untersuchungen in Berlin zusammen. (Vgl. Kapitel 7.9; Abbildung 127, S. 179)

ABBILDUNG 51: ANTEIL TEILNEHMER MIT HCV-DIAGNOSE NACH BUNDESLAND (N=21.607)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 52: HEPATITIS-A-STATUS UND BUNDESLAND (N=21.546)



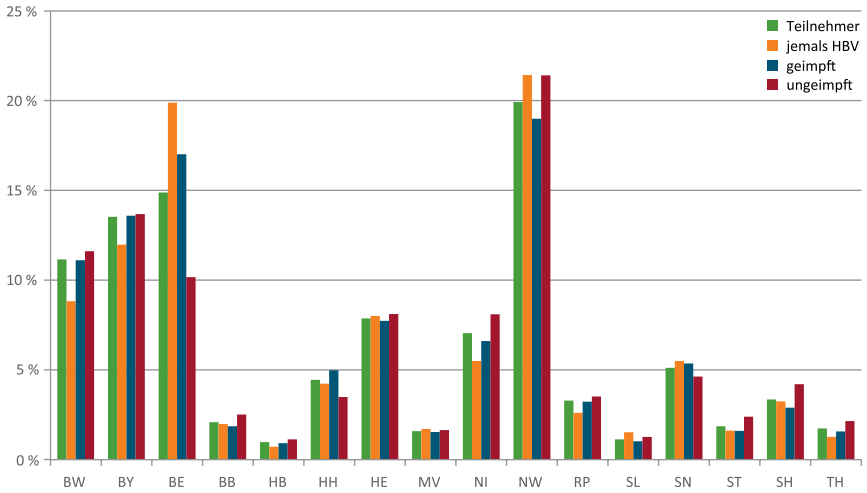
BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 53: HEPATITIS-B-STATUS UND BUNDESLAND (N=21.555)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

ABBILDUNG 54: VERTEILUNG ALLER TEILNEHMER AUF BUNDESLÄNDER, NACH HBV-IMMUNSTATUS (INFIZIERT, GEIMPFT, UNGEIMPFT) (N=21.555)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

4.4. Erkrankungen (Bundeslandtabellen)

TABELLE 23: BUNDESLANDTABELLE: ERKRANKUNGEN (N=21.648)

Bundesland	Anzahl Befragte	schwere depressive Verstimmung in den letzten 14 Tagen	Alkoholabhängig	HIV-Prävalenz	HIV-diagnose in den letzten 12 Monaten	Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten	Gonorrhö-Diagnose in den letzten 12 Monaten	Chlamydien-Diagnose in den letzten 12 Monaten	jemals mit Warzen diagnostiziert	jemals HBV-Diagnose erhalten	jemals HCV-Diagnose erhalten
N		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Baden-Württ.	2.420	4,3	15,7	20,2	7,5	0,54	3,0	3,0	3,8	13,9	1,4
Bayern	2.930	4,8	16,1	22,1	8,9	0,45	2,3	3,7	2,8	15,2	1,8
Berlin	3.219	5,6	16,3	26,8	19,7	0,66	5,7	10,9	9,1	27,8	4,9
Brandenburg	455	6,3	14,9	23,3	7,8	0,72	2,4	1,6	2,0	12,7	1,6
Bremen	213	4,9	18,0	19,2	9,1	0,52	3,8	1,9	3,9	14,6	1,4
Hamburg	960	4,7	15,6	23,5	14,8	0,61	3,4	5,8	5,7	20,8	2,0
Hessen	1.703	6,0	15,2	21,0	11,0	0,53	2,4	3,1	2,2	13,6	1,8
Mecklenb.-Vorp.	343	4,1	14,4	25,1	7,4	0,63	1,2	2,9	2,1	10,1	1,5
Niedersachsen	1.527	5,3	15,5	18,6	6,9	0,63	1,9	2,7	3,2	11,9	1,2
Nordrhein-Westf.	4.302	5,6	16,4	21,0	10,8	0,73	3,9	3,9	3,2	17,0	2,7
Rheinland-Pfalz	713	5,1	14,4	21,7	7,8	0,31	2,8	2,6	2,4	11,2	1,3
Saarland	245	6,6	19,3	21,1	9,5	0,90	4,6	3,7	3,3	11,7	0,0
Sachsen	1.111	3,3	14,1	23,2	8,3	0,98	3,8	3,8	2,8	12,1	1,4
Sachsen-Anhalt	404	5,8	15,2	20,8	5,8	0,53	1,8	0,5	3,3	7,8	1,0
Schleswig-Holst.	726	5,9	15,9	19,1	6,3	0,15	1,7	2,0	1,7	13,5	1,2
Thüringen	377	3,0	13,8	20,7	3,5	0,55	1,9	1,4	2,0	7,0	1,1
Total	21.648	5,1	15,8	22,0	10,7	0,60	3,3	4,4	4,0	16,4	2,2

5. RISIKOVERHALTEN UND SCHUTZMASSNAHMEN

5.1. HIV-Behandlung bei Männern mit HIV

5.1.1. Prävalenz der antiretroviralen Behandlung von HIV

Von den 2.458 mit HIV diagnostizierten Männern berichteten 96,0 %, dass sie jemals eine gegen HIV gerichtete medikamentöse Behandlung genommen haben, 2,4 % verneinten dies und 1,6 % wussten es nicht. Derzeit eine medikamentöse Behandlung nehmen 95 %, 0,6 % verneinten dies und 4,4 % beantworteten die Frage nicht. (Tabelle 24, S. 88) Eine ärztliche Verlaufskontrolle innerhalb der letzten 6 Monate wurde von 98 % berichtet, bzw. innerhalb des letzten Jahres von 99 % der Befragten. Lediglich 21 Männer (0,9 %) berichteten, dass sie noch nie oder vor mehr als 5 Jahren eine Verlaufskontrolle hatten.

TABELLE 24: ART-EINNAHME VON MÄNNERN MIT DIAGNOSTIZIERTER HIV-INFEKTION (N=2.458)

% jemals Einnahme antiretroviraler Medikation, Männer mit HIV Diagnose (N=2.458)		% aktuell Einnahme antiretroviraler Medikation, Männer mit HIV Diagnose (N=2.398)	
Nein	2,4 %	Nein, niemals	1,9 %
		Nein, aktuell nicht	0,6 %
Ja	96,0 %	Ja	97,5 %
Ich weiß es nicht	1,6 %		
Gesamt	100,0 %		100,0 %

Als Grund bzw. Gründe für die Nichteinnahme einer antiretroviralen Therapie wurde am häufigsten angegeben, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin dies im Moment nicht für notwendig erachtete (31 %), die Diagnose erst kürzlich gestellt worden sei (16 %) und Befragte dies nicht für notwendig erachteten (14 %). Andere Gründe wie z. B. dass andere Personen es bemerken könnten, man nicht jeden Tag an die Krankheit erinnert werden möchte (7 %) und die Vermeidung von Nebenwirkungen (6 %) wurden seltener angegeben. Nicht zu wissen, wo man sich behandeln lassen kann und Kosten der Behandlung wurden von 5 % angegeben. Ein fehlen-

der Krankenversicherungsschutz, wurde von zwei Personen (2,5 %) angegeben. Die Nichtbehandlung basiert in Deutschland also vor allem auf medizinischer Beratung und der eigenen Entscheidung, oder sie ist auf eine erst kürzlich gestellte Diagnose zurückzuführen. (Tabelle 25, S. 89)

TABELLE 25: GRUND FÜR NICHEINNAHME VON ANTIRETROVIRALER MEDIKATION (N=18)

Grund für die Nichteinnahme von antiretroviraler Medikation (N=81)	Anzahl	Antworten (%)	Mehrfachantworten (%)
Mein Arzt/meine Ärztin sagt, ich benötige im Moment noch keine Behandlung	25	30,9 %	42,4 %
Meine Diagnose liegt erst kurz zurück	13	16,1 %	22,0 %
Ich finde es nicht notwendig	12	14,8 %	20,3 %
Ich möchte nicht jeden Tag an HIV erinnert werden	6	7,4 %	10,2 %
Um Nebenwirkungen zu vermeiden	5	6,2 %	8,5 %
Ich befürchte, dass andere Leute es merken	5	6,2 %	8,5 %
Anderer Grund	5	6,2 %	8,5 %
Ich kann mir die Kosten einer Behandlung nicht leisten	4	4,9 %	6,8 %
Ich weiß nicht, wo ich mich behandeln lassen kann	4	4,9 %	6,8 %
Ich habe keine Krankenversicherung	2	2,5 %	3,4 %
Total	81	100,0 %	137,3 %

5.1.2. Zeitdifferenz zwischen Diagnose und Behandlung

Von den Teilnehmern unter medikamentöser Behandlung hat ein Viertel mit der Behandlung innerhalb von 4 Wochen nach Diagnosestellung begonnen und ein weiteres Viertel innerhalb des gleichen Jahres.¹ Innerhalb von 3 Jahren hatten 75 % der mit HIV Diagnostizierten eine medikamentöse Therapie begonnen. Ein früher Therapiestart reflektiert die aktuellen Empfehlungen: 44 % der Männer, die ihre Diagnose in den letzten 12 Monaten erhielten, begannen innerhalb eines Monats eine medikamentöse Therapie und weitere 10 % innerhalb von 2 Monaten. 5 Jahre zuvor war ein ähnlicher Anteil (54 %) erst nach 6 Monaten in medikamentöser Behandlung – vor 10 Jahren dauerte es noch fast 2 Jahre, bis die Hälfte der Diagnostizierten eine Therapie begonnen hatte. (Abbildung 55, S. 90; Tabelle 26, S. 90)

¹ Bei einigen war die Diagnose so rezent, dass ein möglicher früher Therapiebeginn nicht in den Daten reflektiert sein könnte (34 % hatten keine Angabe zur Behandlung gemacht.)

ABBILDUNG 55: HIV-DIAGNOSEJAHR UND ANZAHL MONATE ZWISCHEN DIAGNOSE UND THERAPIESTART (N=1.640)

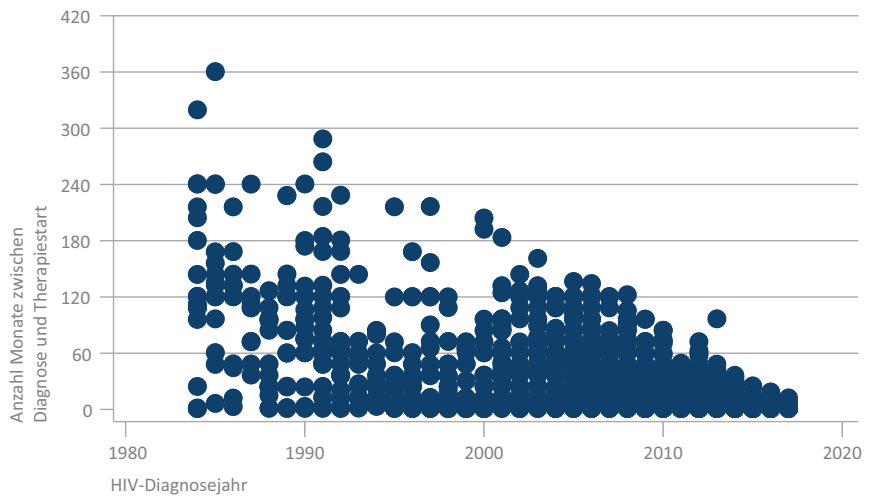


TABELLE 26: MITTLERE DAUER IN MONATEN ZWISCHEN DIAGNOSE UND ART-BEGINN (N=2.049)

Diagnosejahr	Anzahl	Mittlere Dauer in Monaten zwischen Diagnose und ART-Beginn
1984–1990	113	101,1
1991–1995	128	51,9
1996–2000	181	27,6
2001–2005	283	42,0
2006–2010	505	25,3
2011–2015	562	8,8
2016–2017	207	1,9
Gesamt	1.979	27,8

5.2. HIV-Chemoprophylaxe (PEP und PrEP) – Bedarf und Einnahme

5.2.1. PEP – Bedarf und Einnahme

Die Postexpositionsprophylaxe bietet mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Schutz vor einer HIV-Infektion nach einem Expositionsrisiko, zum Beispiel nach einem Safer-Sex-Unfall, wenn ein Kondom gerissen oder abgerutscht ist, oder kein Kondom verwendet wurde. Die zeitnahe Einnahme der Medikamente, die für vier Wochen genommen werden, ist dabei essenziell. Ideal ist der unverzügliche Beginn der Einnahme, möglichst innerhalb von 24 Stunden, spätestens innerhalb von 72 Stunden. Wird mit der Einnahme einer Postexpositionsprophylaxe später als 36 Stunden begonnen, erachtet man sie nur noch als eingeschränkt wirksam. Deswegen sind Kenntnisse zur PEP und eine rasche Verfügbarkeit der PEP entscheidend.

5.2.2. Unzureichende Kenntnisse zur PEP

Von PEP gehört haben in der Altersgruppe der Männer unter 25 Jahren 48,8 %, bei den 25 bis 39-Jährigen 68,5 % und bei den über 40-Jährigen 64,4 %. Mehr als die Hälfte der Männer in der jüngsten Altersgruppe weiß also nicht, dass man sich post hoc vor einer HIV-Infektion schützen kann.

5.2.3. Wissen zur PEP

Anhand von drei zutreffenden Aussagen wurde der Kenntnisstand zur PEP erhoben: (1) Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt war (z. B. nach ungeschütztem Analverkehr). (2) Eine PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden. (3) Eine PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden, am besten innerhalb weniger Stunden“. Jede der drei Aussagen konnte mit „Das wusste ich bereits“, „Darüber war ich mir nicht sicher“, „Das wusste ich noch nicht“, „Ich verstehe das nicht“ und „Ich glaube nicht, dass das stimmt“ bewertet werden. Wichtig für die zeitnahe Einnahme nach einem Risiko waren das Verständnis eine Exposition (Aussage 1) und der zeitnahe Beginn (Aussage 3). Dass Medikamente für den Zeitraum von einem Monat eingenommen werden müssen (Aussage 2) hingegen wurde nicht als wesentlich für eine PEP gesehen, da dies auch mit den Verschreibenden thematisiert wird. Für das Wissen zur PEP wurden vier Kategorien gebildet: (1) Alles bereits bekannt, (2) nicht immer sicher, (3) eher unsicher, und (4) Unverständnis.

Männer, die alle Aussagen mit „Das wusste ich bereits“ bewerteten, wurden der Kategorie „alles bereits bekannt“ zugeordnet. Mindestens eine Antwort „Darüber war ich mir nicht sicher“ platzierte den Antwortenden in die Kategorie „nicht immer sicher“; die Antwort „Das wusste ich nicht“ designierte die Kategorie „eher unsicher“. Männer, die mindestens eine der Aussagen mit „Ich verstehe das nicht“ oder „Ich glaube nicht, dass das stimmt“ bewerteten wurden der Kategorie „Unverständnis“ zugeordnet. Einschätzungen der Aussage zur PEP-Dauer mit „Das wusste ich noch nicht“ oder „Darüber war ich mir nicht sicher“ führten nicht zu einer niedrigeren Einstufung. Alles bereits bekannt zur PEP war mehr als einem Drittel der Antwortenden (34 %), 22 % waren sich nicht immer sicher. Eher unsicher waren sich 39 % und 5 % zeigten Unverständnis. Der Anteil der Teilnehmer pro Bundesland, die sich bei den PEP-Wissensfragen eher unsicher waren oder Unverständnis zeigte, ist als „Fehlendes PEP-Wissen“ in der Bundeslandtabelle am Ende von Kapitel 6 wiedergegeben.

5.2.4. Erhalt von PEP

Die Einschätzung, ob man eine PEP erhalten würde, wenn man sie bräuchte, ist ein Faktor, der die Selbstwirksamkeitseinschätzung reflektiert. Männer, die bisher noch nicht auf eine HIV-Infektion getestet worden sind, sind sich zu 18,5 % sehr oder ziemlich sicher, dass sie eine PEP erhalten würden, wenn sie eine bräuchten. Mit 43,3 % ist der Anteil bei Männern, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen ist, mehr als doppelt so groß. Unabhängig vom HIV-Teststatus zeigte sich ein deutlicher Unterschied in der Einschätzung Zugang zur PEP zu erhalten abhängig von der Wohnortgröße: Mehr als die Hälfte (52,6 %) der Männer, die in Metropolen mit mehr als einer Million Einwohnern wohnen, seien sich ziemlich oder sehr sicher, eine PEP im Bedarfsfall zu erhalten. Bei Männern aus kleinen Städten (10.000–99.000 Einwohnern) gaben dies nur 34,2 % an, in kleineren Gemeinden bis zu 10.000 Einwohnern ging der Anteil weiter auf 30,2 % zurück.

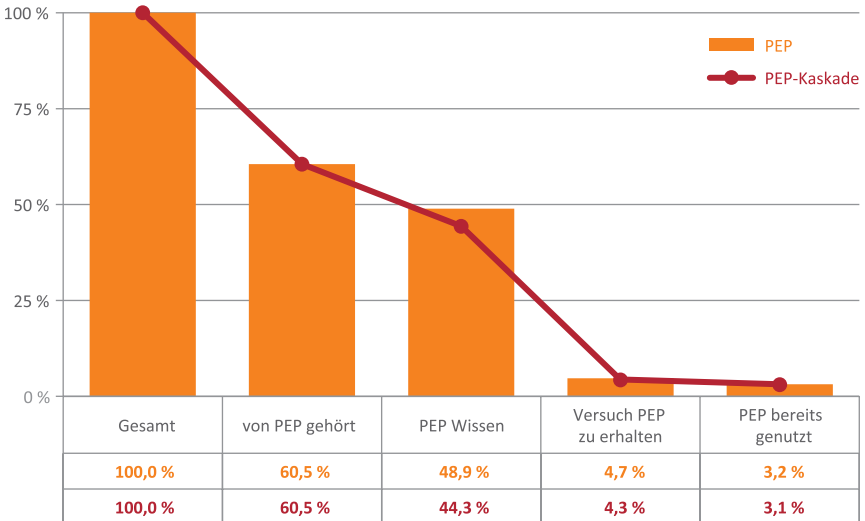
Die Einschätzung Zugang zur PEP zu erhalten unterscheidet sich auch nach Geburtsland der Befragten: Personen, die in Deutschland geboren wurden schätzen zu 39,2 %, dass sie sicher oder ziemlich sicher Zugang zur PEP hätten. Bei Personen, die in der Region West geboren wurden, sind es 49,2 %, aus den USA oder Kanada 47,5 %, aus EU-Mitgliedsländern in Südost-Europa 43,2 % und 42,6 % aus Afrika. Dies mag zum einen damit zusammenhängen, dass nach Deutschland migrierte Männer vermehrt in großen Städten leben und einen hohen Bildungsstand haben, zum anderen auch mit einer zum Teil leichteren Verfügbarkeit der PEP in anderen Ländern.

Das Alter der Befragten ist ebenfalls ein wichtiger Faktor. Während sich nur 25,6 % der unter 20-Jährigen sehr oder ziemlich sicher ist, sind dies bei den 25- bis 29-Jährigen 37,6 %, steigt bei den 35- bis 39-Jährigen weiter auf 41,8 % und ist in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen mit 48,1 % am höchsten.

5.2.5. PEP-Kaskade

Die Einnahme einer PEP ist stark abhängig von dem Wissen, dass es diese Möglichkeit in einem begrenzten Zeitfenster gibt und dem tatsächlichen Erhalten der Medikation. Von allen 20.454 HIV-negativen oder HIV-ungetesteten Männern hatte 60,5 % von der PEP gehört. Das Wissen dazu (vgl. 5.2.3, oben, S. 91) wird bei 48,9 % als ausreichend eingeschätzt, jedoch haben die Befragten hier nur eine wahrheitsgemäße Antwort bewertet und nicht gezeigt, dass sie dieses Wissen auch ohne die Vorgabe des Fragebogens in einem akuten PEP-Bedarfsfall präsent gehabt hätten. Dies zeigt sich u. a. darin, dass 48,9 % PEP-Wissensfragen als bekannt einstufen, von denen jedoch einige (N=326) vorher angegeben hatten, noch nichts über die PEP gehört zu haben oder nicht sicher zu sein, ob sie wüssten, was PEP ist (N=514). Dies erklärt den niedrigeren Anteil mit PEP-Wissen in der PEP-Kaskade (44,3 %). Bei einem Teil der Befragten handelt es sich daher möglicherweise lediglich um passives Wissen, oder der Begriff der PEP war ihnen nicht geläufig und wurde erst nach den Erklärungen in den folgenden Fragen verstanden. In der Selbstwirksamkeit die PEP zu erhalten bzw. bereits die PEP genutzt zu haben fanden sich nur geringe Unterschiede. (Abbildung 56, S. 93)

ABBILDUNG 56: HIV-POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE: WISSEN ZUR PEP, VERSUCH EINE PEP ZU ERHALTEN UND VERWENDUNG VON PEP (N=20.454)



5.3. PrEP – Bedarf und Einnahme

Eine finanziell erschwingliche Präexposition prophylaxe ist seit September 2017 in Deutschland mit Privatrezept erhältlich, als Leistung der Krankenkasse seit dem 01.09.2019. Zum Zeitpunkt der Befragung war die PrEP eine für viele, aber nicht für alle erschwingliche (ca. 50 Euro für Medikamente/Monat, ohne Laboruntersuchungen) Präventionsmöglichkeit.

5.3.1. Mangelnde Kenntnis von PrEP

Insgesamt haben 60,3 % der Befragten bereits von der PrEP gehört. Der Kenntnisstand unterscheidet sich stark nach HIV-Teststatus. Von den ungetesteten Personen haben 36,9 % von der PrEP gehört, bei Personen mit negativem HIV-Test waren es 64,6 % und bei mit HIV Diagnostizierten 86,4 %. Das Alter hatte hier einen weniger starken Einfluss: bei den unter 25-jährigen hatten 50,3 % davon gehört, bei den über 40-jährigen 57,7 % und bei den 25- bis 39-jährigen 66,5 %. Die Wohnortgröße hatte dagegen einen starken Einfluss: fast doppelt so viele Personen aus Metropolen (79,7 %) kennen die PrEP im Vergleich zu Männern aus kleinen Gemeinden (41,4 %).

5.3.2. Absicht einer PrEP-Einnahme

Die Frage, ob jemand die PrEP nehmen würde, entkräftete diese realen Hürden in der Formulierung „Wenn die PrEP für Sie verfügbar und bezahlbar wäre, wie wahrscheinlich wäre es, dass Sie die PrEP nehmen?“ mit den Antwortmöglichkeiten „sehr unwahrscheinlich“, „ziemlich unwahrscheinlich“, „ich bin mir nicht sicher“, „ziemlich wahrscheinlich“ und „sehr wahrscheinlich“. Ein Drittel der Befragten war sich nicht sicher, jeweils ein weiteres Drittel fand es wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich.

5.3.3. Wissen zur PrEP

Der Kenntnisstand zur PrEP wurde mit drei wahrheitsgemäßen Aussagen erfasst: (1) „Bei der HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Sex, um sich vor HIV zu schützen“, (2) „Die PrEP kann als tägliche Tablette eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat“, (3) Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 Tabletten 24 Stunden vor dem Sex, und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Dosis eingenommen werden.“

Die letzte Einnahmeweise wurde und wird weiterhin in Deutschland nicht empfohlen. Da EMIS-2017 jedoch international durchgeführt wurde, wurde diese Option beibehalten, vor allem auch, da sie in der Community bereits bekannt war und sich so bei einigen die Anzahl der benötigten Tabletten pro Monat reduzieren lässt und Kosten eingespart werden können.

Am häufigsten wurden alle drei Aussagen mit „das wusste ich noch nicht“ eingestuft (34 %). Dass alle drei Aussagen bereits bekannt waren, ist die am zweithäufigsten genannte Kombination von 20 % der Befragten. Auch hier zeigte sich wieder eine Korrelation mit der Wohnortgröße. Personen mit Wohnsitz in einer Metropole haben mit 27 % am häufigsten drei Mal die Option „das wusste ich bereits“ ausgewählt, der Anteil ging mit der Wohnortgröße zurück und lag bei Personen mit Wohnsitz in einer kleineren Gemeinde knapp unter 13 %. Invers zeigte sich die Verteilung von „das wusste ich noch nicht“ bei allen Aussagen: In Metropolen war dies in 18 % der Antworten der Fall, in kleineren Gemeinden stieg der Anteil auf 50 % unter allen Antwortkombinationen. Weniger stark ausgeprägt waren die Unterschiede in den Altersgruppen: 30 % der 25- bis 29-Jährigen gaben an, dieses Wissen noch nicht zu haben, bei den über 40-Jährigen waren es 35 % und bei den unter 25-Jährigen 44 %. Der Altersunterschied bei der Einstufung als bekanntes Wissen war jedoch geringer: bei den unter 25-Jährigen waren dies 15 %, bei allen über 25 Jahren 21 %.

Zusammenfassend zeigte sich, dass das Community-Wissen zur PrEP vor allem bei Personen aus kleinen Gemeinden noch unzureichend war und bisher Männer älter als 25 Jahre besser mit diesen Informationen erreicht worden sind.

5.3.4. Information zur PrEP durch einen Arzt/Ärztin/Mitarbeiter*in des Gesundheitsdienstes

Von einem Arzt oder einer Ärztin oder sonstigen Mitarbeiter*innen des Gesundheitsdienstes wurden 7,2 % der Teilnehmer auf die Möglichkeit der PrEP angesprochen. Auch hier war es bei den Männern unter 25 Jahren der geringste Anteil mit 4,7 %, bei den über 40-Jährigen waren dies 6,8 % und bei den 25- bis 39-Jährigen 8,5 %. Einen starken Einfluss hatte die Wohnortgröße: in Metropolen lag der Anteil bei 12,9 % und sank in kleineren Gemeinden auf 3,2 %. Solche Informationsgespräche fanden bei 39,9 % in einer (fach-) ärztlichen Praxis bzw. HIV-Schwerpunktpraxis und bei 38,3 % in einem Gesundheitsamt, einer Aidshilfe oder einem Checkpoint statt. Häufig wurden auch allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Praxen (21,3 %) genannt. Bei den Freitextantworten (7,4 %) wurden private Kontakte zu Ärzt*innen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen von Selbsthilfeorganisationen, Outreach-Arbeit z. B. in Saunas und auf dem CSD (Christopher Street Day) am häufigsten genannt.

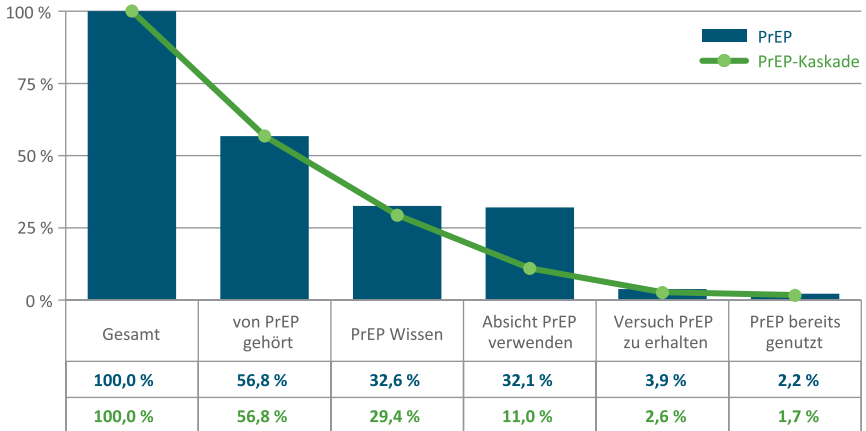
Versucht die PrEP zu bekommen haben nur 3,7 % (N=856) der Befragten, auch hier waren Personen aus Metropolen am stärksten vertreten (6,6 %; N=411).

Jemals die PrEP eingenommen haben 513 Männer, davon gaben 62,4 % (N=320) an, sie täglich zu nehmen und 25,7 % (N=132) bei Bedarf, aber nicht täglich. Die PrEP wurde von 7,8 % (N=40) aktuell nicht mehr eingenommen und 4,1 % (N=21) der Befragten gaben an, sich nicht mehr daran zu erinnern. Obwohl die PrEP zu diesem Zeitpunkt noch keine Krankenkassenleistung war, berichtete die Mehrheit, die PrEP täglich einzunehmen. Vor Beginn der Einnahme hatten 391 Personen mit einem Arzt gesprochen: Dies waren 88 % der Personen, die die PrEP täglich einnehmen und 60 % derer, die PrEP bei Bedarf nehmen. Etwas mehr als die Hälfte (54,5 %) berichtete, für die PrEP ein ärztliches Rezept erhalten bzw. die PrEP verschrieben bekommen zu haben. Am häufigsten wurde die PrEP in einer (fach-) ärztlichen Praxis (72,1 %) oder allgemeinmedizinischen oder hausärztlichen Praxis (23,4 %) verschrieben. Die Adhärenz der Einnahme scheint hier auch mit der medizinischen Beratung zu korrelieren.

5.3.5. PrEP-Kaskade

Ob jemand die PrEP nutzt, hängt von vielen Faktoren ab. Am wichtigsten ist die Kenntnis über diese Präventionsmöglichkeit und ein Wissen, wie sie verwendet wird. Von 20.454 HIV-negativen oder HIV-ungetesteten Männern haben 56,8 % berichtet, von der PrEP gehört zu haben. Das Wissen dazu (5.3.3, oben, S. 94) wird bei ca. 30 % als ausreichend eingeschätzt. Während insgesamt ähnlich viele Männer (32,1 %) angegeben hatten, dass sie die Absicht haben, die PrEP zu verwenden, unterscheiden sich diese im Wissen, das sie zur PrEP haben. Hier zeigte sich, dass auch Männer deren Wissen zur PrEP als ungenügend eingeschätzt wird, an dieser Präventionsmöglichkeit interessiert sind und sie auch bereits nutzen. In der Untergruppe von Männern, die ein solides Wissen zur PrEP haben, besteht bei 37 % die Absicht, diese auch tatsächlich zu nutzen (das entspricht 11 % des Gesamt-Samples). Die Diskrepanzen zwischen den Anteilen am Gesamt-Sample und in der PrEP-Kaskade (in der jeweils nur diejenigen in einer neuen Stufe betrachtet werden, die auch die Kriterien für die vorhergehende Stufe erfüllt haben) zwischen dem Versuch die PrEP zu erhalten und aktueller oder bereits vergangener Nutzung von PrEP ist in erster Linie ebenfalls auf Personen zurückzuführen, deren Wissen zur PrEP auf Grund ihrer Antworten auf die Wissensfragen als ungenügend kategorisiert wurde. Abbildung 57 (S. 97) stellt mit den Balken die absoluten Anteile der verschiedenen Themen dar, mit der Linie die Kaskade derer, die die vorhergehenden Themen entweder affirmativ beantworteten und Interesse bekundeten, solide Kenntnisse in den Wissensfragen hatten oder beabsichtigten, die PrEP zu erhalten oder dies bereits erfolgreich getan haben.

ABBILDUNG 57: HIV-PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE: WISSEN ZUR PREP, VERSUCH EINE PREP ZU ERHALTEN, VERWENDUNG VON PREP (N=20.454)



5.3.6. Bezugsquellen der PrEP-Medikation

Als Bezugsquelle für Tabletten haben die Mehrheit Apotheken angegeben (32,7 % (176) Apotheke; 28,4 % (153) Online-Apotheke), 10,0 % (54) eine (fach-) ärztliche Praxis bzw. HIV-Schwerpunktpraxis und 9,9 % (53) im Rahmen einer PrEP-Studie. Bei den weiteren Bezugsquellen fällt auf, dass 6,5 % (35) berichteten, die Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt zu haben und 2,4 % (13) sich PEP Medikamente verschreiben haben lassen, um diese als PrEP zu verwenden.

5.4. Impfung gegen Hepatitis A und B

Gegen Infektionen mit dem Hepatitis-A- (HAV) und -B-Virus (HBV) gibt es effektive Impfstoffe und eine Impfpflicht der STIKO (Ständigen Impfkommission) für alle Männer die Sex mit Männern haben. In diesem Abschnitt betrachten wir Faktoren, die mit den Impfquoten korrelieren, wie das Alter der Befragten, den Migrations- und HIV-Teststatus, die Einwohnerzahl des Wohnorts und – falls der Befragte bereits auf STIs getestet wurde – ob die ausführenden Ärzt*innen bzw. Berater*innen wissen, dass der Klient/Patient Sex mit Männern hat. Wissensgrundlagen zu Hepatitis A und B werden in Kapitel 6.7 zu „Unerfüllten Bedarfen hinsichtlich Impfungen gegen Virushepatitis“ (S. 152 ff.) aufgegriffen.

Die Frage „Wurde Ihnen jemals seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus, usw.) eine Hepatitis-Impfung angeboten?“ adressiert das Impfangebot, egal ob es nachher angenommen oder abgelehnt worden ist. Insgesamt berichteten 61,2 % der Befragten, ein Impfangebot erhalten zu haben und weitere 7,4 % konnten sich nicht erinnern. Kein Impfangebot erhalten zu haben berichteten fast ein Drittel (31,3 %) der Befragten. (Vgl. auch 7.7, S. 171)

Schließt man jene Männer aus dem Sample aus, die von einer aktuellen oder durchgemachten Hepatitis-Infektion berichteten, haben 60,3 % alle Impfdosen für Hepatitis A und 59,3 % für Hepatitis B erhalten. Weitere 4,6 % berichteten eine inkomplette Hepatitis A Impfung, bei Hepatitis B waren es 4,1 %. Weitere 1,1 % berichteten von einem mangelnden Impferfolg bei Hepatitis B. Dass ihnen ihr eigener Immunstatus nicht bekannt ist, wurde von 18,7 % für Hepatitis A und 18,4 % für Hepatitis B berichtet und 16,4 % konnten die Frage zur Hepatitis A, respektive 17,0 % für Hepatitis B, nicht beantworten.

Da die Anzahl der für die Hepatitis-B-Impfung empfohlenen Impfungen vom Alter der zu impfenden Person und vom Impfstoff abhängt und während der Hepatitis-A-Ausbrüche bei MSM im Jahr 2017 die empfohlene Anzahl der Impfungen aufgrund der mangelnden Impfstoffverfügbarkeit von zwei auf eine Impfung in vielen Ländern reduziert wurde, enthielt der Fragebogen keine Angaben zur Anzahl der Impfungen, die für eine komplette Impferserie erforderlich sind. [18]

Angesichts der Medienaufmerksamkeit, die den Ausbrüchen von Hepatitis A bei MSM in ganz Europa zwischen Juni 2016 und Mai 2017 gewidmet wurde, scheint die berichtete Information der Befragten über die Hepatitis-A-Impfung zuverlässiger zu sein als in früheren Umfragen, das lässt jedoch nicht vorhersagen, wie nachhaltig unsere Ergebnisse sind. Die meisten der von den Ausbrüchen betroffenen europäischen Länder hatten routinemäßig einen Hepatitis-A-Impfstoff für MSM empfohlen. Dennoch geben trotz des großen Medieninteresses sechs Monate später 40 % der MSM in Deutschland an, nicht gegen Hepatitis A geimpft worden zu sein oder ihren Impfstatus nicht zu kennen.

Die jüngsten Altersgruppen bieten das höchste Präventionspotential, lediglich 40 % (HAV: 41,7 %; HBV: 40,5 %) der unter 20-Jährigen und 54 % (HAV: 54,4 %; HBV: 54,5 %) der unter 30-Jährigen berichten eine komplette Impferserie. Die Hälfte (HAV: 51,9 %; HBV: 53,5 %) der Befragten aus der jüngsten Altersgruppe kennen ihren Impfstatus nicht bzw. geben an, ungeimpft zu sein. Bei den älteren Altersgruppen spielt die Immunität nach einer durchgemachten HBV-Infektion bei über 50-Jährigen zu etwa 10 % (HAV: 11,2 %; HBV: 10,9 %) und bei den über 60-Jährigen zu etwa 18 % (HAV: 17,6 %; HBV: 18,7 %) eine wichtige Rolle und der Anteil der komplett Geimpften ist in diesen Gruppen gering (HAV 54,0 % bzw. 46,1 %; HBV 52,3 % bzw. 43,2 %). (Abbildung 58, S. 99; Abbildung 59, S. 99)

ABBILDUNG 58: HEPATITIS-A-STATUS NACH ALTERSGRUPPE (N=22.984)

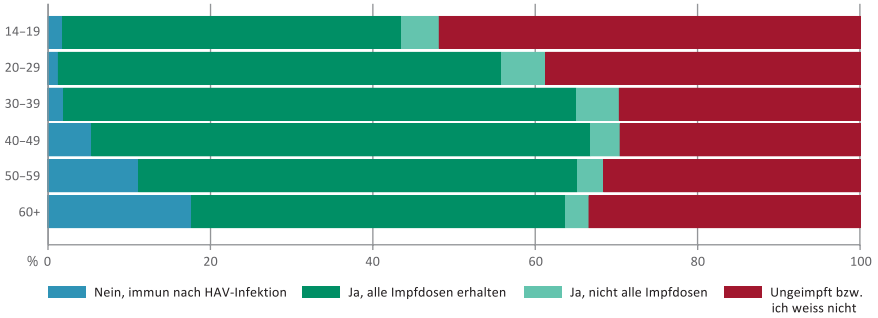
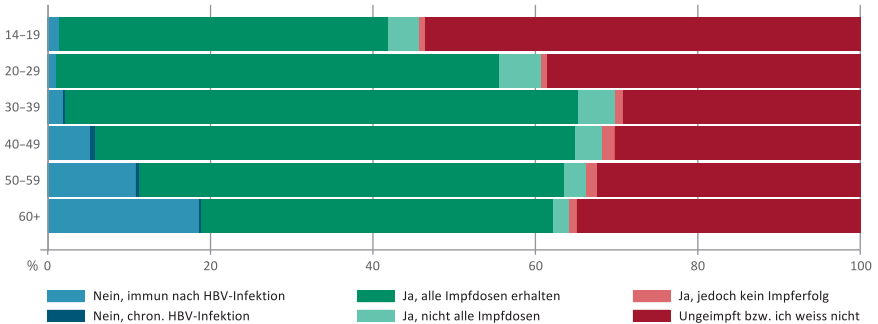


ABBILDUNG 59: HEPATITIS-B-STATUS UND ALTERSGRUPPE (N=22.994)



Hinsichtlich der Migration zeigen sich Unterschiede, die durch die höheren Prävalenzen von Hepatitis A und B in den unterschiedlichen Herkunftsregionen und die in der Regel geringeren Impfangebote und Durchimpfungsraten bedingt sind.

Im Vergleich zu Männern, die in Deutschland geboren wurden, haben Männer aus Westeuropa, Nordamerika und Australien eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine HAV-Infektion durchgemacht zu haben (Deutschland 4,8 %; Westeuropa, Nordamerika, Australien 8,6 %); der Anteil der gegen HAV-Geimpften unterscheidet sich jedoch nicht (58,1 % v. 58,4 %). Personen aus Osteuropa, dem Nahen Orient und Afrika haben ähnlich häufig eine HAV-Infektion durchgemacht (7,3 %) wie Personen aus Westeuropa, Nordamerika und Australien. Bei ihnen liegt der Anteil der vollständig Geimpften bei 44,2 %, ähnlich wie in den verbleibenden Regionen (44,2 %). Der Anteil der nicht-geimpften Personen ist bei in Deutschland geborenen mit 32,9 % höher als bei Personen mit Herkunft aus der Region West (27,5 %); in Osteuropa, dem Nahen Orient und Afrika ist dieser Anteil höher (43,1 %).

Ähnlich zeigt sich das Bild für Hepatitis B. Auch hier ist der Anteil der nicht-geimpften Personen in Deutschland (33,4 %) höher als in der Region West (26,2 %). In Osteuropa, dem Nahen Orient und Afrika liegt er, ähnlich wie bei Hepatitis A, auch um etwa 10 % höher bei 42,0 %. Hinsichtlich des unbekanntenen Immun- bzw. Impfstatus unterscheiden sich die Befragten aufgrund ihrer Herkunftsregion, aber nicht zwischen Hepatitis A und B. (Abbildung 60, S. 100; Abbildung 61, S. 100)

ABBILDUNG 60: HEPATITIS-A-STATUS UND MIGRATION (N=22.917)

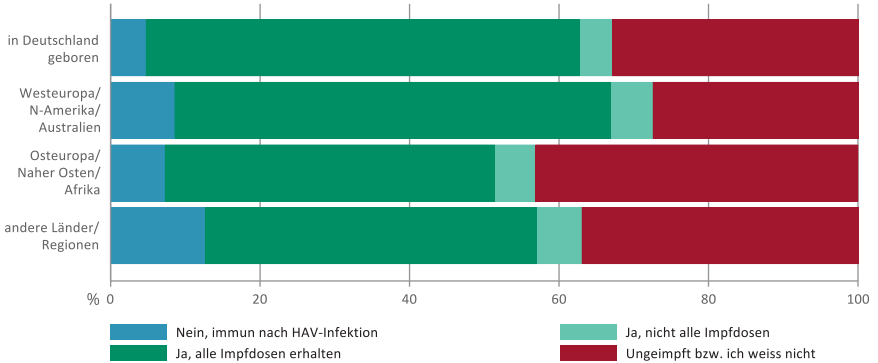
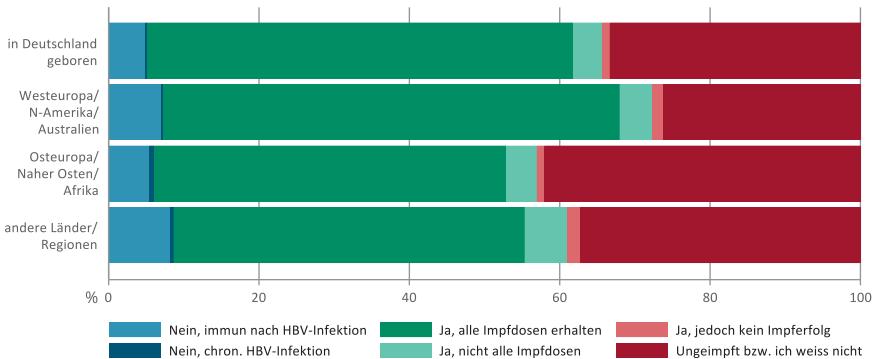


ABBILDUNG 61: HEPATITIS-B-STATUS UND MIGRATION (N=23.037)



Bei Männern mit diagnostizierter HIV-Infektion ist einerseits der Anteil mit durchgemachter Hepatitis am höchsten (HAV: 11,8 %; HBV: 13,3 %), jedoch ist hier auch die Impfquote hoch (HAV: 75,6 %; HBV: 71,4 %) hoch. Männer, die bereits auf HIV getes-

tet worden sind, berichten auch häufiger (HAV: 60,7 %; HBV: 60,3 %) geimpft worden zu sein als Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet wurden (HAV: 39,1 %; HBV: 37,4 %). Hier spielt der Kontakt mit Ärzt*innen und Berater*innen in Test- bzw. Beratungseinrichtungen sicherlich eine Rolle. (Abbildung 62, S. 101; Abbildung 63, S. 101)

ABBILDUNG 62: HEPATITIS-A- UND HIV-STATUS (N=22.801)

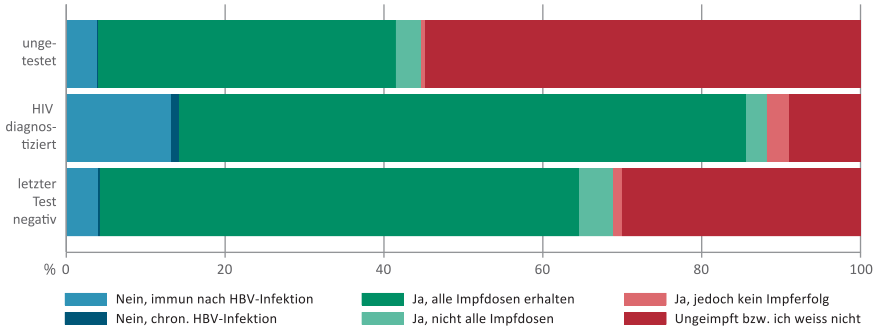
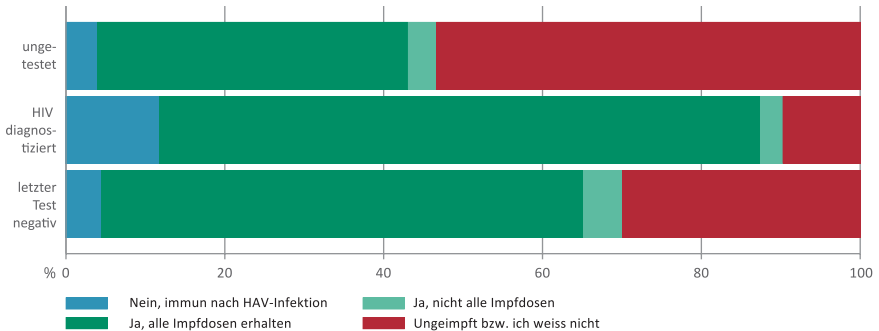


ABBILDUNG 63: HEPATITIS-B- UND HIV-STATUS (N=22.810)



Wenn der Befragte bereits auf STIs getestet worden ist, also ein etablierter Kontakt mit dem Test- und Beratungssystem stattgefunden hat (vgl. auch Partnerbenachrichtigung, 7.8.2, S. 172) zeigte sich, dass die Impfraten und Kenntnisse über den eigenen Hepatitis-Status höher waren, wenn die Behandelnden über die sexuelle Orientierung der Klient*en informiert waren. In dieser Gruppe lag die Quote der kompletten Impfung über 72 % (HAV: 73,8 %; HBV: 72,6 %), also fast 20 % höher, als

wenn die Behandler*innen nichts über die sexuelle Orientierung wussten. (Abbildung 64, S. 102; Abbildung 65, S. 102)

ABBILDUNG 64: HEPATITIS-A-STATUS UND KENNTNIS DES BEHANDELNDEN BEIM STI-TEST, DASS MAN SEX MIT MÄNNERN HAT (N=8.226)

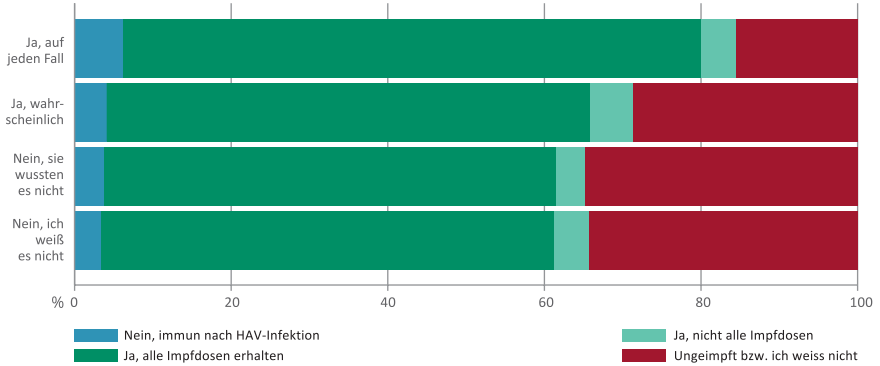
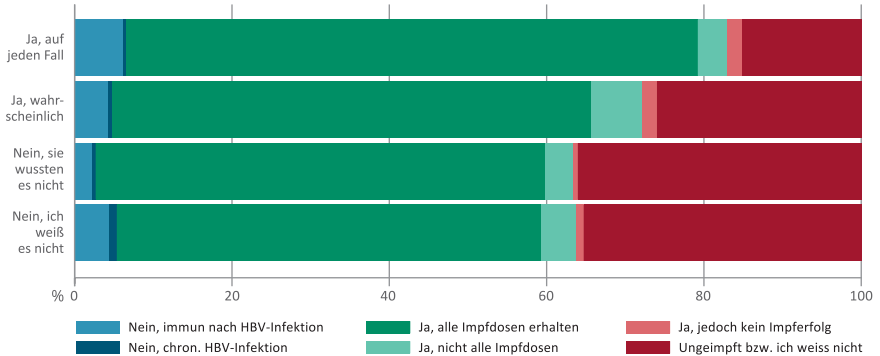


ABBILDUNG 65: HEPATITIS-B-STATUS UND KENNTNIS DER BEHANDELNDEN BEIM STI-TEST, DASS MAN SEX MIT MÄNNERN HAT (N=8.232)



Letztendlich reflektierte auch die Wohnortgröße, ob ein Teilnehmer ungeimpft war bzw. seinen Impfstatus nicht kannte. Während in Metropolen der Anteil bei 23 % (HAV: 23,4 %; HBV: 23,8 %) lag, stieg dieser an und erreichte ein Maximum mit über 40 % (HAV: 40,2 %; HBV: 41,4 %) in kleineren Gemeinden. (Abbildung 66, S. 103; Abbildung 67, S. 103)

ABBILDUNG 66: HEPATITIS-A-STATUS UND WOHNORTGRÖSSE (N=22.730)

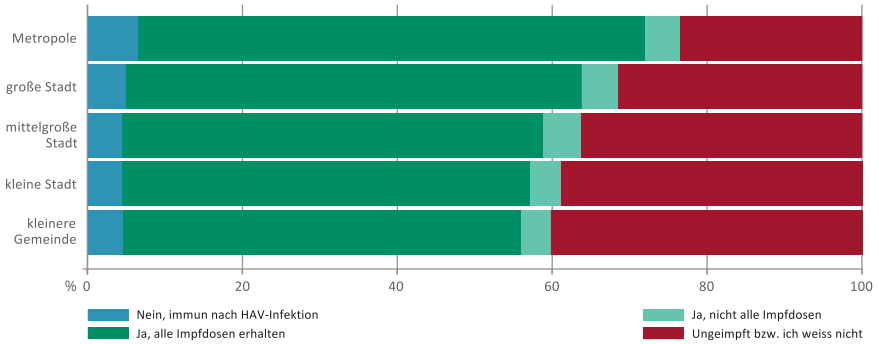
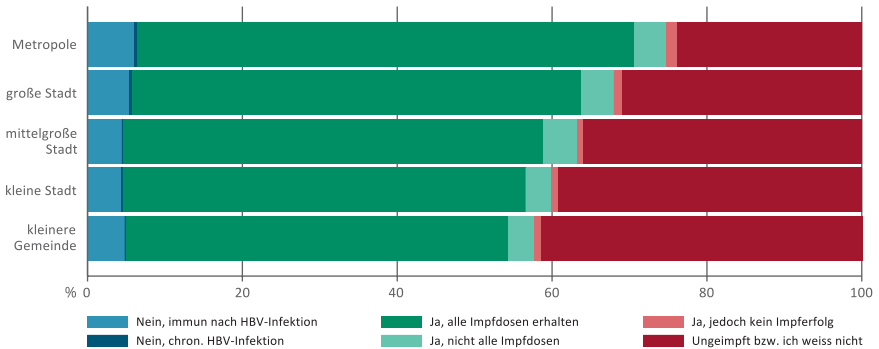


ABBILDUNG 67: HEPATITIS-B-STATUS UND WOHNORTGRÖSSE (N=22.738)



5.5. Sexualverhalten

Obwohl EMIS-2017 bereits im Titel suggeriert, dass Männer die Sex mit Männern haben angesprochen werden, wurden alle Teilnehmer gefragt „Hatten Sie jemals Sex mit einem Mann (nicht nur Analverkehr, sondern jegliche Art von sexuellem Kontakt?)“, nachdem „Sex“ als „körperlicher Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat“ definiert wurde. Insgesamt sagten 97,8 % der Teilnehmer (N=22.556), dass sie bereits Sex mit einem anderen Mann hatten, 2,2 % (N=515)

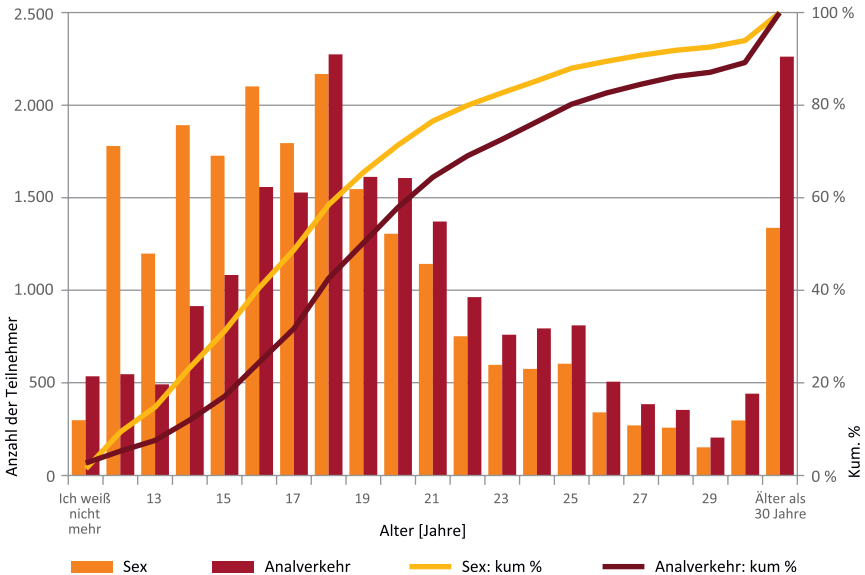
verneinten dies. Diese letztere Gruppe nahm jedoch an EMIS-2017 teil. Erwartungsgemäß war die Verteilung entsprechend des Lebensalters der Befragten: bei den unter 20-Jährigen waren es 12,9 % (N=122) und bei den 20- bis 24-Jährigen 5,2 % (N=118). Von 2,4 % bei den 25- bis 29-Jährigen nahm dies auf 0,6 % bei den über 65-Jährigen ab. Noch keinen Sex mit einem Mann gehabt, aber dies in Betracht gezogen haben also nicht nur sehr junge Männer; 30 % dieser Gruppe war älter als 30 Jahre alt, die Hälfte davon älter als 40 Jahre. Präventionsprogramme für Männer, die erst kürzlich zum ersten Mal Sex mit einem Mann hatten, sollten deswegen auf Männer aller Altersgruppen zugeschnitten sein.

Zusätzlich zur Definition von Sex als körperlicher Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat, wurde „Ficken“ wie folgt definiert: „In dieser Umfrage verstehen wir unter „Ficken“ („Bumsen“, Analverkehr, usw.) Sex, bei dem ein Partner seinen Penis in den Anus (oder die Vagina) eines anderen Partners einführt, egal ob mit oder ohne Ejakulation (Abspritzen). Oralsex oder der Gebrauch von Dildos sind in unserer Definition von Ficken nicht enthalten.“ Die erste Erfahrung mit penetrativem bzw. insertivem Sex wurde ebenfalls erhoben. Insgesamt hatten 92,8 % (N=21.433) der Befragten Analverkehr, das entspricht 95,0 % aller Männer, die sexuelle Erfahrungen mit einem anderen Mann hatten. Die Hälfte der Männer hatte bis zum Alter von 19 Jahren Erfahrungen mit Analverkehr, jedoch hatten etwas über 10 % der mit Männern sexuell aktiven Männer im Alter von 30 Jahren noch keine Erfahrung damit gehabt.

5.5.1. Alter bei ersten sexuellen Erfahrungen mit Männern

Alle Männer, die angegeben hatten, bereits mit einem Mann Sex gehabt zu haben, wurden gefragt, wie alt sie waren, als sie zum ersten Mal Sex mit einem Mann/Jungen hatten (oder ein Mann/Junge Sex mit ihnen hatte). Alle Männer, die sagten, dass sie Sex hatten, wurden auch zum Alter beim ersten Analverkehr gefragt. (Abbildung 68, S. 105) Das mediane Alter beim ersten Sex lag bei 17,6 Jahren und beim ersten Analverkehr bei 18,6 Jahren. Etwa die Hälfte (55,8 %) der Befragten gab das gleiche Lebensalter für beide Erfahrungen an; 11,6 % gaben einen Unterschied von einem Jahr zwischen erster sexueller Erfahrung und erstem Analverkehr. Bei 5 % lagen zwischen beiden Erfahrungen mindestens 10 Lebensjahre. Auch hier zeigt sich, dass Informations- und Präventionsangebote Männer aller Altersgruppen ansprechen sollten.

ABBILDUNG 68: ALTER BEIM ERSTEN SEX (N=22.134) UND BEIM ERSTEN ANALVERKEHR (N=21.003)



5.5.2. Rezenz sexueller Erfahrungen mit Männern

Alle Männer die Sex mit einem anderen Mann gehabt haben, wurden gefragt, wann sie das letzte Mal Sex mit einem Mann gehabt haben, mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenzskala (S. 264). Etwas mehr als die Hälfte (53,2 %) der Männer sagte, der letzte Sex fand innerhalb der letzten 7 Tage statt. Bei weiteren 20,0 % war es innerhalb der letzten 4 Wochen. Dass der letzte Sex länger als ein Jahr zurückliegt traf bei 4,4 % zu. Insgesamt zeigten sich nach Altersgruppen differenziert hier keine Unterschiede, lediglich die jüngste Altersgruppe berichtete weniger häufig in den letzten 7 Tagen mit einem anderen Mann Sex gehabt zu haben, was z. B. auf die Wohnsituation zurückzuführen sein kann, dafür aber häufiger, dass Sex in den letzten 6 Monaten stattgefunden hat, im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen. (Abbildung 69, S. 106)

Männer die Sex mit einem anderen Mann gehabt haben, wurden nach der Rezenz des letzten Analverkehrs gefragt, egal ob dieser mit oder ohne Kondom stattgefunden hat. Hier zeigte sich, dass die höheren Altersgruppen weniger kürzlich Sex hatten, und dass bei 11,9 % und 13,2 % in den höchsten Altersgruppen der letzte Analverkehr schon mehr als 5 Jahre zurücklag. (Abbildung 70, S. 106)

5.5.3. Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten

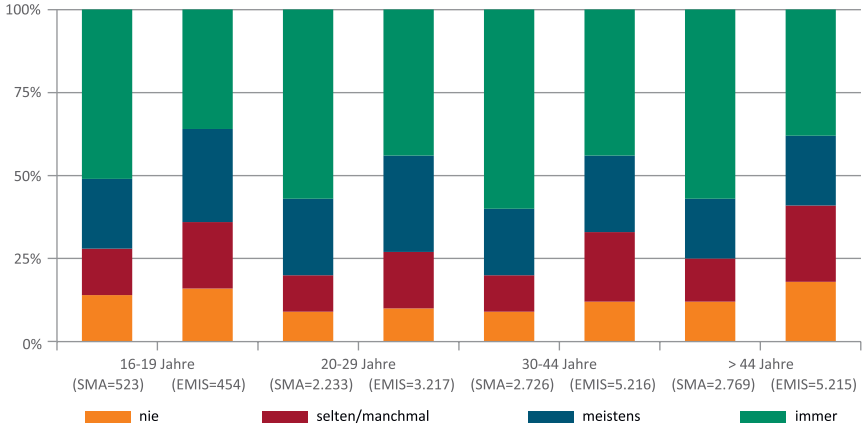
Auf Grund vergleichbarer Fragen in vorangegangenen Online-Befragungen für MSM in Deutschland kann die Entwicklung des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Sexualpartnern in den vergangenen 12 Monaten über einen längeren Zeitraum dargestellt werden. Die Umfrage „Schwule Männer und HIV/AIDS“ aus den Jahren 2007 und 2013 sowie die EMIS-Befragung 2010 dienen als Vergleich [1, 19, 20]. Für einen exakten Vergleich müssten auch die Veränderungen in der Zusammensetzung der Befragungsteilnehmer berücksichtigt werden, was den Rahmen dieses deskriptiven Berichtes sprengen würde. Mit diesem Vorbehalt zeigt die Abbildung 71 (S. 107), dass der konsequente Kondomgebrauch im Laufe der Zeit deutlich geringer geworden ist.

ABBILDUNG 71: HÄUFIGKEIT DES KONDOMGEBRAUCHS MIT ANDEREN SEXUALPARTNERN IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN IN DER ZEITREIHE, *) SMA UND †) EMIS-2017



Abbildung 72 (S. 108), in der die Angaben zum Kondomgebrauch mit nicht-festen Partnern aus der EMIS-Befragung 2017 mit der nur in Deutschland durchgeführten Befragung „Schwule Männer und HIV/AIDS“ aus dem Jahr 2013 verglichen werden, zeigt, dass ein Rückgang des Kondomgebrauchs in allen Altersgruppen in ähnlichem Umfang stattgefunden hat.

ABBILDUNG 72: HÄUFIGKEIT DES KONDOMGEBRAUCHS MIT ANDEREN SEXUALPARTNERN IN DEN VERGANGENEN MONATEN NACH ALTERSGRUPPE, SMA-2013, EMIS-2017



5.5.4. Kondomgebrauch beim Geschlechtsverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern

Abbildung 73 (S. 108) zeigt den Anteil der Befragungsteilnehmer der letzten vier Online-Befragungen, die angaben, kondomlosen Analverkehr mit einem nicht-festen Partner gehabt zu haben, dessen HIV-Status sie nicht kannten. Diese Angaben zeigen eine deutlich geringere Zunahme von kondomlosem Analverkehr als in Abbildung 71 (S. 107). Das deutet darauf hin, dass ein Teil der Zunahme von kondomlosem Analverkehr auf vermehrter Serostatuskommunikation beruht, die wiederum mit verstärkter und häufigerer HIV-Testung einhergeht. [19]

ABBILDUNG 73: ANTEIL DER BEFRAGTEN MIT KONDOMLOSEM ANALVERKEHR MIT ANDEREN SEXUALPARTNER IN DER ZEITREIHE, *) SCHWULE MÄNNER UND HIV/AIDS †) EMIS-2017

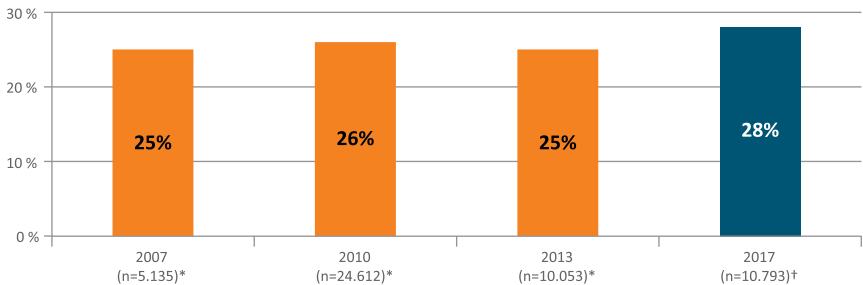
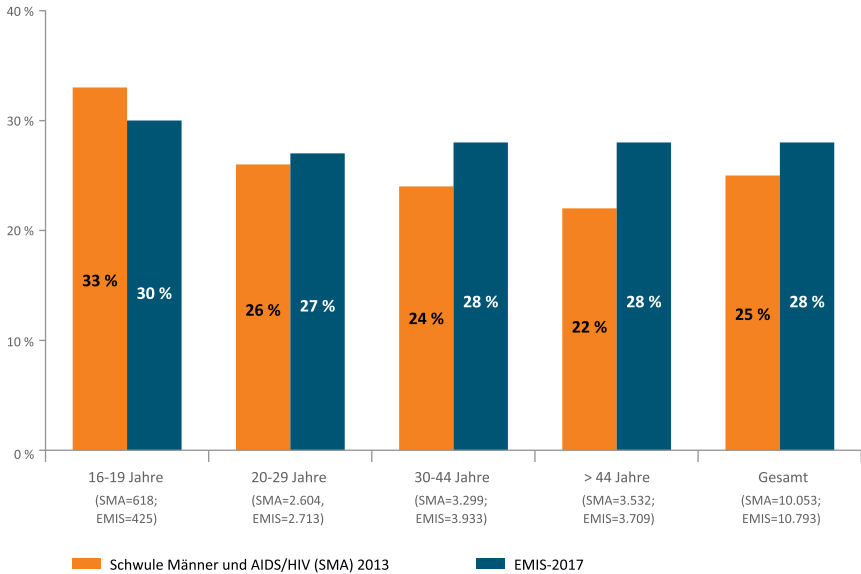


ABBILDUNG 74: ANTEIL DER BEFRAGTEN MIT UNGESCHÜTZTEM ANALVERKEHR MIT ANDEREN SEXUALPARTNERN NACH ALTERSGRUPPE (SMA-2013, EMIS-2017)

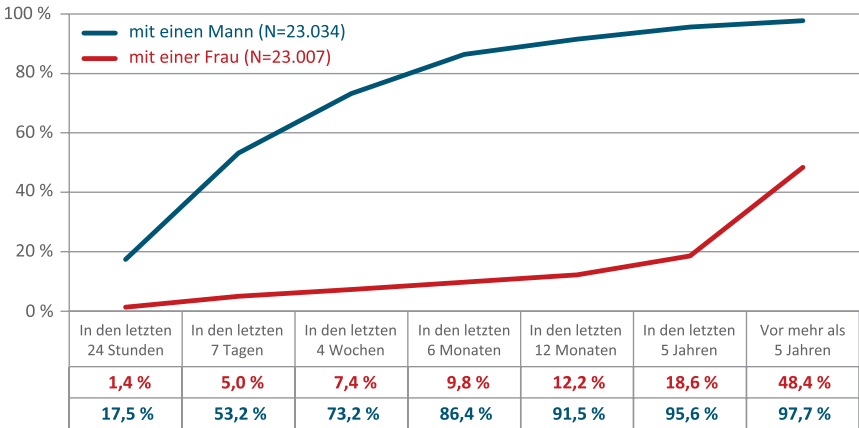


5.5.5. Sex mit Frauen

Die Befragten wurden am Anhang des Themenblocks zu Sex mit Frauen daran erinnert, dass wir in dieser Umfrage „mit „Sex“ körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat“ meinen. Als Nächstes wurde gefragt „Wann hatten Sie das letzte Mal Sex mit einer Frau?“ mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenskala. (S. 264)

Insgesamt hatten fast die Hälfte (48,4 %) der Befragten Sex mit einer Frau, davon 18,6 % in den letzten 5 Jahren und 9,8 % in den letzten 6 Monaten. 5,0 % gaben an, dass der letzte Sex mit einer Frau in den vorausgegangenen 7 Tagen stattgefunden hat. (Abbildung 75, S. 110)

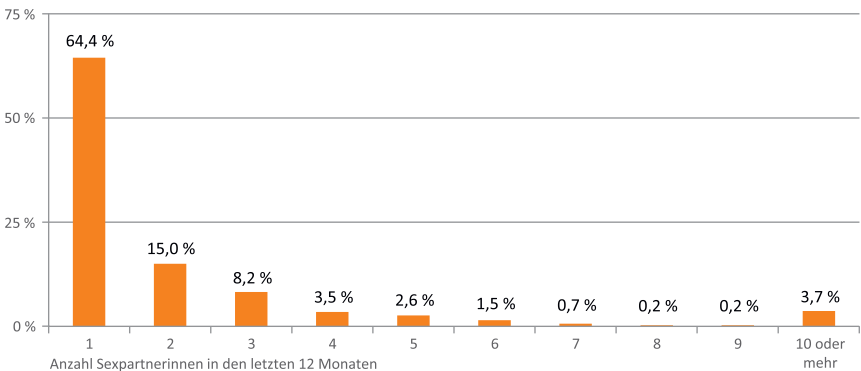
ABBILDUNG 75: LETZTER SEX MIT EINER FRAU (N=23.007) BZW. MIT EINEM MANN (N=23.034)



Teilnehmer, die angegeben hatten mit einer Frau in den letzten 12 Monaten Sex gehabt zu haben, wurden im Folgenden nach der Anzahl der Sexpartnerinnen mit „Mit wie vielen (unterschiedlichen) Frauen haben Sie in den letzten 12 Monaten gefickt?“ gefragt und haben als Anzahl eine Auswahlmöglichkeit (11.1.3, S. 265) erhalten.

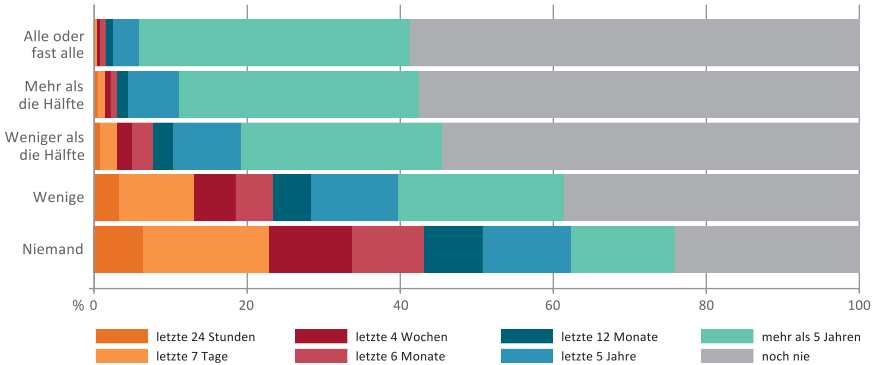
Fast zwei Drittel aller Männer, die angegeben hatten mit einer Frau in den vergangenen 12 Monaten Sex gehabt zu haben, hatten Sex mit einer Frau, 15 % mit zwei verschiedenen Sexpartnerinnen. Dieser Anteil nimmt mit steigenden Partnerinnenzahlen ab, steigt jedoch in der zusammengefasst erhobenen Kategorie „10 oder mehr“ an. (Abbildung 76, S. 110)

ABBILDUNG 76: ANZAHL VERSCHIEDENE SEXPARTNERINNEN (W.) IN DEN LETZTEN 12 MONATEN VON MÄNNERN, DIE SEX MIT FRAUEN HATTEN (N=2.596)



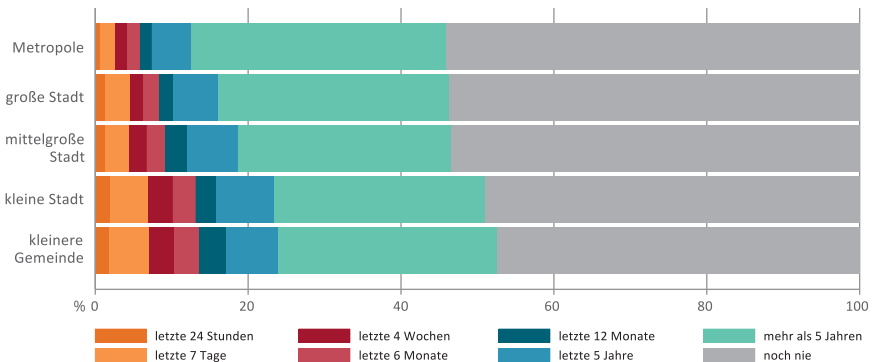
Ob und wann der letzte Sex mit Frauen stattgefunden hat, korreliert stark mit der Outness der Befragten – je weniger Personen im Umfeld wissen, dass der Befragte (auch) Sex mit Männern hat, je höher ist der Anteil derer, die Sex mit Frauen haben. So berichten zum Beispiel ein Drittel (33,7 %) Sex mit Frauen in den letzten 4 Wochen gehabt zu haben, wenn niemand weiß, dass sie auch Sex mit Männern haben, bei Männern in deren Umfeld weniger als die Hälfte vom Sex mit Männern weiß, waren dies 5,0 %. (Abbildung 78, S. 112)

ABBILDUNG 78: OUTNESS UND SEX MIT FRAUEN (N=22.733)



In den verschiedenen Großstädten zeigen sich nur wenige Unterschiede. Abhängig von der Wohnortgröße zeigen sich aber deutliche Unterschiede, in kleinen Gemeinden sind die entsprechenden Anteil am höchsten. (Abbildung 79, S. 112)

ABBILDUNG 79: WOHNORTGRÖSSE UND SEX MIT FRAUEN (N=22.752)



5.6. Substanzgebrauch

5.6.1. Konsum legaler Substanzen

Der Konsum von Alkohol, Tabakprodukten, Poppers und verschreibungspflichtigen Substanzen die erektionsfördernd sind (Viagra®, Cialis® und Levitra®) oder als Beruhigungsmittel/Sedativa eingesetzt werden (Valium®, Rivotril®, Rohypnol®, Tafil®, Xanax®, Phenazepam, usw.) wurde wie folgt erfragt: „Wann haben Sie das letzte Mal diese Substanzen konsumiert, egal in welchem Zusammenhang? Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie das letzte Mal etwas genommen haben, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.“

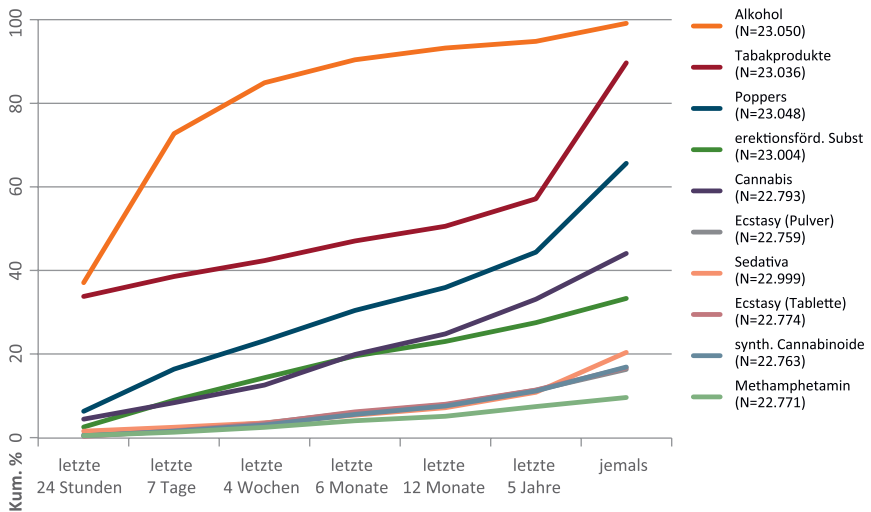
In Tabelle 28 (S. 114) werden die kumulativen Anteile nach Rezens des letzten Konsums – für alle Substanzen, die von mehr als 20 % der Befragten jemals eingenommen worden sind – aufgeführt. Die Zeile „jemals“ stellt die Lebenszeitprävalenz der Einnahme dar. Zudem werden die Anteile angezeigt, von (1) Personen, die die Substanz im letzten Jahr genommen haben unter all denen, die sie jemals genommen haben als Indikator für den Anteil von Personen, die inzwischen abstinent davon sind und (2) Personen, die die Substanz in der letzten Woche genommen haben unter all denen, die sie in den vergangenen 12 Monaten eingenommen haben als Indikator für die Häufigkeit der Einnahme.

Während Alkoholkonsum nicht nur die am häufigsten konsumierte Droge war, wurde er auch von fast drei Viertel der Befragten in der letzten Woche angegeben. Beim Konsum von Tabakprodukten zeigt sich eine erfreuliche Tendenz: Der Anteil der Personen, die in der Vergangenheit geraucht haben, ist deutlich höher als der Anteil der Personen die rezenten Tabakkonsum angegeben hatten. (Abbildung 80, S. 114) Die vier anderen Substanzen wurden im Vergleich viel weniger häufig eingenommen: der Anteil lag bei Poppers für alle Männer bei 65,7 % und Cannabiskonsum bei 55,1 %, und deutlich geringer bei erektionsfördernden Substanzen (33,4 %) und Sedativa (20,4 %).

TABELLE 28: KUMULATIVER ANTEIL SUBSTANZKONSUM

Substanzkonsum (kumulativ, %)	Alkohol (N=23.050)	Tabak- produkte (N=23.036)	Poppers (N=23.048)	Cannabis (N=22.793)	erektionsförd. Substanzen (N=23.004)	Sedativa (N=22.999)
letzte 24 Stunden	37,0 %	33,7 %	6,2 %	4,4 %	2,5 %	1,5 %
letzte 7 Tage	72,8 %	38,5 %	16,4 %	8,3 %	8,9 %	2,4 %
letzte 4 Wochen	84,9 %	42,3 %	23,2 %	12,6 %	14,3 %	3,4 %
letzte 6 Monate	90,4 %	47,0 %	30,4 %	19,9 %	19,6 %	5,4 %
letzte 12 Monate	93,2 %	50,6 %	35,9 %	24,8 %	23,0 %	7,1 %
letzte 5 Jahre	94,8 %	57,1 %	44,4 %	33,2 %	27,5 %	10,9 %
jemals	99,2 %	89,7 %	65,7 %	55,1 %	33,4 %	20,4 %
Anteil letzte 12 Monate/ jemals	94,0 %	56,4 %	54,7 %	45,0 %	69,1 %	34,8 %
Anteil letzte 7 Tage/ letztes Jahr	78,0 %	76,2 %	45,5 %	33,5 %	38,6 %	34,0 %

ABBILDUNG 80: WANN HABEN SIE DAS LETZTE MAL ALKOHOL / TABAKPRODUKTE / POPPERS / EREKTIONSFÖRDERNDE SUBSTANZEN / SEDATIVA KONSUMIERT?



5.6.2. Konsum illegaler Substanzen

Nachdem nach Substanzen gefragt worden ist, die in den meisten europäischen Ländern legal zu besitzen sind, wurde weiterer Substanzkonsum eruiert:

- Cannabis (Haschisch, Marihuana)
- synthetische Cannabinoide (z. B. Spice, K2, „Kräutermischungen“)
- in Tablettenform: Ecstasy (E, XTC, MDMA)
- in Pulver oder kristalliner Form: Ecstasy (E, XTC, MDMA)
- Amphetamine (Speed)
- Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin)
- Heroin oder ähnliche Substanzen (z. B. Fentanyl, Instanyl®)
- Mephedron (4-MMC, Methylon, Meph, Miau)
- andere synthetische Stimulanzien (MXE, Badesalz, 3-MMC, 4-MEC, 4-FA, XTC-light)
- GHB/GBL (Liquid Ecstasy)
- Ketamin (Special K)
- LSD (Acid)
- Kokain
- Crack

Jemals Cannabis konsumiert zu haben wurde von mehr als 55 % der Befragten angegeben, deswegen wurde Cannabis bereits in 5.6.1 (S. 113) dargestellt. Die Angabe, jemals eine der anderen Substanzen konsumiert zu haben, lag für alle hier aufgelisteten Substanzen unter 20 %. In den letzten 12 Monaten war Ecstasy mit 9,2 % die am häufigsten konsumierte Substanz, gefolgt von Amphetaminen (7,8 %) und Kokain (7,6 %). Für GHB/GBL, Ketamin, Methamphetamin und Ecstasy lag der Anteil derer, die die Substanz im letzten Jahr konsumiert hatten unter all denen, die sie jemals konsumiert haben bei etwas über der Hälfte, d.h. fast die Hälfte der Personen, die einen Konsum berichteten, hatten diesen nicht im letzten Jahr. Der Anteil von Personen, die in den letzten 7 Tagen eine Substanz verwendeten unter allen, die sie im letzten Jahr eingenommen hatten, lag bei Heroin mit 36,5 % am höchsten; bei der relativ geringen Anzahl von allen Personen, die jemals Heroin konsumiert haben (N=351) scheint dies ein aktuelles Konsummuster zu sein. Im Vergleich dazu lag der GHB/GBL- und Amphetamin-Konsum bei 24 %. Die vermutlich am wenigsten aktiven Konsummuster zeigten sich beim LSD-Konsum (9,3 %) und bei Crack (16,9 %). Die Konsummuster von Alkohol (78,0 %), Tabakprodukten (76,2 %) und Cannabis (33,5 %) (s. o.) waren im Vergleich häufiger, d.h. der Anteil derer, die aktuell die Substanzen konsumieren, ist höher. (Tabelle 29, S. 116; Tabelle 30, S. 117) Abbildung 81 (S. 117) zeigt, dass der LSD-, Heroin- und Crack-Konsum im Zeitraum jenseits von

fünf Jahren höher war. Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass es keine großen Unterschiede zwischen Methamphetamin-, synthetischem Cannabinoid- und anderem synthetischen Stimulanzien-Konsum gibt; dies liegt auch daran, dass diese Substanzen relativ neu auf dem Markt sind und so nicht bereits vor längerer Zeit frequent eingenommen werden konnten.

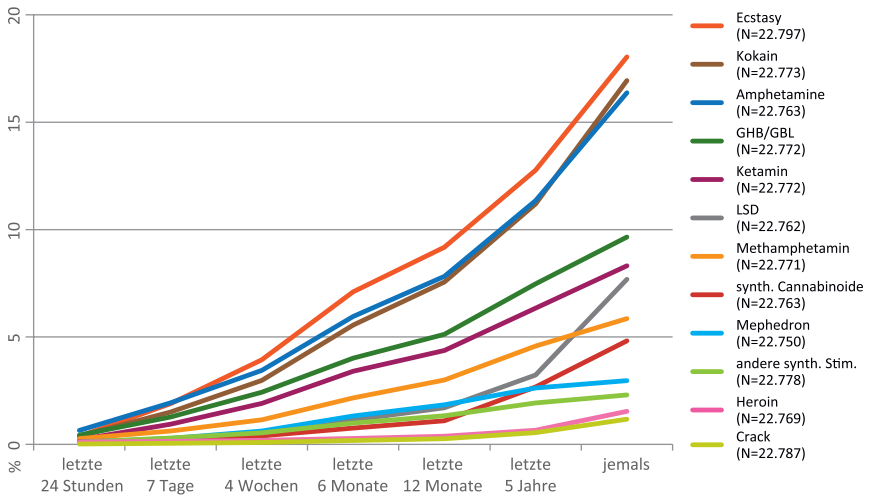
TABELLE 29: SUBSTANZKONSUM I (KUMULATIV, %): ECSTASY, KOKAIN, AMPHETAMINE, GHB/GBL, KETAMIN, LSD

Substanzkonsum (kumulativ, %)	Ecstasy (N=22.797)	Kokain (N=22.773)	Amphetamine (N=22.763)	GHB/GBL (N=22.772)	Ketamin (N=22.772)	LSD (N=22.762)
letzte 24 Stunden	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %
letzte 7 Tage	1,9 %	1,5 %	1,9 %	1,3 %	0,9 %	0,2 %
letzte 4 Wochen	3,9 %	3,0 %	3,4 %	2,4 %	1,9 %	0,4 %
letzte 6 Monate	7,1 %	5,6 %	6,0 %	4,0 %	3,4 %	1,1 %
letzte 12 Monate	9,2 %	7,6 %	7,8 %	5,1 %	4,4 %	1,7 %
letzte 5 Jahre	12,8 %	11,2 %	11,3 %	7,5 %	6,3 %	3,2 %
jemals	18,0 %	16,9 %	16,4 %	9,7 %	8,3 %	7,7 %
Anteil in den letzten 12 Monaten/jemals	50,9 %	44,6 %	47,8 %	53,1 %	52,5 %	22,1 %
Anteil in den letzten 7 Tagen/im letzten Jahr	20,6 %	19,9 %	24,7 %	24,8 %	21,4 %	9,3 %

TABELLE 30: SUBSTANZKONSUM II (KUMULATIV, %): METHAMPHETAMIN, SYNTH. CANABINOIDE, MEPHEDRON, ANDERE SYNTH. STIMULANZIEN, HEROIN, CRACK

Substanzkonsum	Methamphetamin (N=22.771)	synthetische Canabinoide (N=22.763)	Mephedron (N=22.750)	andere synthetische Stimulanzien (N=22.778)	Heroin (N=22.769)	Crack (N=22.787)
(kumulativ, %)						
letzte 24 Stunden	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %
letzte 7 Tage	0,6 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %
letzte 4 Wochen	1,1 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %
letzte 6 Monate	2,2 %	0,8 %	1,3 %	1,0 %	0,3 %	0,2 %
letzte 12 Monate	3,0 %	1,1 %	1,8 %	1,3 %	0,4 %	0,3 %
letzte 5 Jahre	4,6 %	2,7 %	2,6 %	1,9 %	0,7 %	0,5 %
jemals	5,9 %	4,8 %	3,0 %	2,3 %	1,5 %	1,2 %
Anteil in den letzten 12 Monaten/jemals	51,1 %	22,8 %	62,0 %	57,7 %	24,2 %	22,0 %
Anteil in den letzten 7 Tagen/im letzten Jahr	20,7 %	18,4 %	14,8 %	22,1 %	36,5 %	16,9 %

ABBILDUNG 81: WANN HABEN SIE DAS LETZTE MAL ECSTASY, KOKAIN, AMPHETAMINE, GHB/GBL, KETAMIN, LSD, METHAMPHETAMIN, SYNTH. CANABINOIDE, MEPHEDRON, ANDERE SYNTH. STIMULANZIEN, HEROIN, CRACK KONSUMIERT?



5.7. Injektion von Substanzen

Injizierender Substanzkonsum war bisher kein Verhalten, das in der MSM Community besonders häufig aufgetreten ist. Dies könnte sich mit der Verbreitung von Chemsex ändern.

5.7.1. Häufigkeit des injizierenden Substanzkonsums

Alle Teilnehmer wurden gefragt, „Haben Sie jemals Anabolika (Steroide) gespritzt (oder sich spritzen lassen)?“ mit den Antwortmöglichkeiten „nein, noch nie“, „ja, in den letzten 12 Monaten“ und „ja, vor mehr als 12 Monaten“. Diese Frage differenziert nicht zwischen ärztlich verordneten Substanzen und anderen Substanzen; es kann also durchaus vorgekommen sein, dass hier auch verordnete Substanzen berichtet worden sind. Dieser Fragenblock folgte direkt den Fragen zum Substanzkonsum, d. h. die Befragten sollten auf das Thema geprimed sein. Im Anschluss wurde gefragt „Haben Sie sich jemals Drogen (ausgenommen Anabolika oder ärztlich verschriebene Medikamente) gespritzt oder sich spritzen lassen, um *high* zu werden (*slamming*)?“ mit den aus 5.6.2 (S. 115) bereits bekannten Antwortmöglichkeiten.

Substanzen um *high* zu werden (2,6 %) wurden häufiger als Anabolika (1,9 %) berichtet. Dieser Anteil ist klein, im Vergleich zum anderen Substanzkonsum. Während der berichtete Anteil im letzten Jahr injizierter Anabolika geringer war als länger zurückliegender Konsum, ist beim Konsum von Substanzen um *high* zu werden das Gegenteil der Fall: hier wurde etwas mehr Konsum in den vergangenen 12 Monaten berichtet. Dies könnte u. a. mit Chemsex-Trends zusammenhängen (vgl. 5.8, S. 122 ff.)

TABELLE 31: INJIZIERENDER SUBSTANZKONSUM (ANABOLIKA, N=22.930; ANDERE SUBSTANZEN, N=22.970)

Injizierender Substanzkonsum Anabolika (N=22.930)		Substanzen um <i>high</i> zu werden (N=22.970)	
Nein, noch nie	98,1 %		97,4 %
Ja, in den letzten 12 Monaten	0,8 %		1,4 %
Ja, vor mehr als 12 Monaten	1,1 %		1,2 %
Gesamt	100,0 %		100,0 %

Beim injizierenden Substanzkonsum gibt es nur wenige Überschneidungen von Anabolika- und sonstigem Substanzkonsum (0,32 %), aktuell injizieren nur 0,09 % der Befragten beide Substanzgruppen. (Tabelle 32, S. 119)

TABELLE 32: INJIZIERENDER SUBSTANZKONSUM VON ANABOLIKA (N=22.305) UND SUBSTANZEN UM HIGH ZU WERDEN (N=22.898)

Slamming (high werden)				
Anabolika	Nein, noch nie	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Gesamt
Nein, noch nie	95,82 %	1,23 %	1,04 %	98,09 %
Ja, in den letzten 12 Monaten	0,69 %	0,09 %	0,03 %	0,82 %
Ja, vor mehr als 12 Monaten	0,90 %	0,09 %	0,11 %	1,10 %
Total	97,41 %	1,41 %	1,18 %	100,00 %

5.7.2. Häufigkeit von Injektionen

Alle Teilnehmer, die angegeben hatten in den letzten 12 Monaten Substanzen injiziert zu haben, wurden gefragt, „Wie oft haben Sie sich in den letzten 12 Monaten Drogen gespritzt, um high zu werden (slamming)?“ und konnten für Ihre Antwort eine Anzahl von „1-Mal“ bis „9-Mal“ bzw. „10-Mal, häufiger“ auswählen.

TABELLE 33: FREQUENZ VON INJIZIERENDEM SUBSTANZKONSUM (N=312)

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen gespritzt, um high zu werden?	Anzahl	%	Kum. %
1	65	20,8 %	20,8 %
2	51	16,4 %	37,2 %
3	30	9,6 %	46,8 %
4	14	4,5 %	51,3 %
5	21	6,7 %	58,0 %
6	20	6,4 %	64,4 %
7	4	1,3 %	65,7 %
8	11	3,5 %	69,2 %
9	4	1,3 %	70,5 %
≥ 10	92	29,5 %	100,0 %
Gesamt	312	100,0 %	

Von den 324 Teilnehmern, die in den letzten 12 Monaten Substanzen injiziert haben, machten 312 Angaben zur Häufigkeit. Mehr als ein Drittel injizierte 1- oder 2-Mal in den vergangenen 12 Monaten und 30 % taten dies 10 Mal oder häufiger. (Tabelle 33, S. 119)

5.7.3. Substanzen, die injiziert werden

Alle Teilnehmer, welche die Frage zum injizierenden Substanzkonsum um high zu werden bejaht hatten, wurden gefragt welche Substanzen sie sich injiziert haben. Die Mehrfachauswahl umfasste die in Tabelle 34 (S. 120) aufgeführten Substanzen sowie die Möglichkeit, dass die Substanz unbekannt war.

TABELLE 34: INJIZIERTE SUBSTANZEN (N=321)

Injizierte Substanzen (N=321)	Anzahl	Antworten (%)	Mehrfachantworten (%)
Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin)	199	36,6 %	62,0 %
Ketamin (Special K)	92	16,9 %	28,7 %
Andere synthetische Stimulantien (z. B. MXE, Badesalz, 3MMC, 4MEC, 4_FA, XTClight)	66	12,1 %	20,6 %
Mephedron (4MMC, Methylon, Meph, Miau)	60	11,0 %	18,7 %
Kokain	47	8,6 %	14,6 %
Ecstasy (E, XTC, MDMA)	26	4,8 %	8,1 %
Ich habe/Mir wurden Drogen gespritzt, aber ich weiss nicht (mehr) welche	22	4,0 %	6,9 %
Amphetamine (Speed)	18	3,3 %	5,6 %
Heroin oder ähnliche Substanzen (z. B. Fentanyl oder Instanyl®)	12	2,2 %	3,7 %
Crack	2	0,4 %	0,6 %
Gesamt	544	100,0 %	169,5 %

Es zeigte sich, dass im Mittel fast 1,7 Substanzen von den Konsumierenden angegeben worden sind. Am häufigsten wurde Methamphetamin (36,6 %) injiziert, gefolgt von Ketamin (16,9 %) und anderen synthetischen Stimulanzien (12,1 %).

Eine Analyse der am häufigsten in der Mehrfachantwort kombinierten Substanzen, d. h. die Person hat diese Substanzen angegeben (aber nicht notwendigerweise gleichzeitig injiziert!) zeigte, dass der Methamphetaminkonsum ohne weitere Substanzen am häufigsten genannt worden ist (22,6 %), gefolgt von Ketamin (7,2 %), einer Antwortkombination aus Mephedron oder synthetischen Stimulanzien mit Methamphetamin (2,7 %), sowie synthetische Stimulanzien ohne weitere Substanzen bzw. eine unbekannte Substanz. (Tabelle 35, S. 121)

TABELLE 35: AM HÄUFIGSTEN INJIZIERTE SUBSTANZEN BZW. SUBSTANZKOMBINATIONEN

Am häufigsten injizierte Substanz bzw. Substanzkombination	Anzahl	%
Methamphetamin	110	22,6 %
Ketamin	35	7,2 %
Mephedron, Methamphetamin	13	2,7 %
synthetische Stimulanzien	13	2,7 %
synthetische Stimulanzien, Methamphetamin	13	2,7 %
unbekannte Substanz	13	2,7 %
Mephedron	8	1,6 %
synthetische Stimulantien, Mephedron	5	1,0 %
synthetische Stimulantien, Mephedron, Methamphetamin	5	1,0 %
Ecstasy	4	0,8 %
Heroin	4	0,8 %
unbekannte Substanz, Ketamin	3	0,6 %

5.7.4. Teilen von Spritzbesteck

Hier wurden alle Teilnehmer befragt, die in den letzten 12 Monaten Substanzen zum „high“ werden und/oder anabolische Steroide injiziert haben: „Wann haben Sie das letzten Mal eine bereits gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt, die Ihnen gegeben, geliehen oder verkauft wurde?“. Die Rezenskala (S. 264) bildet die Antwortmöglichkeiten ab (Tabelle 36, S.122).

TABELLE 36: WANN HABEN SIE DAS LETZTEN MAL EINE BEREITS GEBRAUCHTE SPRITZE ODER NADEL BENUTZT, DIE IHNEN GEGEBEN, GELIEHEN ODER VERKAUFT WURDE? (N=22.588, N=323)

Wann haben Sie das letzte Mal eine bereits gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt, die Ihnen gegeben, geliehen oder verkauft wurde?"	Kum. % alle Teilnehmer (N=22.588)	Kum % aller die injizierend konsumiert haben (N=323)
letzte 24 Stunden	0,01 %	0,6 %
letzte 7 Tage	0,03 %	1,5 %
letzte 4 Wochen	0,09 %	5,9 %
letzte 6 Monate	0,17 %	10,8 %
letzte 12 Monate	0,23 %	14,9 %
letzte 5 Jahre	0,36 %	18,3 %
jemals	0,54 %	19,5 %
noch nie	99,46 %	80,9 %

Insgesamt haben 0,54 % der Befragten jemals eine gebrauchte Spritze geteilt. Bei den Teilnehmern, die injizierenden Substanzkonsum von Anabolika und/oder um „high“ zu werden berichtete jeder Fünfte, bereits eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben.

Beim Teilen von Spritzen handelt es sich um ein Problem, dass weiterhin aktuell ist: Männer die in den letzten 12 Monaten injizierenden Substanzkonsum um „high“ zu werden berichteten, haben zu 14,9 % im letzten Jahr auch Spritzen geteilt.

5.8. Kombination von Sex mit Substanzkonsum

Die Kombination von Sex und Substanzkonsum ist in Deutschland vor allem unter dem Begriff „Chemsex“ bekannt geworden. In den USA wird es auch als „Party and Play“ („PP“) und in Großbritannien als „high and horny“ („HH“) bezeichnet. Häufig verwendete Substanzen in diesem Kontext sind synthetische Drogen: Methamphetamine („Crystal Meth“), Mephedron, GHB/GBL und Ketamin. Die Bezeichnung „Chemsex“ war zwar zum Zeitpunkt der Befragung vielen bereits geläufig und hatte bereits einige teils negativ belegte Konnotationen. Für EMIS-2017 wurde entschieden, nach Substanzkonsum im Zusammenhang mit Sex zu fragen, ohne das Wort Chemsex zu verwenden.

5.8.1. Sex unter Einfluss von Substanzen

Alle Männer die Sex mit (einem) anderen Mann/Männern in den letzten 12 Monaten hatten, wurden gefragt „Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit Männern unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol?“ mit den Antwortmöglichkeiten „gar nicht“, „so gut wie gar nicht“, „weniger als die Hälfte der Male“, „Etwa die Hälfte der Male“, „mehr als die Hälfte der Male“, „fast jedes Mal“ und „jedes Mal, wenn ich Sex mit Männern hatte“. (Tabelle 37, S. 123)

TABELLE 37: ANTEIL VON SEX IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX UNTER DEM EINFLUSS VON ALKOHOL ODER ANDEREN DROGEN (N=19.225)

Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit Männern unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol? (N=19.225)	%
jedes Mal, wenn ich Sex mit Männern hatte	1,0 %
fast jedes Mal	5,1 %
mehr als die Hälfte der Male	5,2 %
etwa die Hälfte der Male	6,6 %
weniger als die Hälfte der Male	12,5 %
so gut wie gar nicht	27,7 %
gar nicht	42,0 %
Gesamt	100,0 %

Sex ohne oder mit seltenem Konsum von Alkohol oder Drogen wurden von fast 80 % der Befragten berichtet. Ein Prozent gab an, beim oder vor dem Sex in den letzten 12 Monaten immer etwas konsumiert zu haben. Bei 11 % traf Alkohol oder anderer Drogenkonsum mehrheitlich beim Sex zu.

5.8.2. Rezenz von nüchternem Sex und Chemsex

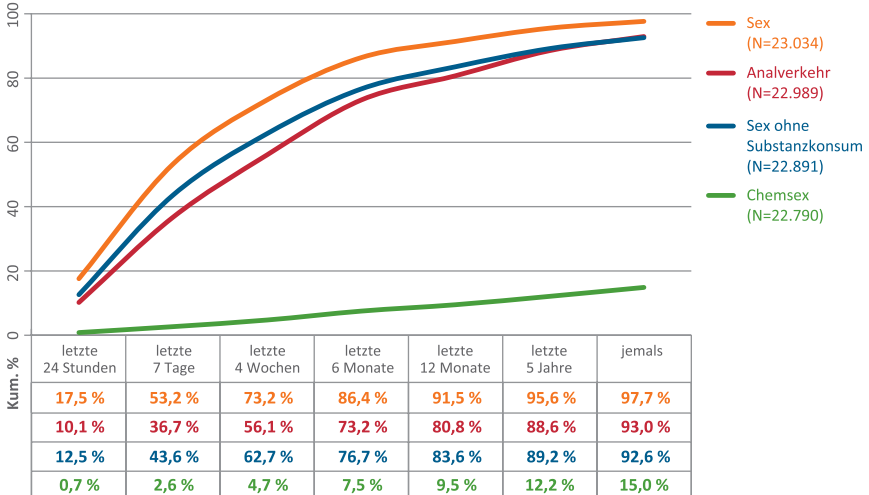
Alle Männer wurden gefragt, „Wann hatten Sie das letzte Mal nüchtern Sex, das heißt, vollständig unbeeinflusst von Alkohol oder anderen Drogen?“ mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenzskala (S. 264). Sie wurden ebenfalls mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenzskala gefragt, „Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen konsumiert, um längeren oder intensiveren Sex zu haben? Stimulierende Substanzen sind z. B. Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamine (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron oder Ketamin.“ falls sie Konsum von weiteren Substanzen (Kapitel 5.6.2, S. 115) berichtet hatten. Die Wirkung von Keta-

min ist dosisabhängig: in geringen Dosen wirkt es als Stimulanz, in höherer Dosis zeigt es halluzinogene, dissoziative und anästhetisierende Wirkungsweisen. [21]

Das Konsumverhalten von stimulierenden Substanzen vor oder beim Sex wird im Weiteren „Chemsex“ genannt, auch wenn diese Bezeichnung in EMIS-2017 nicht verwendet worden ist. Definitionen von Chemsex variieren, wir bezeichnen damit diese vor kurzem entstandene Bezeichnung für Konsumverhalten bestimmter Substanzen beim Sex von Männern, die Sex mit Männern haben. [22] Während alle Definitionen von Chemsex Sex und Substanzkonsum beinhalten, zählt nicht jeder Sex unter dem Einfluss von Substanzen zu Chemsex. Weitere notwendige Kriterien der Chemsex-Definition können z. B. sein: Sex zwischen Männern; Sex zwischen Gelegenheitspartner*in und/oder mit Fickfreunden (d. h. nicht zwischen romantisch verbunden Personen), durch ein Kennenlernen über Smartphone-Dating-Apps ermöglichten Sex; Verwendung spezifischer Substanzen (GHB/GBL, Methamphetamin, Mephedron und/oder Ketamin); die Dauer der sexuellen Begegnung; ein Klima von Marginalisierung, Schuld und Trauma das auf der Geschichte der HIV-Epidemie basiert; und bei schwulen und bisexuellen Männern internalisierte Homophobie. Für diesen Bericht steht Chemsex für die Verwendung von Substanzen, um den Sex intensiver und länger zu machen.

Abbildung 82 (S. 124) zeigt die kumulative Rezenz von Sex und Analverkehr mit einem anderen Mann, Sex ohne Substanzkonsum und Chemsex aller EMIS-2017 Teilnehmer aus Deutschland.

ABBILDUNG 82: REZENZ VON SEX (N=23.034), ANALVERKEHR (N=22.989), SEX OHNE SUBSTANZKONSUM (N=22.891) UND CHEMSEX (N=22790)

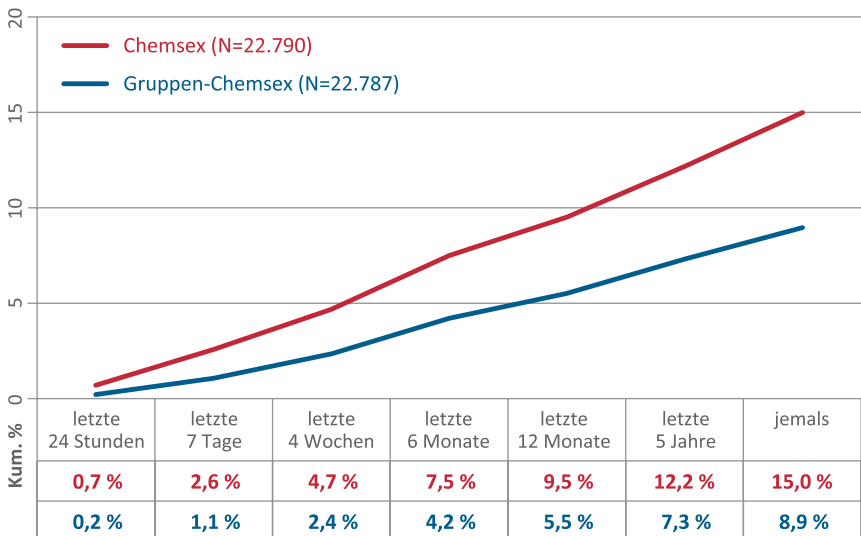


Sex ohne den Konsum von Substanzen wurde von 12,5 % innerhalb der letzten 24 Stunden berichtet; der Anteil der Männer die Chemsex im gleichen Zeitraum berichteten lag bei 0,7 %. Insgesamt hatten 15,0 % der Befragten jemals Chemsex und 9,5 % in den letzten 12 Monaten. (Abbildung 82, S. 124)

5.8.3. Besonderheiten von Chemsex

Männer die jemals Chemsex hatten wurden gefragt, „Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen im Rahmen von Gruppensex (Sex mit mehr als einem Mann) genommen? Stimulierende Substanzen sind z. B. Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamine (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron oder Ketamin.“ In diesem Bericht nennen wir dieses Verhalten „Gruppen-Chemsex“. (Abbildung 83, S. 125)

ABBILDUNG 83: REZENZ VON CHEMSEX (N=22.790) UND GRUPPEN-CHEMSEX (N=22.787)



Etwa die Hälfte aller Männer die jemals Chemsex hatten, hatten dies in einer Gruppe. Dieser Anteil ist bei Männern die innerhalb der letzten Woche Chemsex hatten geringer. Während Chemsex relativ häufig ist, hatte nur die Hälfte der Befragten Gruppen-Chemsex.

Alle Männer, die Gruppen-Chemsex berichteten, wurden gefragt, wo dieser stattgefunden hat. Die Antworten sind in Tabelle 38 (S. 126) abgebildet.

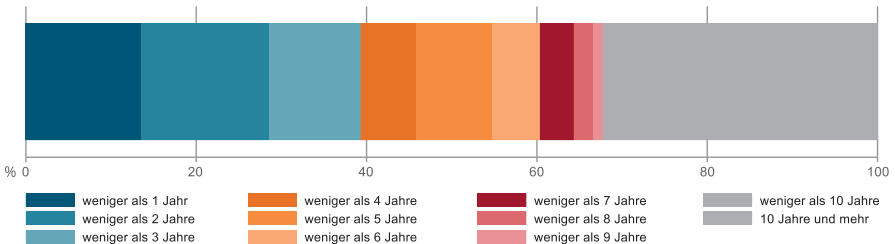
TABELLE 38: WO HAT DER GRUPPEN-CHEMSEX STATTGEFUNDEN? (N=1.255)

Wo hat der Gruppen-Chemsex stattgefunden? (N=1.255)	%
Bei jemand anderem zu Hause	44,9 %
Darkroom, schwuler Sex-Club oder öffentliche schwule Sex-Party	19,0 %
Bei mir zu Hause	18,0 %
Schwulensauna	8,0 %
In einem Hotelzimmer	5,3 %
Pornokino	1,8 %
Cruising-Ort	1,5 %
Anderer Ort	1,4 %
Gesamt	100,0 %

Gruppen-Chemsex findet mehrheitlich (68,2 %) in privater Häuslichkeit oder Hotels statt („Bei jemand anderem zu Hause“: 44,9 %; „Bei mir zu Hause“: 18,0 %; Hotel: 5,3 %). Fast jeder Fünfte Gruppen-Chemsex wurde aus Darkrooms, schwulen Sex-Clubs oder öffentlichen schwulen Sex-Parties berichtet.

Alle Männer, die von stimulierendem Substanzkonsum und Sex mit mehreren Sexualpartnern berichteten, wurden gefragt, wie lange sie dies schon tun. (Abbildung 84, S. 126)

ABBILDUNG 84: WIE LANGE KOMBINIEREN SIE SCHON STIMULIERENDE SUBSTANZEN UND SEX MIT MEHREREN SEXUALPARTNERN? (N=1.208)



Mehr als 22 % gaben an, dies bereits seit 10 Jahren und länger zu praktizieren. Kürzer als ein Jahr wurde von 13,6 % angegeben, fast 15 % praktizieren dies seit weniger als 2 Jahren und weiter 10,7 % seit weniger als 3 Jahren. Das heißt fast 40 % sind weniger als 3 Jahre dabei. Dies lässt auf eine gewisse Fluktuation und einen großen Anteil an Personen die „neu“ in der Szene sind schließen.

5.8.4. Substanzkonsummuster

5.8.5. Substanzkonsummuster in deutschen Großstädten

Die verschiedenen Antworten zum Konsum von Substanzen haben wir wie folgt (hierarchisch) gruppiert:

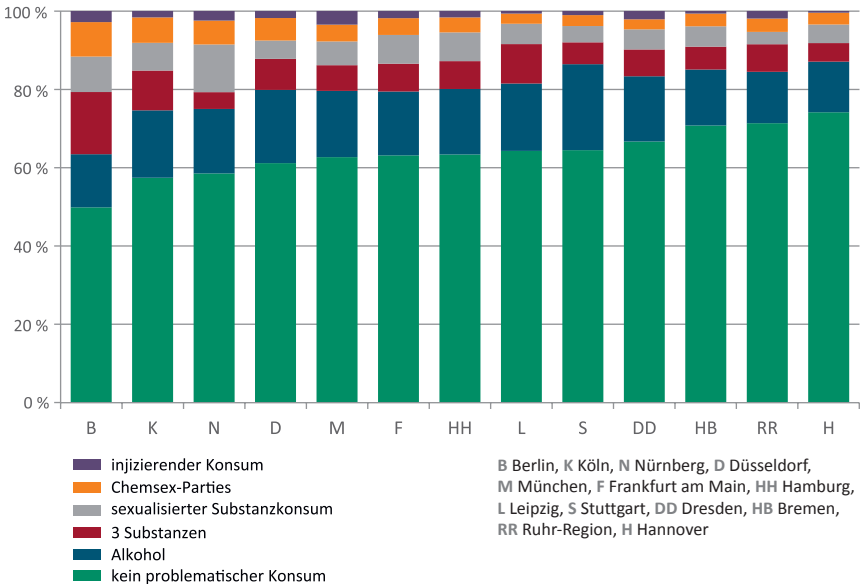
- a) kein problematischer Substanzgebrauch/keine Angabe (1,5 %)
- b) Alkohol
 - in den letzten 12 Monaten: CAGE, mindestens 2 von 4 Screeningfragen bejaht (vgl. Alkoholabhängigkeit (CAGE-4) (4.1.4, oben, S. 69 ff.)
 - Versuch Alkoholkonsum zu reduzieren
 - Von anderen wegen Alkoholkonsum kritisiert
 - Wegen Alkoholkonsum schlecht oder schuldig gefühlt
 - Morgens Alkohol konsumiert z. B. um Kater loszuwerden
- c) 3 oder mehr verschiedene Substanzklassen in den letzten 6 Monaten (vgl. 5.6.2, oben, S. 115 ff.)
 - Amphetamin
 - Crystal Meth
 - Heroin
 - Mephedron und andere synthetische Stimulanzien
 - GHB/GBL
 - Ketamin
 - LSD
 - Kokain, Crack
- d) sexualisierter Konsum mit mehr als 10 Partnern
 - im letzten Jahr mehr als 50 % der sexuellen Kontakte unter dem Einfluss von Substanzen, falls 10 oder mehr Partner (vgl. auch 9.1.1, S. 212 f.)
- e) Chemsex-Party (vgl. auch 5.8.3, S. 125 f.)
 - Teilnahme im letzten Jahr und schon länger als nur im vergangenen Jahr
- f) injizierender Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten
 - alle Substanzen außer anabolischen Steroiden und verschriebenen Medikamenten

Unberücksichtigt in dieser Auswertung blieben die folgenden Substanzen, deren Konsum auch mit gesundheitlichen Risiken einhergeht bzw. einhergehen kann:

- Rauchen von Tabakprodukten (und Wasserpfeifen)
- Cannabis, synthetische Cannabinoide
- Ecstasy
- Viagra® und andere erektionsfördernde Substanzen
- Sedativa

Diese hierarchische Gruppierung hat zur Folge, dass eine Person, auf die mehr als eine Substanz der Definitionen a) – f) zutrifft, in die in der Reihenfolge letzte Konsumgruppe zugeordnet wurde. Das bedeutet, dass die Häufigkeit z. B. des problematischen Alkoholkonsums oder des Konsums von Substanzen aus mindestens 3 Substanzklassen in den einzelnen Städten nicht direkt vergleichbar ist, weil diese Form des Substanzkonsums in unterschiedlichem Ausmaß durch z. B. sexualisierten Substanzkonsum oder Chemsex-Parties ersetzt worden sein kann.

ABBILDUNG 85: SUBSTANZKONSUM IN STÄDTEN (N=8.572)



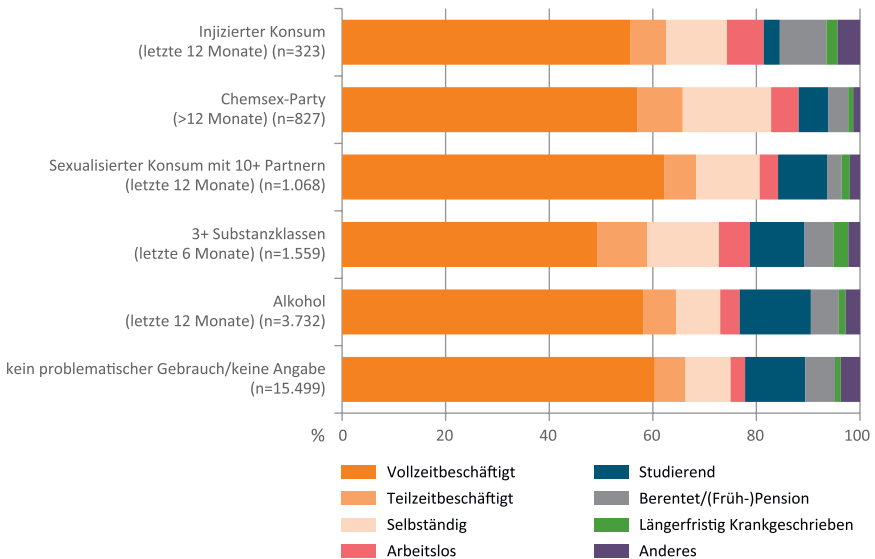
Im Substanzkonsum zeigen sich folgende Konsummuster: je größer die Stadt, desto höher war der Anteil von Befragten, die einen möglichen problematischen Konsum berichteten. In Berlin ist der selbstberichtete Substanzkonsum am höchsten, wie

gleichzeitig auch der Anteil an Polysubstanzkonsum und sexualisierter Substanzkonsum, im Vergleich zu anderen Städten, am höchsten liegen. Der Anteil von Personen, die ein Anzeichen für einen problematischen Alkoholkonsum ohne weiteren Substanzkonsum berichteten, ist in Stuttgart am höchsten. Injizierender Konsum wird von relativ wenigen MSM berichtet, dies vor allem aus Berlin, München, Nürnberg und Dresden.

5.8.6. Substanzkonsummuster nach Beschäftigungssituation und gefühltem Einkommen

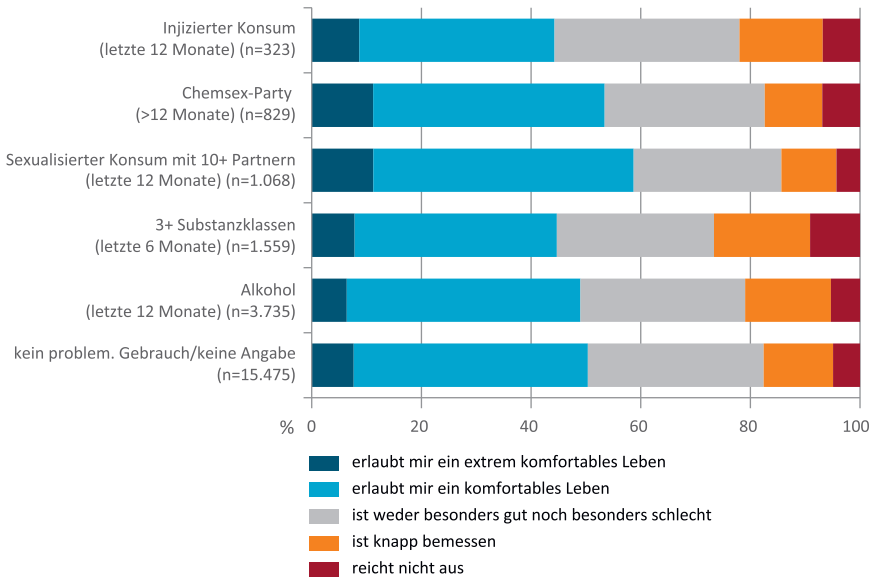
Um den selbstberichteten Substanzkonsum weiter zu betrachten, haben wir die Beschäftigungssituation der Befragten und das gefühlte Einkommen hinzugezogen (vgl. 3.6, S. 46 ff.). Bei der Beschäftigungssituation zeigte sich, dass der höchste Anteil von Personen, die sexualisierten Konsum mit mehr als 10 Partnern berichteten, einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Auch beim injizierenden Konsum ist der Anteil der Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigten hoch. Dies kann jedoch möglicherweise damit zusammenhängen, dass Personen die an EMIS-2017 teilgenommen haben, d.h. diese ausführliche Befragung durchführen konnten, und injizierenden Substanzkonsum berichteten, nicht repräsentativ für die Personengruppe mit injizierendem Gebrauch sind. (Abbildung 86, S. 129)

ABBILDUNG 86: SUBSTANZKONSUM UND BESCHÄFTIGUNGSSITUATION (N=23.008)



Der Anteil von selbstberichtetem nicht ausreichendem Einkommen ist bei Personen, die Konsum von 3 oder mehr Substanzklassen berichteten, am höchsten. Wie bereits erläutert, halten wir EMIS-2017 Teilnehmer, die injizierenden Substanzkonsum berichten, auf Grund der Länge der Umfrage nicht für repräsentativ für alle Männer mit injizierendem Substanzkonsum. Personen mit sexualisiertem Substanzkonsum und Chemsex Konsummuster berichteten am häufigsten, dass ihr Einkommen ihnen ein komfortables Leben ermöglicht. (Abbildung 87, S. 130)

ABBILDUNG 87: SUBSTANZKONSUM UND GEFÜHLTES EINKOMMEN (N=22.989)



5.9. Schutzmaßnahmen und Risikoverhalten (Bundeslandtabellen)

TABELLE 39: BUNDESLANDTABELLEN: SCHUTZMASSNAHMEN UND RISIKOVERHALTEN (N=21.641)

Bundesland	Anzahl Befragte	HAV- Impfung %	HBV- Impfung %	aktueller PrEP- Gebrauch %	jeweils PEP erhalten %	Sex mit >10 Partnern in den letzten 12 Monaten %	Sex mit Frauen in den letzten 12 Monaten %	Kondomloser Analverkehr mit Partner mit unbekanntem HIV-Status %	Injizierender Substanzkonsum, niemals %	sexualisierter Substanzgebrauch (DDM 2-50) %
Baden-Württemb.	2.420	61,0	60,6	1,3	2,1	25,1	11,9	19,6	0,7	2,6
Bayern	2.930	60,4	60,3	1,9	2,3	25,6	11,0	19,3	1,8	3,7
Berlin	3.218	71,1	70,7	6,0	8,3	40,3	6,5	27,3	2,9	10,7
Brandenburg	455	54,5	53,5	1,0	1,7	17,4	16,5	14,3	0,4	2,2
Bremen	212	53,7	57,1	3,1	4,2	22,2	10,8	24,2	0,5	4,7
Hamburg	959	67,5	68,1	2,6	3,1	32,2	7,5	22,5	1,6	4,7
Hessen	1.703	58,7	59,8	2,3	3,3	25,8	12,2	18,8	1,2	4,2
Mecklenburg-Vorp.	343	57,6	57,5	0,3	1,0	13,7	13,1	14,7	0,3	3,6
Niedersachsen	1.527	55,7	56,8	0,9	0,8	18,3	11,1	16,8	0,7	2,6
Nordrhein-Westfal.	4.300	58,1	58,0	1,6	2,8	25,3	11,1	20,6	1,4	5,0
Rheinland-Pfalz	713	57,7	59,6	1,1	1,1	25,5	13,5	18,9	1,0	4,7
Saarland	245	53,0	55,1	1,4	1,4	24,1	9,8	24,6	0,0	2,1
Sachsen	1.110	64,8	63,6	0,8	1,8	19,9	13,7	18,4	1,2	2,8
Sachsen-Anhalt	404	49,6	51,6	0,5	0,3	15,1	14,1	18,3	0,5	3,8
Schleswig-Holstein	725	50,9	51,5	1,6	0,6	21,0	11,0	19,1	1,1	2,7
Thüringen	377	52,7	53,9	0,3	0,8	13,8	16,4	16,7	0,3	1,9
Total	21.641	60,6	60,7	2,1	3,0	26,2	10,9	20,5	1,4	4,8

6. PRÄVENTIONSBEDARFE

6.1. Unbefriedigte Präventionsbedarfe in Bezug auf alle Gesundheitsverhaltensweisen

Einige Gesundheits- bzw. Präventionsbedarfe sind nicht verhaltensspezifisch, sondern beziehen sich auf ein breites Spektrum von Verhaltensweisen und Einstellungen. Zwei wichtige Faktoren, welche die Gesundheit von MSM nachhaltig beeinflussen, sind soziale Unterstützung und verinnerlichte geringe Homonegativität. [23]

Um die Befragung möglichst kurz zu halten, wurden alle Teilnehmer entweder zu mangelnder sozialer Unterstützung oder internalisierter Homonegativität befragt. Die Zuordnung zu einem der beiden Frageblöcke wurde durch die Erhebungsoftware nach dem Zufallsprinzip randomisiert.

6.1.1. Mangelnde soziale Unterstützung

Der Hälfte der Befragten wurden in zufälliger Reihenfolge die folgenden 8 Aussagen vorgelegt, die mit 4 Möglichkeiten von „Stimme gar nicht zu“, „Stimme eher nicht zu“, „Stimme eher zu“ und „Stimme voll zu“ bewertet werden sollten:

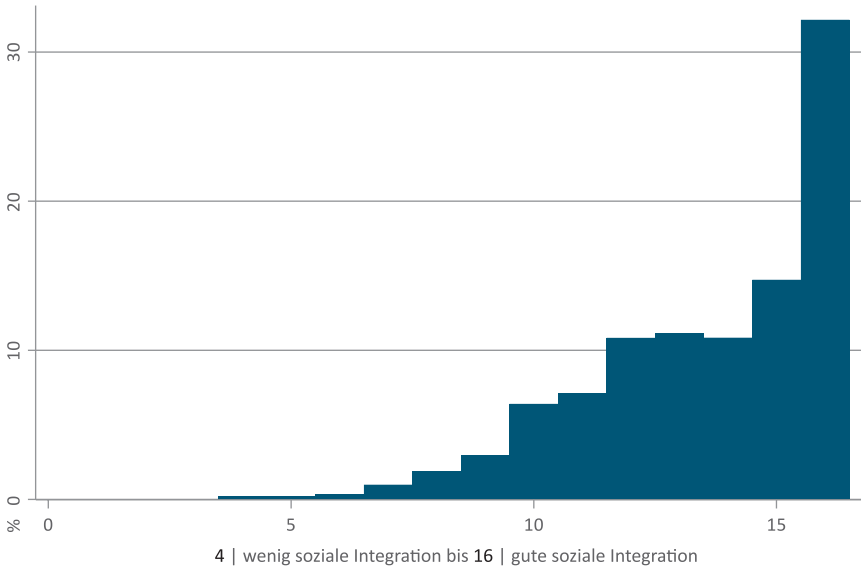
- Es gibt niemanden, der gerne die gleichen Dinge unternimmt wie ich.
- Es gibt Menschen, auf deren Hilfe ich mich verlassen kann, wenn ich sie brauche.
- Ich fühle mich als Teil einer Gruppe von Menschen, die meine Ansichten und Werte teilen.
- Falls etwas in meinem Leben schiefgeht, würde mir niemand helfen.
- Es gibt Menschen, auf die ich im Notfall zählen kann.
- Es gibt niemanden, der meine Belange und Interessen teilt.
- Es gibt Menschen, die die gleichen gesellschaftlichen Aktivitäten mögen wie ich.
- Es gibt niemanden, auf dessen Hilfe ich mich verlassen kann, wenn ich sie wirklich brauche.

Die ersten 4 Aussagen reflektieren soziale Integration und die weiteren 4 Aussagen verlässliche Unterstützung.

Soziale Integration ist das Ausmaß, in dem sich Menschen einer Gruppe zugehörig fühlen. Für jede Aussage wurden zwischen einem Punkt und vier Punkten vergeben; so konnte jeweils ein Score zwischen 4 und 16 Punkten für soziale Integration und für verlässliche Unterstützung ermittelt werden.

Abbildung 88 (S. 133) zeigt, wie sich die Werte für die gesamte Stichprobe verteilen. Im Idealfall ist der erreichte Score hoch und erscheint rechts in der Grafik.

ABBILDUNG 88: SOZIALE INTEGRATION (N=11.462)



Die Werte für die Selbstangaben zur sozialen Integration lagen im Mittel bei 13,6 und im Median bei 12 von 16 Punkten. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmer (46,9 %) berichtete mit 14 oder mehr Punkten gut sozial integriert zu sein. Fast ein Drittel (32,2 %) erreichten den maximalen Score, ein durchaus erfreuliches Ergebnis.

Es überrascht nicht und ist erfreulich, dass Männer, die berichteten, dass alle oder fast alle Personen in ihrem Umfeld wissen, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen, den größten Anteil sozialer Integration berichteten. Bei Männern, die geringe soziale Integration berichteten, machte die Information des Umfelds keinen Unterschied. (Abbildung 89, S. 134) Ebenso fördern finanzielle Umstände, die ein komfortables oder sogar extrem komfortables Leben ermöglichen, das Gefühl der sozialen Integration. Der Anteil aller, die den maximalen Score erreichen, geht von 43,8 % bei Männern mit extrem komfortablem Leben auf 15,3 % bei denen zurück, die unzureichende finanzielle Mittel berichten. (Abbildung 90, S. 134)

ABBILDUNG 89: SOZIALE INTEGRATION UND OUTNESS (N=11.326)

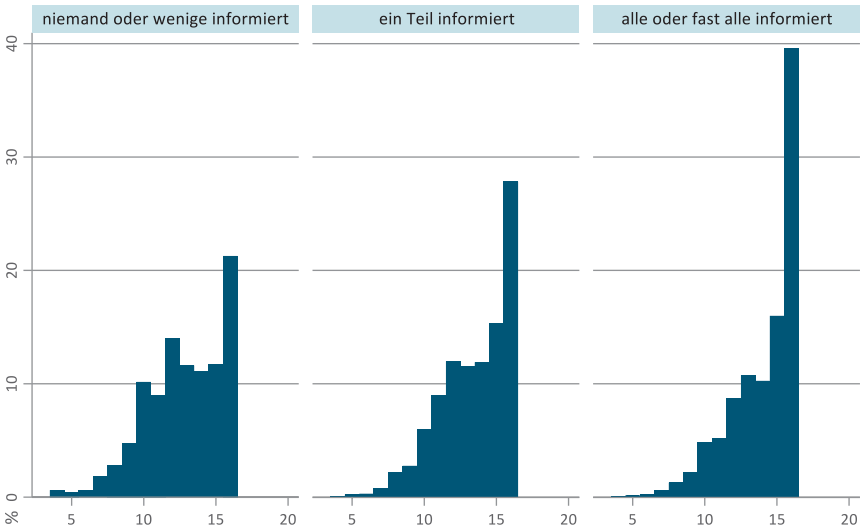
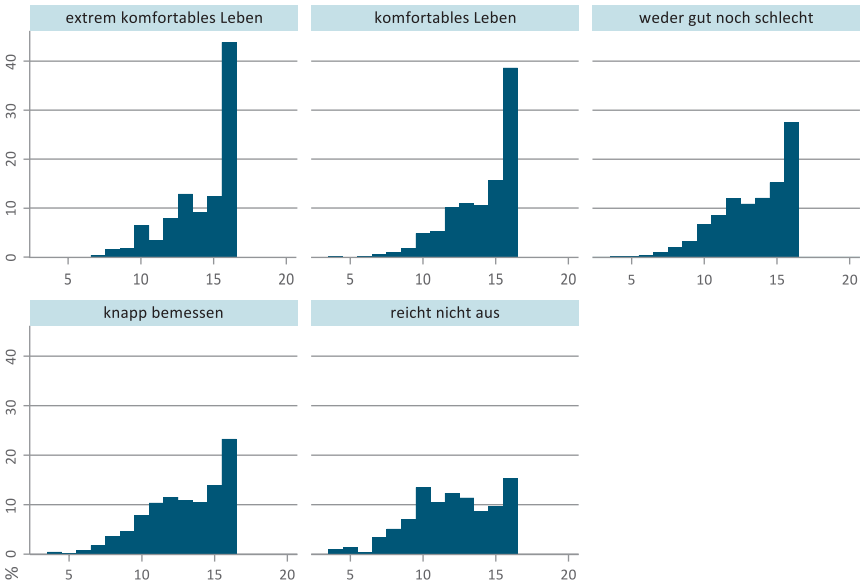
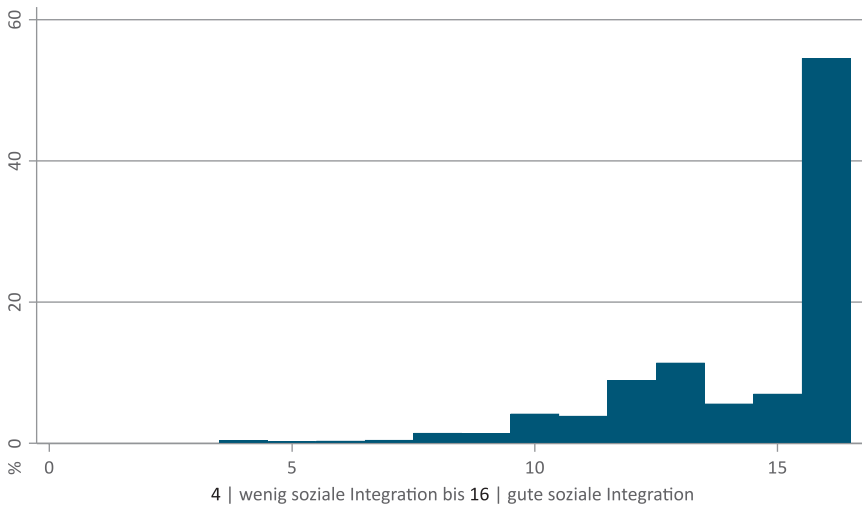


ABBILDUNG 90: SOZIALE INTEGRATION UND GEFÜHLTES EINKOMMEN (N = 11.426)



Zuverlässige Unterstützung bezieht sich auf das Ausmaß, in dem sich Menschen auf andere verlassen können und einen Menschen in schwierigen Situationen zu haben, der Beistand leistet. Auch hier konnte ein Wert zwischen 4 und 16 Punkten erreicht werden. Die Verteilung wird in Abbildung 91 (S. 135) dargestellt. Auch hier ist im Idealfall der erreichte Score hoch und erscheint auf der Grafik rechts.

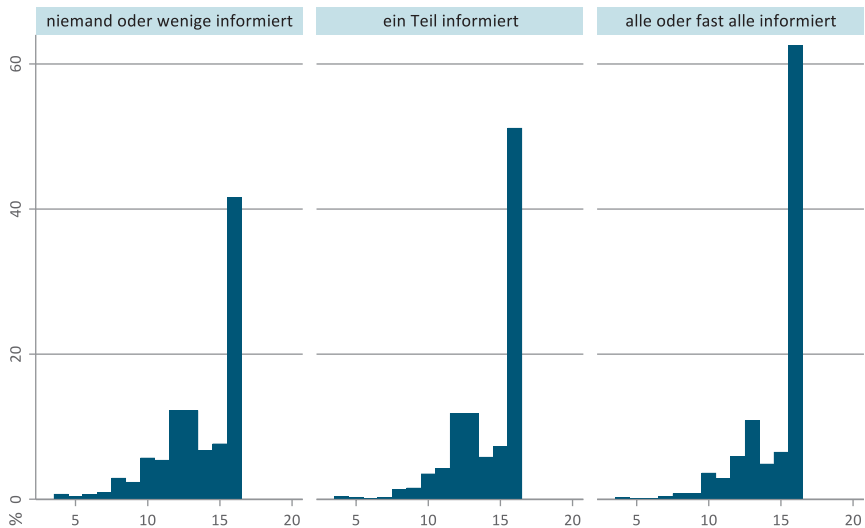
ABBILDUNG 91: VERLÄSSLICHE UNTERSTÜTZUNG (N=11.387)



Die Werte für die Selbstangaben zur verlässlichen Unterstützung lagen im Mittel bei 14,3 und im Median bei 16 Punkten. Fast ein Drittel der Teilnehmer (61,2 %) berichtete mit 14 oder mehr Punkten auf eine verlässliche Unterstützung zu zählen zu können. Mehr als die Hälfte (54,5 %) erreichte den maximalen Score; auch hier ein sehr erfreuliches Ergebnis.

Wie bereits bei der sozialen Integration beobachtet, zeigt sich auch hier wieder ein Zusammenhang mit der Offenheit über die Anziehung zu Männern. Anders als bei der sozialen Unterstützung zeigt sich eine zweigipfelige Verteilung: verlässliche Unterstützung wird sehr häufig komplett oder mit einem mittleren Punktwerk häufiger angegeben. (Abbildung 92, S. 136)

ABBILDUNG 92: VERLÄSSLICHE UNTERSTÜTZUNG UND OUTNESS (N=11.351)



6.1.2. Internalisierte Homonegativität

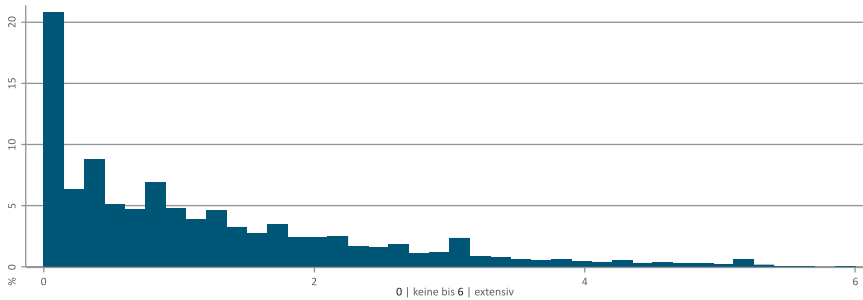
Es hat sich gezeigt, dass negative Gefühle und ein negatives Selbstbild gegenüber der eigenen Homosexualität mit einem erhöhten sexuellen Risiko assoziiert sind und weniger als z. B. HIV-Testung als Prädiktor für Angstzustände und Depressionen bei MSM gelten. [24] EMIS-2017 bediente sich der Short Internalized Homonegativity Scale (Kurze Homonegativitätsskala) SIHS um das Ausmaß der Homonegativität zu erfassen. Männer, die nicht zu ihrer sozialen Unterstützung (6.1.1 oben, S. 132) befragt worden sind, wurden sieben Aussagen präsentiert, die auf einer Skala von 1 „Stimme gar nicht zu“ bis 7 „Stimme voll zu“ bewertet werden sollten:

- Ich fühle mich in Schwulenkneipen/-bars wohl.
- Ich fühle mich in Gegenwart von offen schwulen Männern unwohl.
- Es macht mir nichts aus, wenn ich in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich schwulen Person gesehen werde.
- Es macht mir nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität zu sprechen.
- Ich fühle mich wohl als homosexueller Mann.
- Homosexualität ist für mich moralisch akzeptabel.
- Ich würde meine sexuelle Orientierung nicht ändern, selbst wenn ich es könnte.

Diese sieben Antworten addieren sich zu einem Score zwischen 0 und 42, der mit 7 dividiert wird und so ein Ergebnis zwischen 0 und 7 Punkten mit 43 Zwischenwerten

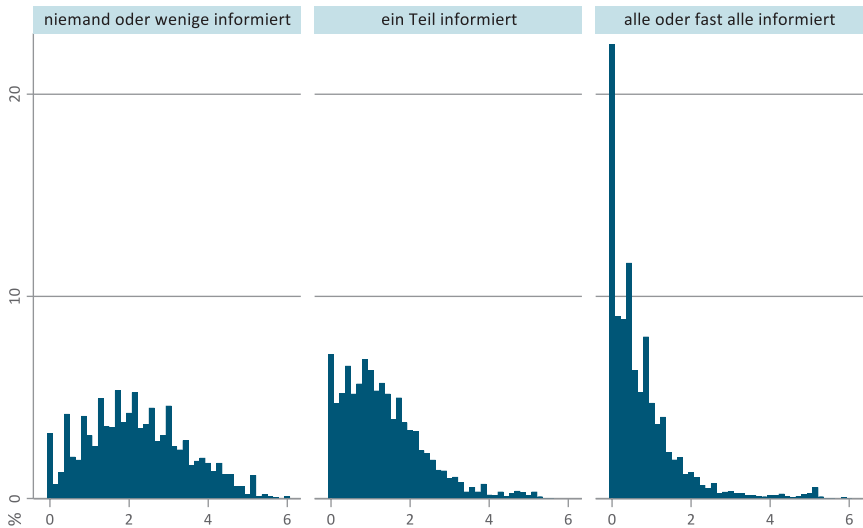
ergibt. Das Ergebnis wird in Abb. 93 (S. 137) : Homonegativität (N=10.013) dargestellt. Im Idealfall wäre die Verteilung im Histogramm stark linksverschoben, d.h. die meisten Teilnehmer hätten einen sehr geringen Wert für Homonegativität berichtet.

ABBILDUNG 93: HOMONEGATIVITÄT (N=10.013)



Die ermittelten Werte lagen in Mittel bei 1,2. Ein Viertel der Teilnehmer berichtete einen Wert von 0,29, also sehr nahe der erwünschten Null. Der Medianwert lag bei 0,86 und bei einem Viertel der Teilnehmer lag der Wert über 1,75. Einen Score von 4 und mehr hatten 3,4 % der Antwortenden. Starke Gefühle von Nicht-Akzeptanz und Herabwertung der eigenen Homosexualität wurden also nur bei einem geringen Anteil von Teilnehmern gefunden.

ABBILDUNG 94: HOMONEGATIVITÄT UND OUTNESS (N=9.930)



In den Altersgruppen sehen wir, dass sich die selbstberichtete Homonegativität auch nach Alter etwas unterscheidet. Im Median lag sie für alle bei 5,9 (SD: 1,87) und war in der Altersgruppe der 40–64-Jährigen am höchsten (6,1 (SD: 1,75)). Der Anteil mit höchster Homonegativität war in der jüngsten Altersgruppe am geringsten, in anderen Worten, die jüngste Altersgruppe berichtet häufiger von einer Akzeptanz. (Abbildung 95, S. 138) Dies steht im Kontrast dazu, dass der Anteil von größter Homonegativität von Männern mit einem extrem komfortablen Einkommen berichtet wird. (Abbildung 96, S. 139)

ABBILDUNG 95: HOMONEGATIVITÄT UND ALTERSGRUPPE (N=10.013)

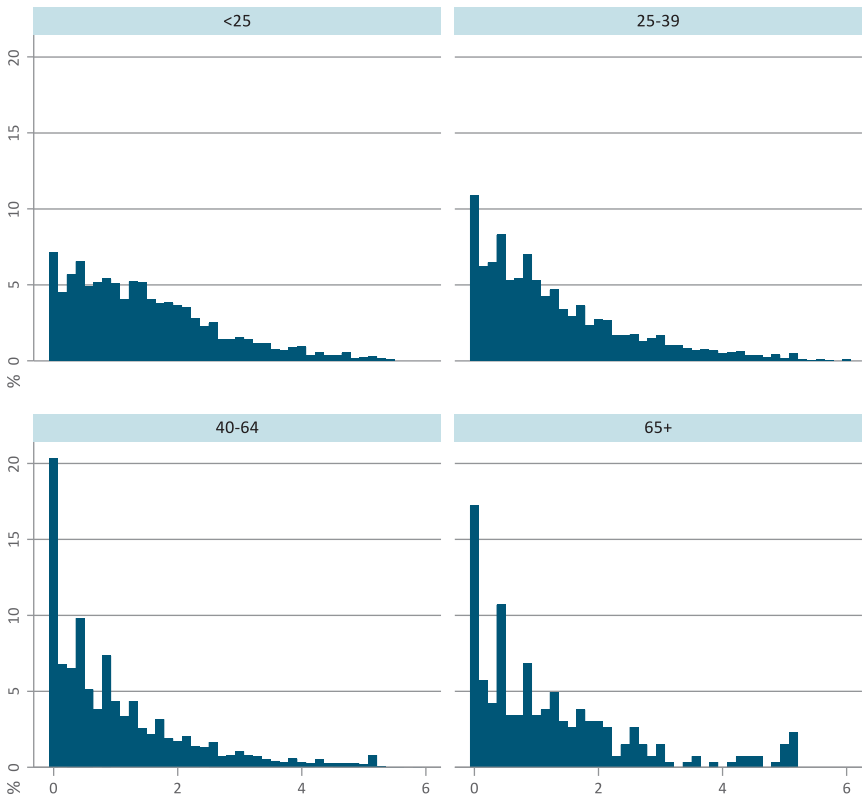
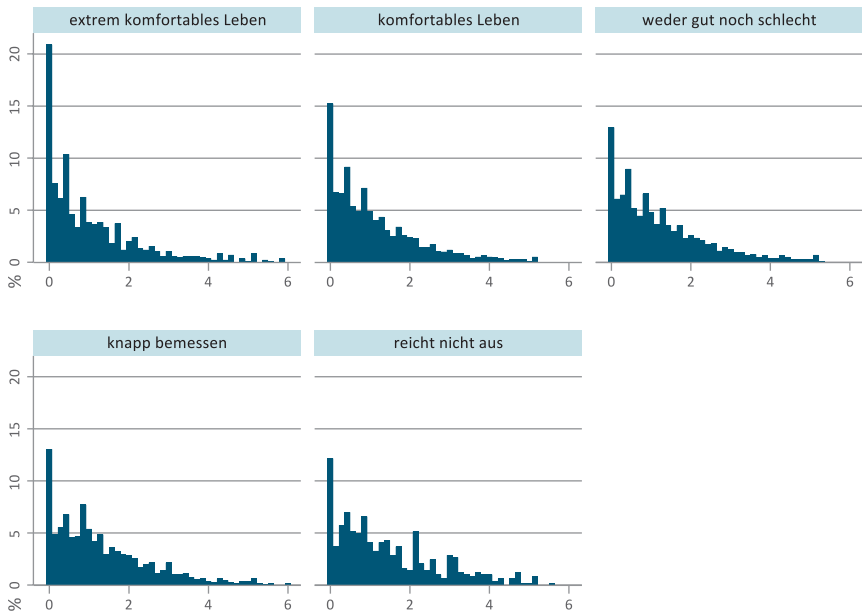


ABBILDUNG 96: HOMONEGATIVITÄT UND GEFÜHLTES EINKOMMEN (N=9.980)



6.2. Unerfüllte Bedarfe bezüglich Safer Sex

Um Safer Sex zu haben, brauchen Männer Möglichkeiten, Fähigkeiten und die Motivation, dies tatsächlich auch zu tun. Wir haben Wissen (Motivation), Kondomzugang (Möglichkeiten) und sexuelle Selbstwirksamkeit (Fähigkeiten) gemessen, um einen Überblick über unerfüllte Safer-Sex-Bedürfnisse zu erhalten.

6.2.1. Niedrige Selbstwirksamkeit: Wie sicher möchte ich sein und wie einfach ist es, ‚Nein‘ zu sagen

Alle Männer wurden gefragt, ob sie den folgenden Aussagen zustimmen:

- Der Sex, den ich habe, ist immer so sicher, wie ich möchte.
- Es fällt mir leicht, „nein“ zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte.

Die 5 Antwortmöglichkeiten sind in 11.1.6 (S. 266) dargestellt.

Es zeigte sich, dass Männer mit steigendem Alter berichteten, selbstwirksamer mit Ihren Wünschen zur Sicherheit beim Sex umzugehen und es einfacher finden, ungewünschten Sex abzulehnen. Jedoch stieg mit dem Alter auch leicht der Anteil jener, für die dies nicht funktioniert. (Abbildung 97, S. 140; Abbildung 98, S. 140)

ABBILDUNG 97: SICHERHEIT BEIM SEX NACH ALTERSGRUPPE (N=23.007)

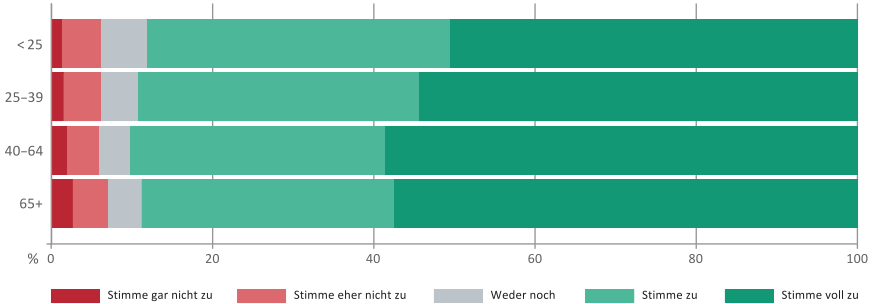
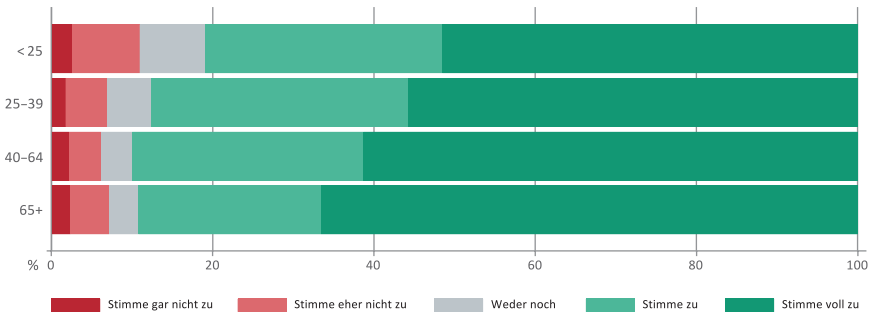


ABBILDUNG 98: SEX ABLEHNEN DEN MAN NICHT MÖCHTE UND ALTERSGRUPPE (N=22.946)



Zudem zeigte sich, dass höhere sexuelle Zufriedenheit ebenfalls mit sexueller Selbstwirksamkeit zu Safer Sex und der Ablehnung von ungewünschtem Sex korrelierte. (Abbildung 99, S. 141; Abbildung 100, S. 141)

ABBILDUNG 99: SICHERHEIT BEIM SEX UND SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT (N=22.435)

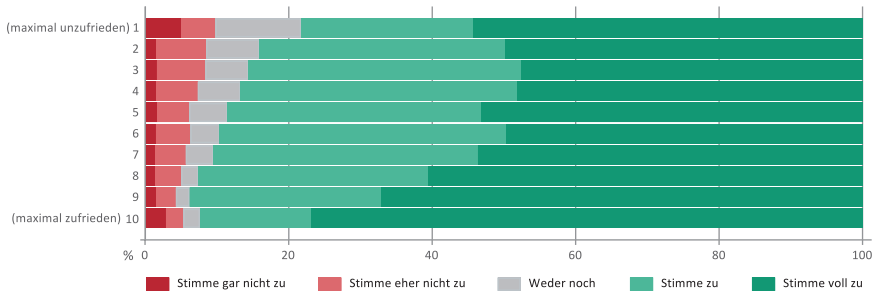
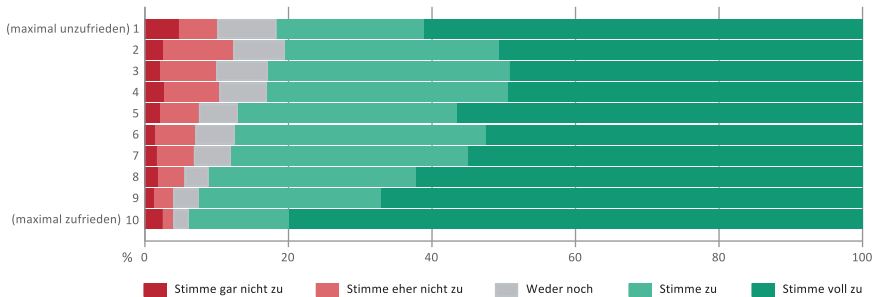


ABBILDUNG 100: SEX ABLEHNEN DEN MAN NICHT MÖCHTE UND SEXUELLE ZUFRIEDENHEIT (N=22.369)

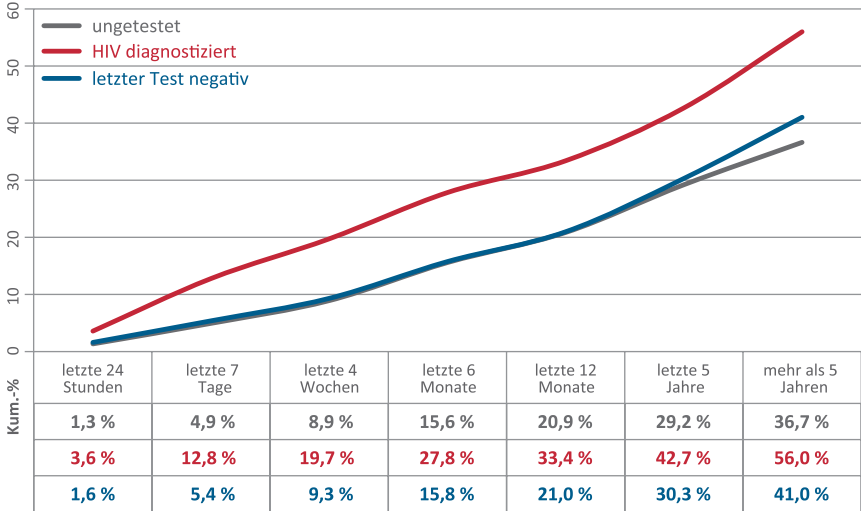


6.2.2. Unzureichender Zugang zu Kondomen: kondomloser Verkehr, weil kein Kondom verfügbar war

Alle Teilnehmer wurden gefragt, „Wann haben sie das letzte Mal ohne Kondom gefickt, nur weil Sie kein Kondom zur Hand hatten?“ mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenskala (11.1.1, S. 264). Männer mit diagnostizierter HIV-Infektion hatten rezenter Sex häufiger ohne Kondom als Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet worden sind oder deren letzter Test negativ war. (Abbildung 101, S. 142) Der Anteil aller, die angegeben hatten, noch nie ohne Kondom gefickt zu haben, lag insgesamt bei 58,4 %, war bei Männern unter 25 Jahren mit 63,3 % am höchsten und reduzierte sich auf 47,9 % bei Männern in der Altersgruppe ab 65 Jahren.

Kondome bieten Schutz vor Infektionen mit HIV und STI. Welche anderen Schutzstrategien, z. B. PrEP und Kommunikation über den HIV-Status beim Analverkehr mit einem nicht-festen Partner, zur Anwendung kommen, wird in Kapitel 9.4 (S. 226 ff.) dargestellt.

ABBILDUNG 101: REZENZ DES LETZTEN FICKENS OHNE KONDOM WEIL KEIN KONDOM ZUR HAND WAR, NACH HIV-TESTSTATUS (N=22.806)



6.2.3. Kenntnisse über HIV- und STI-Übertragung

Kenntnisse zur Übertragung von HIV und STI sind die Grundvoraussetzung selbst Risiken abzuwägen, sich für adäquate Schutzstrategien zu entscheiden, im Bedarfsfall eine Testung aufzusuchen und so seine Sexualität ohne gesundheitliche Folgen genießen zu können. Allen Männern wurden wahrheitsgemäße Aussagen vorgelegt, zu denen sie sich mit „Das wusste ich bereits“ über „Darüber war ich mir nicht sicher“, „Das wusste ich noch nicht“ und „Ich verstehe das nicht“ bis „Ich glaube nicht, dass das stimmt“ positionieren konnten:

- HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.
- Man kann sich beim „aktiven“ ungeschützten Ficken mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.
- Man kann sich über seinen Enddarm (oder seine Vagina) beim „passiven“ ungeschützten Ficken mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.
- Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV.
- STI sind häufig symptomlos und man kann sich angesteckt haben, ohne es zu merken.
- Die richtige Anwendung von Kondomen beim Ficken reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken.

Die größten Wissenslücken befanden sich in der Unkenntnis, dass STI asymptomatisch sein (31,0 %) und leichter als HIV übertragen werden können (29,3 %). Dass man sich als insertiver Partner ebenfalls mit HIV anstecken kann, war 12,9 % der Teilnehmer nicht bekannt. Dass man sich beim Küssen nicht mit HIV infizieren kann, wussten 9,0 % der Befragten nicht. (Tabelle 40, S. 143)

TABELLE 40: WISSENSFRAGEN ZUR ÜBERTRAGUNG VON HIV UND STI (N=22.918–23.008)

Wissensfragen zur Übertragung von HIV und STI (N=22.918–23.008)	Das wusste ich bereits (%)	Darüber war ich mir nicht sicher (%)	Das wusste ich noch nicht (%)	Ich verstehe das nicht (%)	Ich glaube nicht, dass das stimmt (%)	Bisher noch nicht bekannt (%)
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	91,0 %	5,8 %	1,3 %	0,1 %	1,8 %	9,0 %
Man kann sich beim „aktiven“ ungeschützten Ficken mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	87,1 %	8,7 %	2,9 %	0,3 %	1,0 %	12,9 %
Man kann sich über seinen Enddarm (oder seine Vagina) beim „passiven“ ungeschützten Ficken mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	95,2 %	3,1 %	1,3 %	0,2 %	0,3 %	4,8 %
Die meisten STI können leichter weitergeben werden als HIV.	70,7 %	15,3 %	11,5 %	1,8 %	0,6 %	29,3 %
STI sind häufig symptomlos, und man kann sich angesteckt haben, ohne es zu merken.	69,0 %	16,2 %	12,5 %	1,6 %	0,8 %	31,0 %
Die richtige Anwendung von Kondomen beim Ficken reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken.	94,0 %	2,5 %	2,5 %	0,6 %	0,3 %	6,0 %

Tabelle 41 vergleicht die Anteile der nicht bereits bekannten Antworten der Wissensfragen aus Tabelle 40 mit den Anteilen aus verschiedenen Subgruppen. Als Subgruppen fokussieren wir hier auf MSM unter 25 und ab 65 Jahren, mit niedriger Bildung, und MSM die ihre Vorliebe für Männer ihrem Umfeld nicht mitteilen, d. h. nicht out sind. Die Präventionsbedarfe, Interventionen, Verhalten und Morbiditäten dieser und weiterer Gruppen werden in Kapitel 8 (S. 181ff.) aufgegriffen. Tabelle 41 fokussiert auf Wissenslücken.

TABELLE 41: NICHT BEREITS BEKANNTE WISSENSFRAGEN ZUR ÜBERTRAGUNG VON HIV UND STI NACH SUB-GRUPPEN (N=22.227–23.008)

Nicht bereits bekannte Wissensfragen zur Übertragung von HIV und STI (N=22.227–23.008)	Referenzgruppe vgl. Tab. 40	<25 Jahre alt	≥65 Jahre alt	niedrige Bildung (N=)	nicht out
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	9,0 %	9,3 %	14,6 %	14,8 %	15,3 %
Man kann sich beim „aktiven“ ungeschützten Ficken mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	12,9 %	13,5 %	19,0 %	20,3 %	17,7 %
Man kann sich über seinen Enddarm (oder seine Vagina) beim „passiven“ ungeschützten Ficken mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	4,8 %	6,5 %	7,6 %	13,2 %	8,5 %
Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV.	29,3 %	44,4 %	41,0 %	43,8 %	41,5 %
STI sind häufig symptomlos, und man kann sich angesteckt haben ohne es zu merken.	31,0 %	39,8 %	43,5 %	42,5 %	42,5 %
Die richtige Anwendung von Kondomen beim Ficken reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken.	6,0 %	7,1 %	8,6 %	15,5 %	9,3 %

MSM mit weniger Bildungschancen und Männer, die nicht out sind, zeigten das geringste Wissen zur Übertragung von HIV und STI und stellen wichtige Zielgruppen für Präventionsbotschaften dar.

6.3. Unerfüllte Bedarfe bezüglich sichereren Drogenkonsums: Bedenken bezüglich des eigenen Drogenkonsums

Alle Männer, die nicht-legalen Substanzkonsum angegeben haben, wurden gebeten, die Aussage „Ich mache mir Sorgen über meinen Drogenkonsum“ einzuschätzen, mit den Auswahlmöglichkeiten „Stimme gar nicht zu“ bis zu „Stimme voll zu“ (11.1.6, S. 266) und der Alternative „Ich nehme keine Drogen“. Männern, die keinen Konsum in den letzten 12 Monaten angegeben hatten, wurde diese Frage nicht gestellt. Etwas weniger als ein Viertel aller Männer gab an, sich keine Sorgen zu machen. Unter jenen, die nicht-legalen Substanzkonsum im letzten Jahr angegeben hatten, waren es mehr als 40 %. Sorgen hingegen machten sich 3,2 % aller Männer und 5,6% mit nicht-legalem Substanzkonsum im letzten Jahr. 18,8 % aller Männer, die in den im Fragebogen vorausgehenden Fragen zum Substanzkonsum deren Verwendung in den letzten 12 Monaten angegeben hatten, antworteten hier, dass sie keine Substanzen konsumiert hätten. Dies könnte durch einen seltenen Konsum erklärt werden oder aber auch weil sie den Konsum seither beendet haben. (Tabelle 42, S.145)

TABELLE 42: SORGEN ÜBER SUBSTANZKONSUM (N=23.107)

Ich mache mir Sorgen über meinen Drogenkonsum	% Männer (N=23.107)	% Männer die im letzten Jahr nicht-legale Substanzen konsumiert haben (N=13.262)
Stimme voll zu	0,8	1,4
Stimme eher zu	2,4	4,2
Weder noch	2,8	4,8
Stimme eher nicht zu	7,3	12,7
Stimme gar nicht zu	23,8	41,4
Ich nehme keine Drogen	10,8	18,8
Nicht gefragt weil kein Konsum in den letzten 12 Monaten	52,2	16,7
Total	100,0	100,0

6.4. Unerfüllte Bedarfe bezüglich von PEP-Anwendung (Postexpositionsprophylaxe)

Das Thema HIV-Postexpositionsprophylaxe wurde mit der Frage „Haben Sie schon mal von PEP gehört?“ und den Antwortmöglichkeiten „nein“, „ja“ und „ich bin mir nicht sicher“ eingeleitet. Darauf folgten 3 korrekte Aussagen über die PEP, die wieder mit den bekannten Antwortmöglichkeiten von „das wusste ich bereits“ über „ich verstehe das nicht“ und Zweifeln mit „ich glaube nicht, dass das stimmt“ eingestuft werden konnte.

6.4.1. PEP nicht bekannt

Insgesamt war mehr als einem Drittel der Befragten die PEP nicht bekannt. Das Wissen, was die PEP ist und wie man sie erhält sind essentielle Voraussetzungen dafür, dass sie bei Bedarf dann auch genommen werden kann. Männer mit HIV-Diagnose sind deutlich besser über die PEP informiert (88,9 %) als Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet worden sind (39,9 %). Dieser Wissensvorsprung von Männern mit HIV-Diagnose zur HIV-PEP, der sehr wahrscheinlich auch zu Treatment-as-Prevention (TasP) und N=N deutlich höher ist, überrascht nicht. Etwa die Hälfte der Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet wurden, kannten die PEP nicht und weitere 10,8 % waren sich unsicher. Dies zeigt auf, dass diese Gruppe hinsichtlich PEP, aber sicherlich auch hinsichtlich TasP und N=N noch nicht gut genug erreicht worden ist.

TABELLE 43: KENNTNIS DER PEP UND HIV-STATUS (N=22.546)

Schon mal von PEP gehört?	ungetestet	HIV diagnostiziert	letzter Test neg.	Gesamt
Nein	49,2 %	6,7 %	21,8 %	26,7 %
Ja	39,9 %	88,9 %	68,5 %	63,9 %
Ich bin mir nicht sicher	10,8 %	4,5 %	9,8 %	9,5 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

6.4.2. Mangelhaftes PEP-Wissen

Siehe Kapitel 5.2.3 (S. 91)

6.4.3. Mangelndes Zutrauen in den Zugang zu PEP

Siehe Kapitel 5.2.4 (S. 92)

6.5. Unbefriedigte Bedarfe bezüglich des PrEP Einsatzes (Präexpositionsprophylaxe)

6.5.1. Unzureichende PrEP-Kenntnisse

Eine finanziell erschwingliche Präexpositionsprophylaxe ist seit September 2017 in Deutschland mit Privatrezept erhältlich, als Leistung der Krankenkasse seit dem 01.09.2019. Zum Zeitpunkt der Befragung war die PrEP eine für viele, aber nicht für alle erschwingliche (ca. 50 Euro für Medikamente/Monat, ohne Laboruntersuchungen) Präventionsmöglichkeit.

Insgesamt haben 60,3 % der Befragten bereits von der PrEP gehört. Der Kenntnisstand unterscheidet sich stark nach HIV-Teststatus. Von den ungetesteten Personen haben 36,9 % von der PrEP gehört, bei den Personen mit negativem HIV-Test waren es 64,6 % und bei den mit HIV Diagnostizierten 86,4 %. Das Alter hatte hier einen weniger starken Einfluss: bei den unter 25-Jährigen hatten 50,3 % davon gehört, bei den über 40-Jährigen 57,7 % und bei den 25- bis 39-Jährigen 66,5 %. Die Wohnortgröße hatte jedoch einen starken Einfluss: fast doppelt so viele Personen aus Metropolen (79,7 %) kannten die PrEP bereits, im Vergleich zu Männern aus kleinen Gemeinden (41,4 %).

Die Frage, ob jemand die PrEP nehmen würde, entkräftete diese realen Hürden in der Formulierung: „Wenn die PrEP für Sie verfügbar und bezahlbar wäre, wie wahrscheinlich wäre es, dass Sie die PrEP nehmen?“ mit den Antwortmöglichkeiten „sehr unwahrscheinlich“, „ziemlich unwahrscheinlich“, „ich bin mir nicht sicher“, „ziemlich wahrscheinlich“ und „sehr wahrscheinlich“. Ein Drittel der Befragten war sich nicht sicher, jeweils ein weiteres Drittel fand es wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich.

Der Kenntnisstand zur PrEP wurde mit drei wahrheitsgemäßen Aussagen erfasst: (1) „Bei der HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Sex, um sich vor HIV zu schützen“, (2) „Die PrEP kann als tägliche Tablette eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat“, (3) Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 Tabletten 24 Stunden vor dem Sex, und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Dosis eingenommen werden.“

Die letzte Einnahmeweise wurde und wird weiterhin in Deutschland nicht empfohlen. Da EMIS-2017 jedoch international durchgeführt wurde, behielt auch die deutsche Version der Umfrage diese Option bei, vor allem auch, da sie in der Community bekannt war. Bei einigen Personen lässt sich so die Anzahl der benötigten Tabletten pro Monat reduzieren und es können Kosten eingespart werden.

Am häufigsten wurden alle drei Aussagen mit „das wusste ich noch nicht“ eingestuft (34 %). Dass alle drei Aussagen bereits bekannt waren, ist die am zweithäufigsten genannte Kombination von 20 % der Befragten. Auch hier zeigte sich wieder eine Korrelation mit der Wohnortgröße. Personen mit Wohnsitz in einer Metropole haben mit 27 % am häufigsten drei Mal die Option „das wusste ich bereits“ ausgewählt, der Anteil ging mit der Wohnortgröße zurück und lag bei Personen mit Wohnsitz in einer kleineren Gemeinde knapp unter 13 %. Invers zeigte sich die Verteilung von „das wusste ich noch nicht“: In Metropolen war dies in 18 % der Antworten der Fall, in kleineren Gemeinden stieg der Anteil auf 50 % unter allen Antwortkombinationen. Weniger stark ausgeprägt waren die Unterschiede in den Altersgruppen: 30 % der 25- bis 29-Jährigen gaben an, dieses Wissen noch nicht zu haben, bei den über 40-Jährigen waren es 35 % und bei den unter 25-Jährigen 44 %. Der Altersunterschied bei der Einstufung als bekanntes Wissen war jedoch geringer: bei den unter 25-Jährigen waren dies 15 %, bei allen über 25 Jahren 21 %.

Zusammenfassend zeigte sich, dass das Community-Wissen zur PrEP vor allem bei Personen aus kleinen Gemeinden noch unzureichend war und bisher Männer älter als 25 Jahre besser mit diesen Informationen erreicht worden sind.

Von einem Arzt oder einer Ärztin oder sonstigen Mitarbeiter*innen des Gesundheitsdienstes wurden 7,2 % der Teilnehmer auf die Möglichkeit der PrEP angesprochen. Auch hier war es bei den Männern unter 25 Jahren der geringste Anteil mit 4,7 %, bei den über 40-Jährigen waren dies 6,8 % und bei den 25- bis 39-Jährigen 8,5 %. Einen starken Einfluss hatte die Wohnortgröße: in Metropolen lag der Anteil bei 12,9 % und sank in kleineren Gemeinden auf 3,2 %. Solche Informationsgespräche² fanden bei 39,9 % in einer (fach-) ärztlichen Praxis bzw. HIV-Schwerpunktpraxis und bei 38,3 % in einem Gesundheitsamt, einer Aidshilfe oder einem Checkpoint statt. Häufig wurden auch allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Praxen (21,3 %) genannt. Bei den Freitextantworten (7,4 %) wurden private Kontakte zu Ärzt*innen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen von Selbsthilfeorganisationen, Outreach-Arbeit z. B. in Saunas und auf dem CSD am häufigsten genannt.

Versucht die PrEP zu bekommen haben nur 3,7 % (856) der Befragten, auch hier waren Personen aus Metropolen am stärksten vertreten (6,6 %; 411).

Jemals die PrEP eingenommen haben 513 Männer, davon gaben 62,4 % (320) an, sie täglich zu nehmen und 25,7 % (132) bei Bedarf, aber nicht täglich. Die PrEP wurde von 7,8 % (40) aktuell nicht mehr eingenommen und 4,1 % (21) der Befragten gaben an, sich nicht mehr daran zu erinnern. Obwohl die PrEP zu diesem Zeitpunkt noch keine Krankenkassenleistung war, berichtete die Mehrheit, die PrEP täglich einzunehmen. Mit einem Arzt hatten vor dem Beginn der PrEP 391 Personen gesprochen. Dies waren 88 % der Personen, die die PrEP täglich einnehmen und 60 %

² In einer Mehrfachauswahl wurde nach dem Setting gefragt. Im Mittel wurden dafür 1,1 Orte angegeben

derer, die PrEP bei Bedarf nehmen. Etwas mehr als die Hälfte (54,5 %) berichtete, für die PrEP ein ärztliches Rezept erhalten bzw. die PrEP verschrieben bekommen zu haben. Am häufigsten wurde die PrEP in einer (fach-) ärztlichen Praxis (72,1 %) oder allgemeinmedizinischen oder hausärztlichen Praxis (23,4 %) verschrieben. Die Adhärenz der Einnahme scheint hier auch mit der medizinischen Beratung zu korrelieren.

Die Tabletten haben die Mehrheit in einer Apotheke erhalten (32,7 % (176) Apotheke; 28,4 % (153) Online-Apotheke), 10,0 % (54) direkt über eine (fach-) ärztliche Praxis bzw. HIV-Schwerpunktpraxis und 9,9 % (53) im Rahmen einer PrEP-Studie. Bei den weiteren Bezugsquellen fällt auf, dass 6,5 % (35) berichteten, die Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt zu haben und 2,4 % (13) sich PEP Medikamente verschreiben haben lassen, um diese als PrEP zu verwenden.

6.6. Unbefriedigte Bedarfe bezüglich HIV-Testung und -Behandlung

6.6.1. Wissen zu HIV-Testung und -Behandlung

Vier Fragen haben das Wissen über HIV und den HIV-Test eruiert. (1) „AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.“ (2) „Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.“ (3) „Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.“ (4) „Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.“ Alle vier wahrheitsgemäßen Aussagen sollten auch hier wieder mit „Das wusste ich bereits“, „Darüber war ich mir nicht sicher“, „Das wusste ich noch nicht“, „Ich verstehe das nicht“ und „Ich glaube nicht, dass das stimmt“ bewertet werden. Von 98,7 % der Teilnehmer wurde die Aussage zum HIV-Test als bereits bekanntes Wissen eingestuft. Ähnlich bekannt bei 98,5 % ist, dass Aids durch HIV verursacht wird. Dass man am äußeren Erscheinungsbild nicht erkennen kann, ob jemand mit HIV infiziert ist, wussten 94,1 %, die Fensterphase von mehreren Wochen war 91,8 % bekannt. Alle vier Fragen waren 86,0 % bekannt und weitere 6,8 % waren sich nicht immer sicher. Wissensdefizite wurden von 2,8 % eingeräumt (eine Frage mit „Das wusste ich noch nicht“ beantwortet). Weitere 4,5 % verstanden entweder mindestens eine Aussage nicht bzw. zweifelten deren Wahrheitsgehalt an. Weniger ausgeprägt waren hier die unterschiedlichen Wissensstände nach Wohnortgröße, jedoch zeigten sich deutliche Unterschiede abhängig vom Bildungsstatus: Personen, mit

längerer Schulzeit waren mit 89,6 % besser informiert als Personen die kürzer beschult worden sind (71,4 %). Unsicherheit bzw. Unverständnis waren bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau mit 14,8 % häufiger als bei Personen mit mittlerem (8,8 %) oder hohem Bildungsniveau (5,5 %). Wenn wir davon ausgehen, dass Wissen über die Effekte der Behandlung zu adäquater Testung und höherer Adhärenz von Behandelten führen, soll auf eine Wissensvermittlung für MSM mit geringerer Bildung fokussiert werden.

6.6.2. Unsicherheit hinsichtlich des HIV-Status

Die Frage „Haben Sie jemals ein HIV-Testergebnis erhalten?“ wurde von 76,3 % der Teilnehmer bejaht. Hier zeigte sich eine starke Altersabhängigkeit: Männer unter 20 Jahren waren zu 28,9 % jemals getestet, bei den 20- bis 24-jährigen betrug der Anteil bereits 55,2 %, stieg weiter und erreichte Werte über 83 % in den Altersgruppen ab 35 bis 59 Jahren und sank bei den über 60-jährigen auf 76,5 %. Bei Teilnehmenden ab 25 Jahren³ zeigte sich, dass 69,1 % der Personen die weniger als 3 Jahre nach ihrem 16. Lebensjahr in Ausbildung oder Schule waren ein HIV-Testergebnis erhalten hatten, bei Personen mit bis zu 6 Jahren in Ausbildung, Schule bzw. Studium waren es 77,6 % und bei Personen mit mehr als 7 Jahren in Ausbildung, Schule bzw. Studium 82,9 %.

Ein HIV-Testangebot in einer Praxis oder in einem Krankenhaus oder sonstigen Gesundheits(vorsorge)einrichtung kann Personen erreichen, die nicht selbst danach fragen würden bzw. eine niedrigschwellige Testeinrichtung aufsuchen würden. Insgesamt berichteten 91,0 % der Befragten, die noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten haben, noch nie von Seiten eines Gesundheitsdienstes einen HIV-Test angeboten bekommen zu haben; 6,0 % hatten ein Testangebot erhalten und 3,0 % können sich nicht daran erinnern. Hier könnten gezielte Angebote diese Männer erreichen.

6.6.3. Ich weiß nicht, wo ich mich auf HIV testen lassen kann

Insgesamt haben 23,6 % der Befragten noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten. In dieser Gruppe ist das Wissen, wo man sich auf HIV testen lassen kann, ein erster Schritt, um im Bedarfsfall diese Testmöglichkeit wahrzunehmen. Von diesen Ungetesteten sagen 62,5 %, dass sie wissen, wo sie sich testen lassen können, von den übrigen sagen etwa gleichviele Männer, dass sie nicht wissen, wo sie sich testen lassen können oder dass sie sich nicht sicher sind (18,9 %; 18,2 %). Das Vorhandensein

³ Bei Personen unter 25 Jahren ist eventuell das (Aus-)Bildungsziel noch nicht erreicht worden. Hier liegt der Anteil von erhaltenen HIV-Testergebnissen im Mittel bei 48,1% und steigt mit dem Alter.

dieses Wissens zeigte sich wiederum stark bildungsabhängig: bei Männern über 25 Jahren wissen 58,0 % der mit bis zu 2 Jahren in Schule/Ausbildung nach dem 16. Lebensjahr, im Vergleich zu 70,6 % derer mit bis zu 7 Jahren und länger, wo sie einen HIV-Test in Anspruch nehmen können. Personen, die in kleinen Gemeinden wohnhaft sind, berichten ebenfalls weniger gut über Anlaufstellen für HIV-Tests informiert zu sein (56,6 %) als Einwohner von Metropolen (69,8 %). (Abbildung 102, S. 151; Abbildung 103, S. 151; Abbildung 104, S. 152)

ABBILDUNG 102: WISSEN VON UNGETESTETEN MÄNNERN WO MAN SICH AUF HIV TESTEN KANN UND ALTERSGRUPPE (N=5.465)

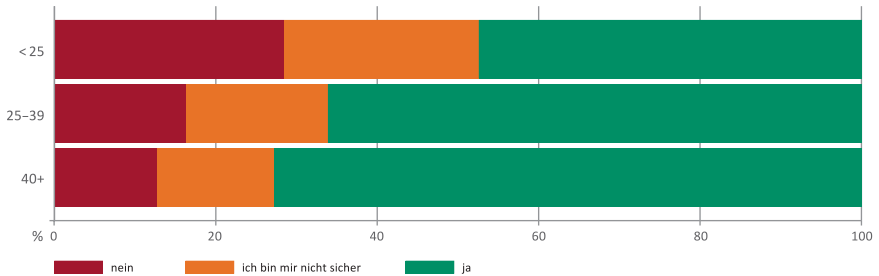


ABBILDUNG 103: WISSEN VON UNGETESTETEN MÄNNERN WO MAN SICH AUF HIV TESTEN KANN UND JAHRE IN BILDUNG SEIT DEM 16. LEBENSJAHR (N=5.087)

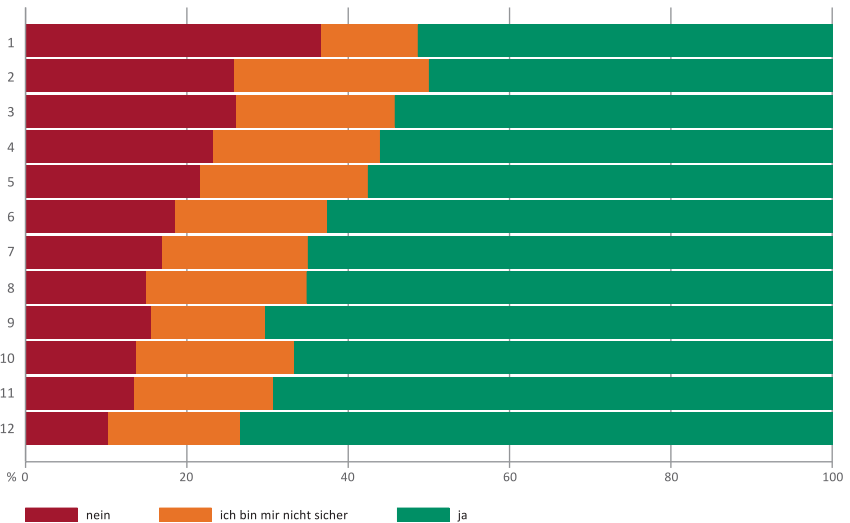
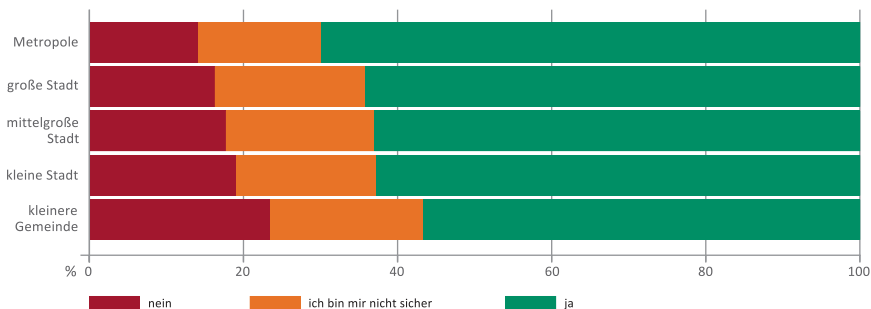


ABBILDUNG 104: WISSEN VON UNGETESTETEN MÄNNERN WO MAN SICH AUF HIV TESTEN KANN UND WOHNORTGRÖSSE (N=5.393)



6.7. Unerfüllte Bedarfe hinsichtlich Impfungen gegen Virushepatitis

6.7.1. Hepatitis A & B Kenntnisse

Kenntnisse über die Infektionserkrankungen Hepatitis A und B sind eine essenzielle Grundvoraussetzung dafür, dass Männer informierte Impfscheidungen treffen können. Ähnlich wie bei STIs und HIV wurde das Wissen zu Hepatitis-A und -B mit wahrheitsgemäßen Aussagen eruiert, deren Bekanntheit von den Befragten eingestuft werden sollte. Die folgenden Aussagen wurde mit der Wissenskala (11.1.7, S. 266) bewertet:

- ‚Hepatitis‘ ist eine Entzündung der Leber.
- Hepatitis wird meistens durch Viren verursacht.
- Es gibt verschiedene Hepatitis-Typen, die nach den Buchstaben des Alphabets bekannt sind (A, B, C, D, E, ...)
- Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen.
- Männern, die Sex mit Männern haben, werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen.

Insgesamt ist das Wissen zu Hepatitis A und B sehr gut. Die am wenigsten bekannte Aussage betrifft die ärztliche Impfpflicht für MSM. Das Wissen, dass es ein Impfangebot gibt, das sich speziell auch an MSM richtet, kann zur Selbsteffektivität

beitragen, da aktives Nachfrageverhalten mit diesem Wissen gestärkt wird. Fehlendes Verständnis der einzelnen Aussagen ist mit bis zu 0,2 % erfreulich gering und niedriger als das Infragestellen des Wahrheitsgehalts der Aussagen (0,2 % bis 0,7 %) (Tabelle 44, S. 153).

TABELLE 44: WISSEN ZU HEPATITIS A UND B (N=23.068)

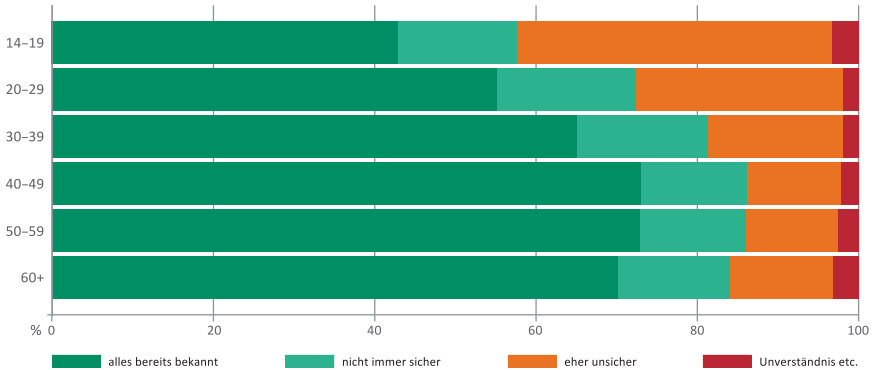
% aller Antwortenden	Das wusste ich bereits	Darüber war ich mir nicht sicher	Das wusste ich noch nicht	Das verstehe ich nicht	Ich glaube nicht, dass es stimmt
„Hepatitis“ ist eine Entzündung der Leber.	79,6 %	11,2 %	8,4 %	0,1 %	0,6 %
Hepatitis wird meistens durch Viren verursacht.	81,7 %	13,3 %	4,6 %	0,1 %	0,3 %
Es gibt verschiedene Hepatitis-Typen, die nach den Buchstaben des Alphabets bekannt sind (A, B, C, D, E, ...)	95,9 %	2,2 %	1,5 %	0,1 %	0,3 %
Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen.	91,3 %	6,4 %	2,0 %	0,1 %	0,2 %
Männern, die Sex mit Männern haben, werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen.	67,8 %	14,3 %	17,1 %	0,2 %	0,7 %

Um eine aus einer public health Perspektive erwünschte Impfquote zu erreichen, sind die letzten drei Aussagen besonders relevant. Wir haben hier das Wissen in einem Score kombiniert, ähnlich wie auch bei den Wissensfragen zu HIV und STI.

Männer, die die letzten drei Aussagen mit „Das wusste ich bereits“ bewerteten, wurden der Kategorie „alles bereits bekannt“ zugeordnet. Mindestens eine Antwort „Darüber war ich mir nicht sicher“ platzierte den Antwortenden in die Kategorie „nicht immer sicher“; die Antwort „Das wusste ich nicht“ designierte die Kategorie „eher unsicher“. Männer, die mindestens eine der drei Aussagen mit „Ich verstehe das nicht“ oder „Ich glaube nicht, dass das stimmt“ bewerteten wurden der Kategorie „Unverständnis“ zugeordnet. Alles bereits zur Hepatitis bekannt waren fast zwei Drittel (65,5 %) der Befragten, weitere 15,0 % waren sich nicht immer sicher. Eher

unsicher waren sich 17,3 % und 2,2 % zeigten Unverständnis. Diese Kenntnisse unterschieden sich auch in Abhängigkeit vom Alter der Befragten und waren in der jüngsten Altersgruppe am geringsten (43 %), am höchsten bei den Männern in den 40jgern und 50jgern (73 %). (Abbildung 105, S. 154)

ABBILDUNG 105: HEPATITIS WISSEN (N=23.107)



Zusätzlich zum Alter beobachteten wir auch eine Korrelation mit dem Bildungsniveau der Befragten: je höher die Bildung, desto besser das selbstberichtete Wissen. (Abbildung 106, S. 154.) Ein ebenso wichtiger Zusammenhang lässt sich auch in Bezug auf Outness beobachten: je mehr Personen im Umfeld darüber informiert sind, dass die Befragten Sex mit Männern haben, desto besser ist das Wissen zu Hepatitis bei den Befragten. Dies kann man am ehesten als positiven Effekt der Community einschätzen, die Wissen zu Gesundheits- und Präventionsaspekten fördert. (Abbildung 105, S. 154)

ABBILDUNG 106: HEPATITIS WISSEN UND BILDUNG (N=21.619)

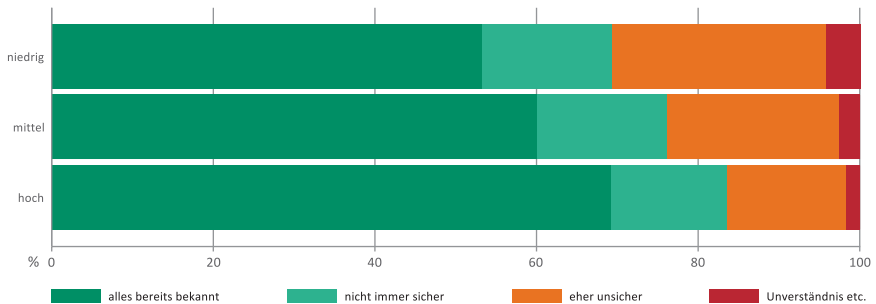
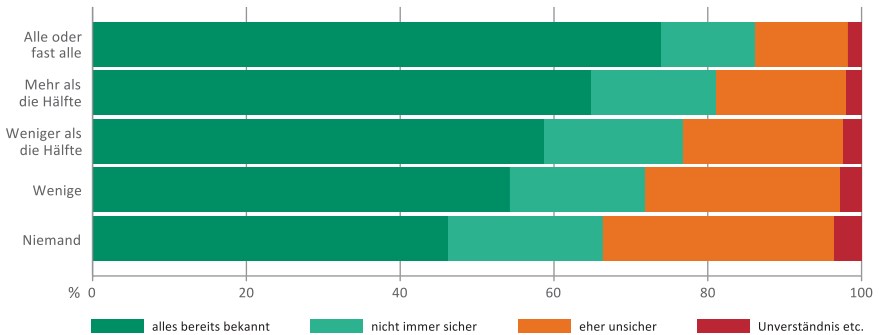


ABBILDUNG 107: HEPATITIS WISSEN UND OUTNESS (N=22.829)



6.7.2. Fehlende Kenntnis, wo Hepatitis-A- und -B-Impfungen angeboten werden

Männer, die bis dato nicht gegen Hepatitis A und B geimpft worden waren und nicht an Hepatitis A oder B erkrankt bzw. immun waren (also von einer Impfung profitieren würden), wurden gefragt, ob sie wissen, wo sie sich impfen lassen können. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen Hepatitis A und B Impfung: 20 % der Befragten wussten nicht, wohin man sich für eine Impfungen wenden kann und weitere 15 % waren sich unsicher. Hier ist das Präventionspotential hoch, einem Drittel der ungeimpften Männer fehlt diese Information zum ersten Schritt die Impfung auch tatsächlich zu erhalten. (Tabelle 45, S. 155)

TABELLE 45: WISSEN, WO MAN SICH GEGEN HEPATITIS A (N=8.578) UND HEPATITIS B (N=8.832) IMPFEN LASSEN KANN.

Wissen Sie, wo Sie sich gegen Hepatitis impfen lassen können?	Hepatitis A Anteil aller, die von einer Impfung profitieren können (N=8.578)	Hepatitis B Anteil aller, die von einer Impfung profitieren können (N=8.832)
Nein	20,0 %	20,4 %
Ich bin mir nicht sicher	16,1 %	15,4 %
Ja	63,9 %	64,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %

6.8. Präventionsbedarfe (Bundeslandtabellen)

TABELLE 46: BUNDESLANDTABELLEN: PRÄVENTIONSBEDARFE (N=21.648)

Bundesland	Anzahl Befragte	Noch nie auf HIV getestet	Fehlende soziale Unterstützung	Internali-sierte Homonegativität Mittelwert (Median)	Unge-schützter Analverkehr mangels Kondomen	Fehlendes Basiswissen	Fehlendes PREP-Basiswissen	Fehlendes HIV-Über-tragungs-wissen	Fehlendes HIV-Test-wissen	Fehlendes HIV-Be-handlungs-wissen	Fehlendes STI-Über-tragungs-wissen	Fehlendes Hepatitis A- und B-Wissen
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Baden-Württ.	2.420	25,5	9,3	1,25 (0,86)	20,4	46,8	68,4	7,9	7,4	25,2	20,2	20,4%
Bayern	2.930	24,0	10,2	1,29 (1,00)	20,5	45,0	64,2	8,1	6,5	22,6	20,1	21,0%
Berlin	3.219	12,3	7,5	1,00 (0,71)	23,2	28,8	50,8	6,0	6,0	13,9	11,2	9,5%
Brandenburg	455	31,0	13,5	1,23 (0,96)	27,2	52,3	70,5	10,3	10,8	29,5	24,4	24,6%
Bremen	213	20,9	8,7	1,15 (0,93)	24,2	46,5	63,8	9,4	5,6	22,5	17,4	17,4%
Hamburg	960	15,4	8,0	0,97 (0,57)	19,3	33,6	58,6	6,0	5,8	15,7	14,1	15,4%
Hessen	1.703	23,3	8,7	1,19 (0,96)	19,7	43,2	64,3	9,1	7,5	21,8	20,5	21,5%
Meckl.-Vorp.	343	31,7	9,2	1,33 (1,00)	24,6	53,1	71,4	8,5	8,5	30,6	25,1	24,2%
Niedersachsen	1.527	29,7	9,2	1,21 (0,86)	21,4	49,8	69,2	7,1	7,1	26,3	22,0	22,2%
Nordrhein-Westf.	4.302	24,0	7,9	1,19 (0,86)	22,5	43,5	64,4	7,7	7,0	21,6	18,4	20,1%
Rheinland-Pfalz	713	22,9	5,2	1,26 (1,00)	21,2	45,0	69,0	9,4	5,8	24,5	18,7	21,0%
Saarland	245	25,8	7,3	1,30 (0,96)	32,2	51,8	67,3	11,4	9,4	22,4	22,9	20,4%
Sachsen	1.111	28,3	7,2	1,31 (1,00)	24,0	49,1	73,0	8,9	6,3	27,2	20,2	22,1%
Sachsen-Anhalt	404	38,9	11,8	1,29 (1,00)	28,6	56,7	76,2	11,6	11,4	32,9	26,0	28,2%
Schleswig-Holst.	726	30,2	7,0	1,26 (0,86)	23,3	51,9	66,7	9,8	8,4	28,1	25,1	24,2%
Thüringen	377	39,3	12,9	1,54 (1,29)	25,3	60,2	79,0	9,3	9,0	35,5	24,9	30,8%
Total	21.648	23,6	8,6	1,20 (0,86)	22,1	43,5	64,3	7,9	7,0	22,5	18,8	19,5%

7. INTERVENTIONEN

7.1. Homophober Missbrauch: Einschüchterung, Beleidigungen und Gewalt

Homophober Missbrauch durch Einschüchterung, Beleidigungen und Gewalterfahrungen ist ein sehr wichtiger Fragenkomplex, auch wenn durch diese Fragen schlechte Erinnerungen und schwierige Gefühle getriggert werden können. Homophober Missbrauch kann einen negativen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung und -wertschätzung haben und so auch das Gesundheitsverhalten nachhaltig negativ beeinflussen. Neben körperlichen Spuren, die Gewalterfahrungen hinterlassen können, ist die psychische Belastung von allen Missbrauchsformen oft schwerwiegend: Folgen wie sozialer Rückzug, Angststörungen und Depressionen können dadurch getriggert werden oder sich verschlechtern.

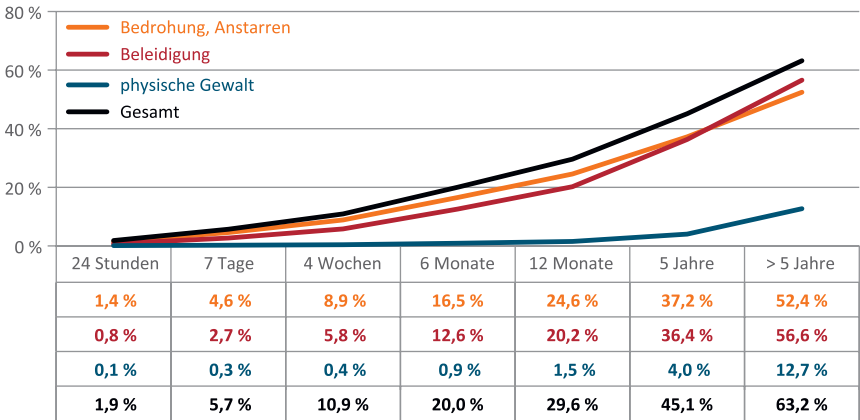
Alle Teilnehmer wurden die folgenden 3 Fragen gefragt:

„Wann wurden sie zum letzten Mal ...“

1. „... angestarrt oder bedroht, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlten?“
2. „... beleidigt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlten?“
3. „... geschlagen oder getreten, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männer hingezogen fühlten?“

Insgesamt zeigte sich, dass 63 % der Befragten in Ihrem Leben bereits homophobe Missbrauchserfahrungen gemacht haben. Physische Gewalt wird seltener berichtet, Bedrohung und Anstarren sowie Beleidigungen werden ähnlich häufig berichtet. Bedrohungen und Anstarren werden deutlich häufiger in der letzten Zeit berichtet, man kann also davon ausgehen, dass dies häufiger geschieht, da es rezenter berichtet wird. Irgendeine homophobe Missbrauchserfahrung haben 10 % der Befragten in den letzten 4 Wochen gemacht, in den letzten 6 Monaten waren es 20 % und im letzten Jahr sogar 30 %. (Abbildung 108, S. 158)

ABBILDUNG 108: HOMOPHOBES MISSBRAUCHSERFAHRUNG (N=23.056)



In den verschiedenen Städten zeigten sich Unterschiede (Abbildung 109, S. 158), sowie auch ganz allgemein in unterschiedlich großen Wohnorten in Abhängigkeit davon, welcher Anteil des Bekanntenkreises informiert war, was man möglicherweise auch als Proxy für Aussehen und Verhalten sehen könnte, was aber auf keinen Fall ein Grund für Gewalterfahrungen sein darf. Männer die offener damit umgehen, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen, berichteten signifikant häufiger von Gewalterfahrungen, dies war noch häufiger, je höher die Zahl der Einwohner*innen ihres Wohnorts ist. Männer, die in kleineren Städten und Gemeinden leben haben weniger häufig homophobe Missbrauchserfahrungen gemacht. (Abbildung 110, S. 159)

ABBILDUNG 109: HOMOPHOBES MISSBRAUCHSERFAHRUNGEN IN STÄDTEN (N=8.545)

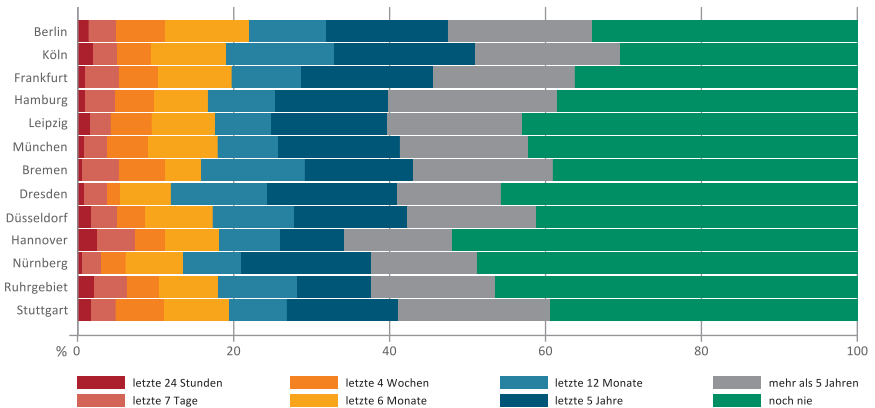
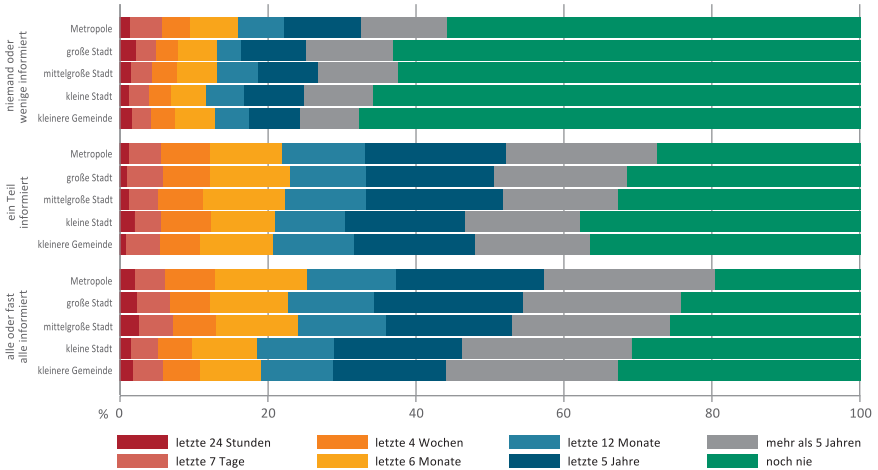


ABBILDUNG 110: HOMOPHOBE MISSBRAUCHSERFAHRUNG NACH WOHNORTGRÖSSE UND OUTNESS (N=22.530)



7.2. Zugang zu Kondomen

Der Zugang zu Kondomen kann durch die Verteilung von Kondomen verbessert werden, wenn diese z. B. in Saunen, Bars und Kneipen gratis zur Verfügung gestellt werden. In bzw. auf Kondomverpackungen können kurze Präventionsbotschaften platziert werden, bzw. können Verpackungen für Präventionsprojekte in der Nähe werben.

Alle Männer wurden gefragt „Wo haben Sie in den letzten 12 Monaten Kondome gekauft oder erhalten?“ und bekamen eine Mehrfachauswahl an Antwortmöglichkeiten und wurden dann gefragt, welche Bezugsquelle sie am häufigsten verwendeten. Keine Kondome gekauft oder erhalten wurde von 18,9 % (N=4.346) der Befragten angegeben, alle anderen hatten Kondome gekauft und erhalten. Bei der Mehrfachauswahl wurden im Mittel 1,6 Antworten angegeben: am häufigsten wurde ein Geschäft, eine Drogerie oder Apotheke angegeben (59,8 %), gefolgt von Online-Käufen (28,5 %), dem Gratiserhalt in einer Bar oder einem Club (20,4 %) und von Freunden oder Sexpartnern (16,1 %). Als häufigste Quelle wurden ebenfalls Geschäft/Drogerie/Apotheke (50,8 %) und Online-Einkauf (23,4 %) angegeben. Hier war der Gratiserhalt von Kondomen in Bars oder Clubs (7,7 %) und von Freunden oder Sexpartnern (4,9 %) viel weniger die Hauptbezugsquelle, d.h. die Teilnehmer die Kondome erhalten oder gekauft haben, haben sie sich aktiv besorgt. (Tabelle 47, S. 160)

TABELLE 47: WO HABEN SIE KONDOME ERHALTEN BZW. GEKAUFT? (N=18.677)

Wo haben Sie Kondome erhalten bzw. gekauft?	% Mehrfachantworten (N= 18.677)	% häufigste Quelle (N= 18.600)
In einem Geschäft, einer Drogerie oder Apotheke (nicht online)	59,8	50,8
Online gekauft	28,5	23,4
Umsonst in einer Bar oder einem Club	20,4	7,7
Von Freunden oder Sexpartnern	16,1	4,9
Umsonst in einer Schwulensaua	13,8	5,3
Umsonst bei einer Aidshilfe, einem ‚Checkpoint‘ oder einem Gesundheitsamt	11,8	4,5
Andere Antwort	3,1	2,0
Aus einem Automaten	2,9	0,9
Umsonst in einem Krankenhaus oder einer Klinik	2,3	0,5
Total	158,5	100,0

7.3. Angebote für Substanz-Gebraucher

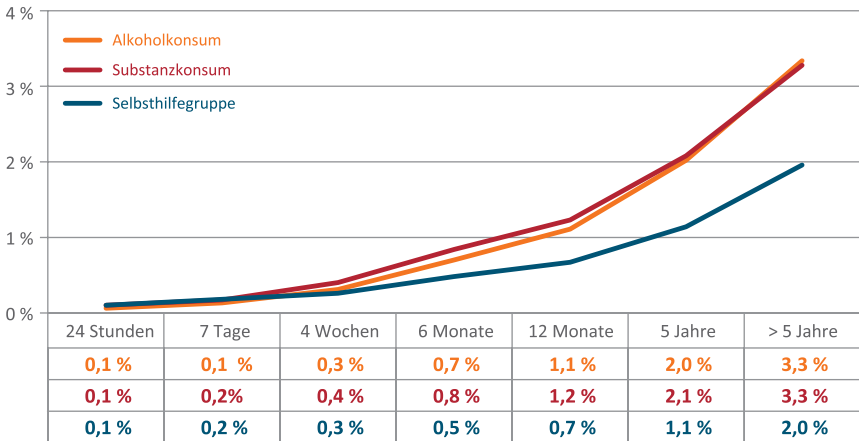
Substanzkonsum kann mit Stigma behaftet sein, vor allem wenn der Konsum problematisch geworden ist. Die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ist deswegen oft zusätzlich erschwert. Allen Männern, auch jenen die vielleicht in der letzten Zeit keine Substanzen konsumiert haben, wurden drei Fragen zum Substanzkonsum gestellt:

1. Haben Sie jemals einen Arzt/eine Ärztin oder eine Klinik aufgesucht, weil Sie sich Sorgen hinsichtlich Ihres Drogenkonsums (außer Alkohol/Nikotin) gemacht haben?
2. Haben Sie jemals eine Drogen-Selbsthilfegruppe oder eine Drogenberatungsstelle aufgesucht, weil Sie sich Sorgen hinsichtlich Ihres Drogenkonsums gemacht haben (abgesehen von Alkohol- oder Nikotinentwöhnung)?
3. Haben Sie jemals einen Arzt/eine Ärztin oder eine Klinik aufgesucht, weil Sie sich Sorgen hinsichtlich ihres Alkoholkonsums gemacht haben?

Alle Fragen konnten verneint oder mit einer Antwort zur Rezens beantwortet werden. (Rezenskala, S. 264). Insgesamt haben jeweils etwa 2 % der Befragten Alko-

hol- oder sonstigen Substanzkonsum in einem medizinischen Setting in den letzten 5 Jahren thematisiert. Angebote von Selbsthilfegruppen wurden mit etwas mehr als 1 % weniger stark aufgesucht. Unterschiede zwischen Alkohol- und anderem Substanzkonsum zeigten sich hier nicht. (Abbildung 111, S. 161)

ABBILDUNG 111: KUMULATIVE REZENZ DES AUFSUCHENS EINES BERATUNGSANGEBOTS WEGEN SORGEN ÜBER ALKOHOL-/SUBSTANZKONSUM



7.4. PrEP-Beratung und -Verschreibung (Präexpositionsprophylaxe)

Die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) erfordert einerseits Information über diese Präventionsmöglichkeit für Personen, die davon profitieren können und andererseits Zugang zu Medikamenten und notwendigen begleitenden Testungen. Nur wenn beides gesichert ist, kann die PrEP erfolgreich zur HIV-Prävention beitragen. Die folgenden Auswertungen beziehen sich nur auf Männer, bei denen kein HIV diagnostiziert worden ist, d. h. ein rezenter negativer HIV-Test vorliegt bzw. die bisher ungetestet sind. PrEP-Bedarf und Einnahme sowie unbefriedigte Bedarfe bezüglich des PrEP Einsatzes wurden oben in 5.3 (S. 94 ff.) und in 6.5 (S. 147 ff.) dargestellt.

7.4.1. Mit MSM über PrEP sprechen

Alle Männer wurden befragt „Hat irgendein Arzt/eine Ärztin oder Mitarbeiter_in des Gesundheitsdienstes in Ihrem Wohnland jemals mit Ihnen persönlich über die PrEP

gesprächen?“ Die Befragung fand zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die PrEP noch keine Leistung der Krankenversicherung war. Lediglich 6,7 % berichteten von einem Gespräch über die PrEP, 91,4 % gaben an, dass kein solches Gespräch stattgefunden hatte, 1,4 % konnten sich nicht dran erinnern und 0,5 % beantworteten die Frage nicht. Am häufigsten fanden diese Gespräche in einem Gesundheitsamt/Aidshilfe/Checkpoint statt (37,8 %), gefolgt von fachärztlichen Beratungsgesprächen (31,2 %) (Tabelle 48, S. 162).

TABELLE 48: WO HAT DAS GESPRÄCH ÜBER DIE PREP STATTGEFUNDEN? (N=1.525)

Wo hat das Gespräch über die PrEP stattgefunden?	Anzahl	Antworten (%)	Mehrfachantworten (%)
allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis	319	20,9	23,2
fachärztliche Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis	475	31,2	34,6
ambulanter Besuch eines Krankenhauses	55	3,6	4,0
Gesundheitsamt/Aidshilfe/Checkpoint	577	37,8	42,0
andere Antwort	99	6,5	7,2
Gesamt	1.525	100,0	110,9

Etwa 11 % berichteten, dass diese Gespräche an mehr als einem Ort stattgefunden haben. Die häufigsten Kombinationen des direkten Ansprechens durch Ärzt*innen bzw. Berater*innen waren Gespräche in einem Gesundheitsamt/Aidshilfe/Checkpoint und in einer fachärztlichen Praxis (N=51, 3,3 %) und Gespräche in einer hausärztlichen/allgemeinmedizinischen Praxis sowie in einer fachärztlichen Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis (N=39, 2,6 %) oder in einem Gesundheitsamt/Aidshilfe/Checkpoint (N=37, 2,4 %).

7.4.2. Ärztliche Konsultation vor PrEP-Anwendung

Ob vor der PrEP-Einnahme eine ärztliche Konsultation stattgefunden hat, wurde von allen Männern, die jemals die PrEP eingenommen haben, erhoben. Diese ist wichtig, um eine HIV-Infektion auszuschließen, über die Verwendung, Wirkungen inklusive unerwünschter Wirkungen zu beraten und Kontraindikationen wie z. B. eine Nierenfunktionsstörung auszuschließen. Insgesamt berichteten 492 Männer, jemals die PrEP eingenommen zu haben, von denen 79,5 % (N=391) eine vorhergehende ärztliche Konsultation bestätigten und 19,7 % (N=97) vorher keine Beratung bzw. Untersuchung angegeben hatten (4 Personen, 0,08 %) beantworteten diese Frage

nicht). Dass 20 % der Personen, die die PrEP eingenommen haben, keine medizinische Beratung hatten, ist zwar ein hoher Anteil, liegt aber auf dem Niveau anderer europäischer Länder, in denen die PrEP nicht zu den Leistungen des medizinischen Versorgungssystems gehört. Die Gründe vor der Ersteinnahme keinen Arzt/keine Ärztin konsultiert zu haben wurden nicht erhoben.

7.4.3. PrEP-Verschreibung

Die PrEP war zum Zeitpunkt der Befragung als ein generisches Medikament als sogenannte „Blister PrEP“ für ca. 50 Euro/Monat und von einem Hersteller (Ratio-Pharm) für ca. 80 Euro/Monat auf Privatrezept erhältlich. Vorher lag der Preis ca. 10-fach höher. (Dazu kamen zusätzlich weitere Kosten für die Konsultation und eventuelle Screenings.) Alternative Wege die PrEP zu erhalten sind z. B. durch eigenen Import bzw. Bestellungen über Apotheken im Ausland oder die nicht konforme Verwendung von Medikamenten, die anderen Personen oder für andere Zwecke verschrieben worden sind.

Die PrEP wurde in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (54,5 %) verschrieben. Am häufigsten wurde die PrEP in Berlin (N=174), Nordrhein-Westfalen (N=79) und Bayern (N=59) genommen, dort wurde sie aber nicht unbedingt häufiger als im Bundesdurchschnitt verschrieben (Berlin: 54,6 %; Nordrhein-Westfalen: 62,3 %; Bayern: 59,3 %). Eine Information wo die PrEP-Rezepte ausgestellt worden sind, lag für 275 Personen vor: Bei mehr als zwei Dritteln der Verschreibungen wurden diese in einer fachärztlichen Praxis oder HIV-Schwerpunktpraxis ausgestellt (N=181; 69,5 %); in einem Fünftel von allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxen (N=62; 23,4 %). Die Verschreibung der PrEP wird sich, da inzwischen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, stark zur Sicherheit der Verwendenden verändert haben.

7.4.4. Herkunft der PrEP-Medikamente

Alle Personen die PrEP jemals eingenommen haben, wurden gefragt wo sie die Tabletten für die PrEP erhalten haben. Dies unterschied sich wie zu erwarten, je nachdem ob die Person die PrEP verschrieben bekommen hat. Männer, die für die PrEP ein Rezept erhalten haben, haben sich zu fast zwei Dritteln (65,7 %) das Medikament in einer Apotheke besorgt, online Einkauf war seltener (17,7 %) und direkt über eine fachärztliche Praxis (14,3 %). Die häufigsten Bezugsquellen ohne ärztliches Rezept waren Online-Apotheke (meistens im Ausland) mit 47,5 %, andere Bezugsquellen (19,9 %) und PrEP-Studien (14,5 %).

Bei den anderen Bezugsquellen wurden im Freitext (N=50) häufig Beschaffung im Ausland, über Apotheken im Ausland oder über Freunde (N=42; 84 %) angegeben. (Tabelle 49, S. 164)

TABELLE 49: PROZENT ALLER MÄNNER, DIE JEMALS EINE PREP GENOMMEN HABEN (N=954)

% aller Männer, die jemals eine PrEP genommen haben (N=954)	alle Männer, die jemals eine PrEP genommen haben (N=486, missing=2)	alle Männer, denen jemals die PrEP verschrieben worden ist (N=265, missing=1)	alle Männer, denen niemals die PrEP verschrieben worden ist (N=221; missing=1)
Im Rahmen einer PrEP-Studie	10,9 %	7,9 %	14,5 %
In einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis	6,6 %	8,3 %	4,5 %
In einer anderen (fach)ärztlichen Praxis	11,1 %	14,3 %	7,2 %
Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses	3,9 %	4,2 %	3,6 %
In einem Gesundheitsamt, einer Aidshilfe, einem „Checkpoint“	0,6 %	0,4 %	0,9 %
In einer Online Apotheke	31,4 %	17,7 %	47,5 %
In einer Apotheke (nicht online)	36,1 %	65,7 %	0,9 %
Ich habe mir eine PEP verschreiben lassen und als PrEP genutzt	2,7 %	2,6 %	2,7 %
Ich habe HIV-Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt	7,2 %	2,6 %	12,7 %
andere Bezugsquelle	10,9 %	3,0 %	19,9 %
%-Gesamt (Mehrfachantwort möglich)	121,1 %	126,8 %	114,5 %

7.5. HIV- / STI-Aufklärung

Vgl. 6.2.3 Kenntnisse über HIV- und STI-Übertragung, S. 142

7.6. HIV-Testung und Verlaufskontrollen

7.6.1. Wahrnehmung von HIV-Testangeboten

Jemals ein HIV-Testergebnis erhalten haben 76,0 % (17.559) der Befragten, 23,7 % (5.468) hatten bisher noch kein HIV-Testergebnis erhalten und 0,35 % (80) machten hierzu keine Angaben.

Hier zeigte sich, dass die Wohnortgröße und das Alter der Befragten einen starken Einfluss haben. Männer, die in Metropolen wohnen berichteten am seltensten keinen

HIV-Test (12 %) gemacht zu haben, während Männer mit Wohnsitz in kleinen Gemeinden zu mehr als einem Drittel (34 %) ungetestet waren. (Abbildung 112, S. 165)

Bei den Altersgruppen zeigte sich, dass Männer jünger als 20 Jahre zu 70 % keinen HIV-Test berichteten, dies stieg bei den unter 25-Jährigen auf 45 % und pendelte sich bei ca. 18 % in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen ein, und stieg bei den Älteren auf 24 %. (Abbildung 113, S. 165)

ABBILDUNG 112: HIV-TEST UND WOHNORTGRÖSSE (N=22.770)

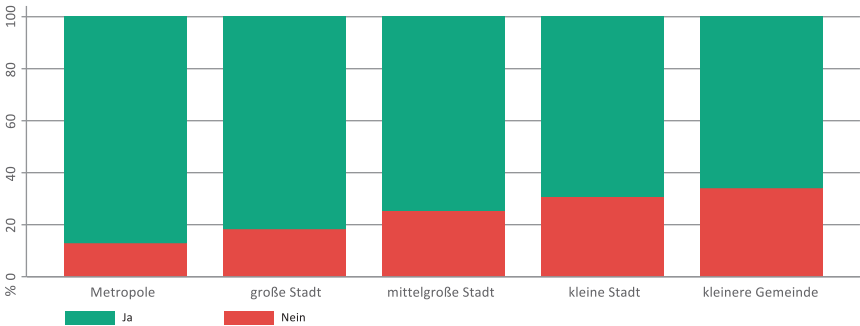
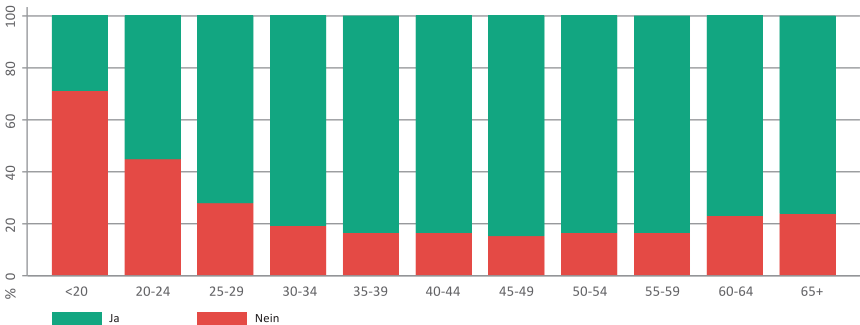


ABBILDUNG 113: HIV-TEST UND ALTERSGRUPPE (N=23.027)



Von den 17.559 Personen mit HIV-Testergebnis berichteten 14,0 % (2.362), ein positives HIV-Testergebnis erhalten zu haben. Bei 85,4 % war das Ergebnis negativ und 0,6 % machten hier keine weitere Angabe.

Alle Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet worden sind, wurden gefragt, ob sie wissen, wo man einen HIV-Test machen kann, damit ein solches Angebot wahrgenommen bzw. aufgesucht werden kann. Auch hier zeigte sich der Trend zwischen Wohnortgröße und Altersgruppen. Während der Anteil jener Männer, die

sich unsicher waren, wo sie einen HIV-Test machen können und jenen, die es nicht wussten, in den verschiedenen Wohnortkategorien ähnlich war, stieg der Anteil bei der Antworten mit kleinerer Wohnortgröße von 30,1 % in Metropolen auf 43,4 % in kleinen Gemeinden. (Abbildung 114, S. 166)

In den Altersgruppen war der Anteil jener die sich unsicher waren oder sagten, sie wüssten nicht, wo man einen HIV-Test durchführen lassen kann, mit höherem Alter geringer. In den Altersgruppen ab 35 Jahren schwankte der Anteil derer, die es nicht wussten, zwischen 12,9 % und 14,6 % und deren die sich unsicher waren zwischen 13,3 % und 15,3 %. Diese Anteile sind hoch: In allen Altersgruppen wussten es maximal 3 von 4 Befragten. In den jüngsten Altersgruppen war dieser Anteil noch höher: bei den Männern jünger als 20 Jahre wussten nur 44,3 % wo man einen Test machen kann. Bei den 20- bis 24-Jährigen waren es nicht ganz jeder Zweite. (Abbildung 115, S. 166)

ABBILDUNG 114: WISSEN WO MAN EINEN HIV-TEST MACHEN KANN UND WOHNORTGRÖSSE (N=5.393)

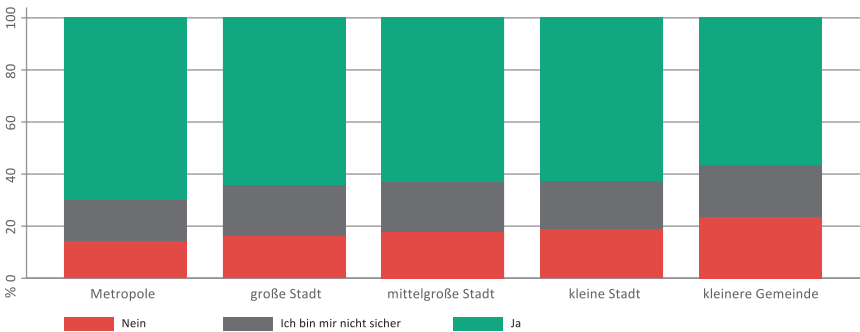
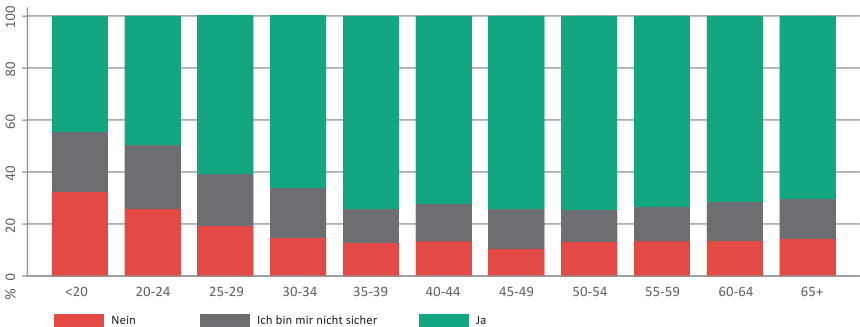


ABBILDUNG 115: WISSEN WO MAN EINEN HIV-TEST MACHEN KANN UND ALTERSGRUPPE (N=5.393)

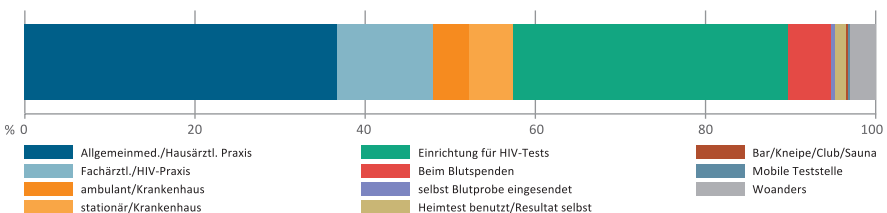


Alle die angegeben hatten, noch kein HIV-Testergebnis erhalten zu haben wurden gefragt, ob ihnen jemals seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus, usw.) ein HIV-Test angeboten wurde und ob sie wissen, wo sie sich auf HIV testen lassen können. 6,0 % der bisher ungetesteten Männer berichteten von einem solchen Angebot, 91,0 % wurde bisher kein Testangebot durch einen Gesundheitsdienst gemacht und 3,0 % wussten es nicht. Zu wissen, wo man sich auf HIV testen lassen kann, wurde von 62,5 % bejaht. 18,9 % gaben an, dass sie dies nicht wissen und ein ähnlich großer Anteil war sich nicht sicher. (vgl. auch 6.6, S. 149). Von den 5.462 Männern, die bisher noch kein HIV-Testergebnis erhalten haben, hatten 18,3 % (997) weder ein Testangebot in einer Gesundheitseinrichtung erhalten, noch wussten sie, wo sie sich auf HIV testen lassen können. Mehr als die Hälfte (55,3 %) der bisher Ungetesteten gab an, dass sie wissen, wo sie sich auf HIV testen lassen können, auch wenn sie dies (noch) nicht gemacht und auch kein Testangebot durch eine Gesundheitseinrichtung erhalten haben. Zusammenfassend zeigen die Daten, dass nur ein kleiner Teil (6,0 %) ein Testangebot durch eine Gesundheitseinrichtung nicht wahrgenommen haben und mehr als ein Drittel (37,5 %) nicht wissen bzw. unsicher sind, wo sie sich auf HIV testen lassen könnten. Das heißt für die Präventionsarbeit: Testangebote durch Gesundheitseinrichtungen werden wahrgenommen und können bisher ungetestete Männer erreichen.

7.6.2. HIV-Testangebote verschiedener Gesundheitseinrichtungen

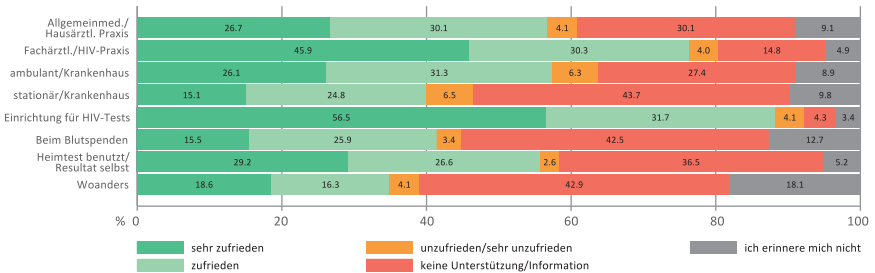
Alle Männer, die ein HIV-Testergebnis erhalten hatten, wurden gefragt, wo sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, bzw. wo ihre HIV-Diagnose erfolgte. Als Ort des letzten HIV-Tests wurde von fast der Hälfte der Befragten ein Praxis-Setting angegeben (36,7 % allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis, 11,3 % fachärztliche Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis), gefolgt von Einrichtungen für HIV-Tests wie Gesundheitsämter und Checkpoints mit 32,4 %. Testungen im Krankenhaus spielen in Deutschland eine untergeordnete Rolle (stationär 5,1 %, ambulant 4,3 %). Die Verwendung von Heimtests spielte mit 1,3 % im Jahr 2017 kaum eine Rolle. (Abbildung 116, S. 167) Die Blutspende wurden von etwas mehr als 5 % angegeben.

ABBILDUNG 116: ORT DES LETZTEN HIV-TESTS (N=14.975)



Männer, die sich auf HIV testen ließen und ein negatives Testergebnis erhalten haben, wurden gefragt wie zufrieden sie mit der Unterstützung und den Informationen waren, die sie bei ihrem letzten HIV-Test erhalten haben. Zwei Drittel gaben an, sehr zufrieden oder zufrieden zu sein, weniger als 5 % waren unzufrieden oder sehr unzufrieden. Mehr als 20 % gaben an, keine Informationen oder Unterstützung erfahren zu haben, 7 % konnten sich nicht erinnern. Die Unterstützung bzw. das Informationsangebot im Rahmen einer HIV-Testung unterschied sich stark nach dem Setting: zufrieden bzw. sehr zufrieden waren vor allem Männer, die in Gesundheitseinrichtungen wie Gesundheitsämtern, Checkpoints und ähnlichen Settings getestet worden sind (88,2 %). Keine Unterstützung/Information wurde am häufigsten bei Tests im Rahmen von stationären Krankenhausaufenthalten (43,7 %) und im Rahmen einer Blutspende (42,5 %) berichtet. Personen, die Heimtests verwendet haben (36,5 %) bzw. Blut in ein Labor eingeschickt haben⁴ (44,3 %) berichteten vergleichbar häufig von einem Mangel an Unterstützung und Information wie Personen, die beim Allgemeinarzt/Hausarzt getestet wurden. (Abbildung 117, S. 168)

ABBILDUNG 117: UNTERSTÜTZUNG UND INFORMATIONEN BEIM LETZTEN HIV-TEST NACH ORT DES HIV-TESTS (N=14.817)



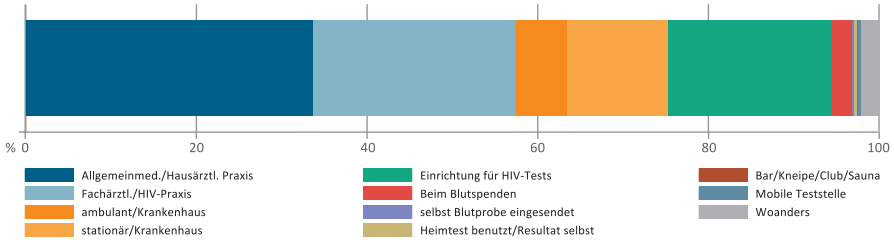
7.6.3. Kontext der HIV-Testung und HIV-Diagnose

Mehr noch als bei den negativen HIV-Tests wurden HIV-Diagnosen in Praxis-Settings gestellt (33,8 % in allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxen, 23,6 % in fachärztlichen Praxen/HIV-Schwerpunktpraxen). Einrichtungen für HIV-Tests wie Gesundheitsämter und Checkpoints sind mit 19,1 % vertreten, während Krankenhaus-Settings mit 17,9 % einen großen Anteil der HIV-Diagnosen abdecken, mit 11,8 % bei ambulanten Terminen und 6,1 % bei stationären Aufenthalten. (Abbildung 118, S. 169) Ein erheblicher Anteil der Diagnosen fand in Kliniken statt, was auf Spätdiagnosen hinweisen könnte. In Schwerpunktpraxen finden wahrscheinlich vermehrt

⁴ Nicht dargestellt, weil geringe Anzahl (N=61)

Diagnosen von Männern statt, die vermuten aufgrund von Symptomen eine HIV-Infektion zu haben und sich deswegen direkt an eine/n Spezialist*in gewandt haben.

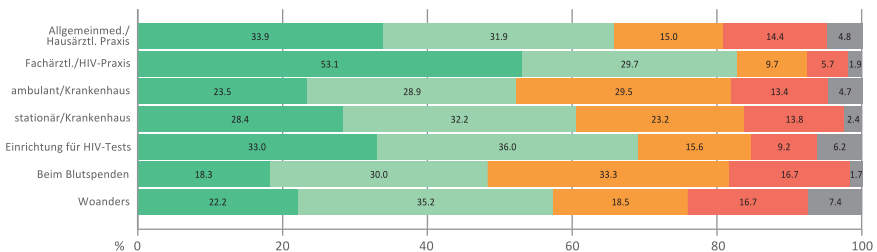
ABBILDUNG 118: ORT DER HIV-DIAGNOSE (N=2.453)



7.6.4. Akzeptanz der HIV-Test-Nachsorge

Dass Information und Unterstützung essenziell sind, wenn eine Diagnose gestellt wird, ist unumstritten. In EMIS-2017 wurde auch eine Frage zu dieser Erfahrung gestellt. Insgesamt waren 68,4 % der Männer, die eine HIV-Diagnose erhielten zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Information bzw. Unterstützungen, die sie erhalten haben. 16,1 % gaben an, unzufrieden bzw. sehr unzufrieden damit gewesen zu sein und weitere 11,3 % berichteten, keine Informationen bzw. Unterstützung erhalten zu haben; 4,2 % konnten sich nicht erinnern. Sehr zufrieden waren vor allem Männer, die die Diagnose in einer fachärztlichen bzw. HIV-Schwerpunktpraxis erhalten haben (53,1 %), und zufrieden weitere 28,9 %. Einrichtungen für HIV-Tests und allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxen wurden ähnlich eingestuft: 33,1 % bzw. 33,9 % bekamen ein sehr zufrieden, 36,0 % und 31,9 % ein zufrieden. Die größten Anteile von Berichten über keine Unterstützung und Information gab es im Blutspende-Setting (16,7 %) und im Rahmen von stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung (13,8 %, 13,4 %). (Abbildung 119, S. 169)

ABBILDUNG 119: UNTERSTÜTZUNG UND INFORMATIONEN BEI DER HIV-DIAGNOSE NACH ORT DER DIAGNOSE (N=2.429)



7.6.5. Kontrolluntersuchungen bei HIV-Infektion

Männer mit HIV-Diagnose wurden gefragt, wann sie das letzte Mal einen Arzt/eine Ärztin zu Kontrolle ihrer HIV-Infektion aufgesucht haben mit den Antwortmöglichkeiten der Rezenskala (S. 264).

Fast 98 % aller Befragten berichteten von einer Verlaufskontrolle in den letzten 6 Monaten. Die in Deutschland eher üblichen Arztbesuche im Quartal wurde hier nicht abgefragt, man sieht jedoch, dass zwei Drittel der Männer berichteten, dass der Arztbesuch innerhalb der letzten 4 Wochen stattgefunden hat. Kontrolluntersuchungen der HIV-Viruslast werden in Deutschland alle 3–6 Monate empfohlen, mit der höheren Frequenz am Anfang des Behandlungsbeginns. [25] Besorgniserregend ist, dass 0,7 % der Befragten berichtet haben, keine Verlaufskontrolle in mehr als 12 Monaten gehabt zu haben. (Tabelle 50, S. 170)

TABELLE 50: REZENZ DER HIV-KONTROLLE DURCH EINEN ARZT/EINE ÄRZTIN (N=2.459)

Wann haben Sie das letzte Mal eine/n Arzt/in zur Verlaufskontrolle Ihrer HIV-Infektion ...	%	kum.- %
letzte 24 Stunden	3,4 %	3,4 %
letzte 7 Tage	12,6 %	16,0 %
letzte 4 Wochen	50,2 %	66,2 %
letzte 6 Monate	31,6 %	97,9 %
letzte 12 Monate	0,9 %	98,8 %
letzte 5 Jahre	0,4 %	99,1 %
mehr als 5 Jahren	0,3 %	99,4 %
noch nie	0,6 %	100,0 %
Total	100,0 %	

Um die Indikationen des Dublin Declaration Monitoring (DDM) zur HIV-Versorgung abzuleiten haben wir die Tatsache, jemals einen HIV-Test erhalten zu haben mit der Einbindung in das medizinische System (HIV Kaskade, 3. Stufe, #6.278) und eine Verlaufskontrolle in den letzten 6 Monaten mit einer aktuellen Begleitung durch das medizinische System (4. Stufe, #6.282) gleichgesetzt. [26] Aus Kohortenstudien lassen sich diese Daten nicht einfach ableiten. Nach dieser Definition wurden deutschlandweit 99,3 % der Männer in die Versorgung eingebunden und 97,8 % sind dies geblieben („retained in care“). Siehe auch Versorgungskaskade (4.1.4, oben, S. 69 f.).

7.7. Angebote zur Hepatitis-Impfung

Alle Teilnehmer wurden gefragt, ob ihnen jemals seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus) eine Hepatitis-Impfung angeboten worden ist. Etwa 7,4 % konnten sich nicht erinnern. Von denen, die hier eine Angabe machen konnten, bejahten zwei Drittel ein solches Impfangebot bekommen zu haben, ein Drittel hatte dies nicht erhalten.

Wenn man diese allgemeine Antwort von Männern die negativ auf HIV getestet wurden nach dem Ort der letzten HIV-Testung stratifiziert, zeigt sich, dass Männer, die einen HIV-Test als stationäre Krankenhauspatienten erhalten haben, am seltensten ein Impfangebot erhalten haben (54,4 %). Fand der HIV-Test in einer fachärztlichen Praxis bzw. einer HIV-Schwerpunktpraxis statt, berichteten 74,3 %, jemals ein Impfangebot gegen Hepatitis erhalten zu haben. Dass in diesem Setting einer von vier Männern nicht die Frage nach dem Impfangebot bejahen konnte, überrascht, da dieses Setting in der Regel auch auf die Zielgruppe MSM spezialisiert ist. In allgemeinmedizinischen bzw. Hausarztpraxen waren es etwas mehr als einer von drei Männern. Dies zeigt Präventionsmöglichkeiten auf, die unbedingt gestärkt werden sollten. Auch wenn die Fallzahlen sehr klein sind, wird der größte Anteil von Männern, die ein solches Angebot erhalten haben von jenen berichtet, die als letzten HIV-Test einen Einsendetest verwendet haben. Diese Gruppe scheint sehr gut über Prävention informiert zu sein. (Tabelle 51, S. 171)

TABELLE 51: HEPATITIS-IMPFBOT NACH ORT DES LETZTEN HIV-TESTS (N=14.882)

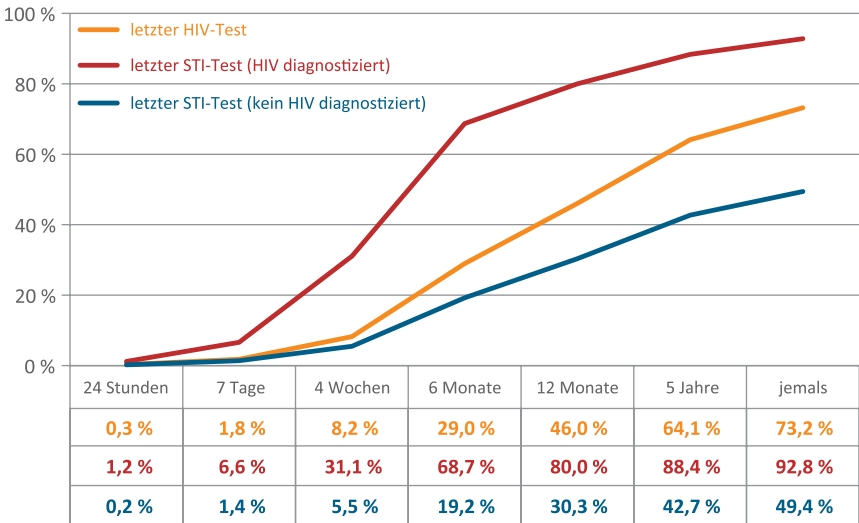
Ort letzter HIV-Test und jemals Hepatitis-Impfangebot erhalten	ja	nein	ich weiss es nicht	Total
selbst Blutprobe eingeschickt	78,3 %	15,0 %	6,7 %	60
Fachärztl./HIV-Praxis	74,7 %	20,0 %	5,3 %	1.679
Woanders	74,3 %	20,5 %	5,2 %	439
Allgemeinmed./Hausärzte	64,0 %	30,3 %	5,7 %	5.461
Bar/Kneipe/Club/Sauna	62,8 %	30,2 %	7,0 %	43
ambulant/Krankenhaus	62,4 %	32,3 %	5,4 %	635
Beim Blutspenden	61,8 %	31,2 %	7,1 %	751
Einrichtung für HIV-Tests	60,3 %	31,6 %	8,1 %	4.819
Mobile Teststelle	57,1 %	28,6 %	14,3 %	42
Heimtest benutzt/Resultat selbst	56,3 %	36,8 %	6,8 %	190
stationär/Krankenhaus	54,4 %	37,2 %	8,4 %	763
Gesamt	63,6 %	29,8 %	6,7 %	14.882

7.8. STI-Testangebote

7.8.1. Wer wird mit STI-Tests erreicht?

Alle Teilnehmer wurden gefragt „Wann wurden Sie das letzte Mal auf andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersucht/getestet?“ mit einer Auswahlmöglichkeit den letzten Test anzugeben (Rezenskala, S. 264).

ABBILDUNG 120: TESTREZENZ AUF HIV UND STI, NACH HIV-STATUS



7.8.2. Sensibilisierung der STI-Test anbietenden für die Sexualität der Kunden

Männer, die einen STI-Test im letzten Jahr hatten, wurden gefragt „Wussten die Untersuchenden (Ärzt*innen/Berater*innen usw.), dass Sie Sex mit Männern haben?“. Tabelle 52 (S. 173) zeigt die Anteile der Antworten.

TABELLE 52: WISSEN DER UNTERSUCHENDEN ÜBER DIE SEXUALITÄT DER UNTERSUCHTEN (N=8.253)

Wissen der Untersuchenden, über die Sexualität der Untersuchten (N=8.253)	%
Ja, auf jeden Fall	81,9 %
Ja, wahrscheinlich	7,1 %
Nein, sie wussten es nicht	8,5 %
Ich weiss es nicht	2,5 %
Gesamt	100,0 %

Über 80 % der Männer, die im letzten Jahr einen STI-Test hatten, waren sich sicher, dass der/die Behandelnde wusste, dass sie Sex mit Männern haben. Dies hängt sehr wahrscheinlich damit zusammen, dass MSM in Deutschland vermehrt MSM-freundliche Test- und Beratungsstellen sowie Ärzte aufsuchen. Männer, deren Sexualität den Behandelnden nicht bekannt war, haben zudem eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein Routinescreening auf STIs zu erhalten und sind deswegen hier unterrepräsentiert, da die Frage nur MSM gestellt worden ist, die im letzten Jahr auf STI getestet worden sind.

7.8.3. Umfassende STI-Untersuchungen

Männer, die im letzten Jahr auf STIs untersucht worden sind, sollten die folgende Aussage vervollständigen: „Damit wir angemessen nach Tests auf Geschlechtskrankheiten fragen können, haben Sie...“ „einen Penis (Schwanz, Penoid)“, „eine Vagina (Scheide, Fronthole)“, „beides“, „weder noch“. Im Folgenden wurden sie, entsprechend ihrer Körper, gefragt welche Tests sie im letzten Jahr bekommen haben. (Tabelle 53, S. 173)

TABELLE 53: ART DER STI-UNTERSUCHUNG/-TESTUNG

Art der Untersuchung/Testung	N	% nein	% ja	% ich erinnere mich nicht
Blutprobe	8.235	8,5	90,3	1,2
Urinprobe	8.225	42,3	55,1	2,6
Harnröhrentupfer/-abstrich	8.084	69,5	29,7	0,8
Untersuchung des Penis	8.086	63,3	34,8	1,9
Vaginaltupfer/-abstrich	36	56,0	44,0	0,0
Untersuchung der Vagina	36	72,2	22,2	5,6
Rektaltupfer/-abstrich	8.229	62,9	36,1	1,0
Untersuchung des Anus	8.245	69,5	28,9	1,6

Bluttests sind die häufigste Untersuchungsmethode, die von über 90 % der Befragten berichtet worden ist. Etwas mehr als die Hälfte berichten von Urinproben, Rektalabstriche/-tupfer waren mit 36 % seltener, Untersuchungen des Anus, um zum Beispiel Warzen oder Fissuren und weitere Veränderungen zu erkennen wurden von 29 % berichtet, ähnlich selten wie Harnröhrenabstriche/-tupfer. Bei einer kleinen Stichprobengröße von nur 36 Teilnehmenden wurden von 22 % eine vaginale Untersuchung und von 44 % ein Vaginalabstrich berichtet.

7.8.4. Partnerbenachrichtigung nach Syphilis- und Gonorrhö-Diagnosen

Männer, die mit Syphilis oder Gonorrhö in den letzten 12 Monaten diagnostiziert worden sind, wurden gefragt, ob sie oder ihr Arzt/ihre Ärztin die letzten Sexpartner informiert hat, dass diese ebenfalls eine Behandlung benötigen. (Tabelle 54, S. 174)

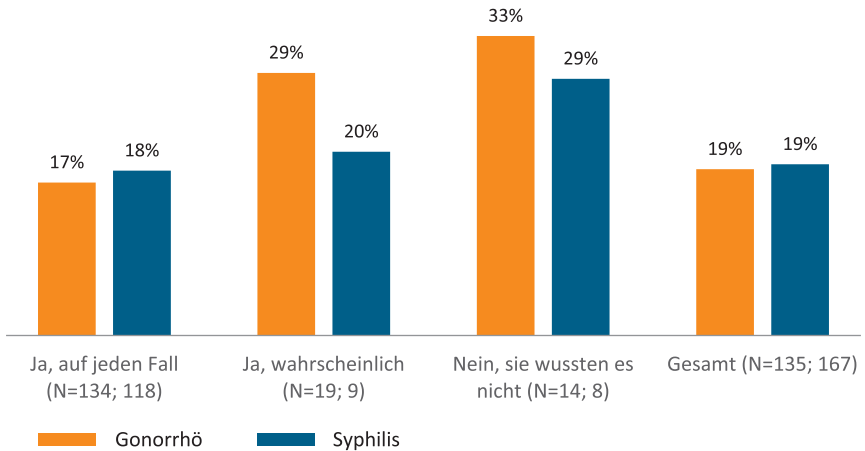
TABELLE 54: INFORMATION VON SEXPARTNER DURCH ARZT/ÄRZTIN ODER BEFRAGTEN BEI SYPHILIS- (N=702) BZW. GONORRHÖ-DIAGNOSE (N=925), DASS SEXPARTNER EBENFALLS EINE BEHANDLUNG (ODER ZUMINDEST EINEN TEST) BENÖTIGT

Haben Sie (oder ihr Arzt/Ihre Ärztin) bei Ihrer letzten Syphilis- bzw. Gonorrhö-Diagnose ihre letzten Sexpartner informiert, dass sie ebenfalls eine Behandlung (oder zumindest einen Test) benötigen?	% Männer mit Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=702)	% Männer mit Gonorrhö-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=925)
Nein, keinen meiner Sexpartner	19,5 %	19,0 %
Ja, einige meiner Sexpartner	37,5 %	37,4 %
Ja, alle letzten Sexpartner	40,9 %	40,8 %
Ich weiss es nicht mehr	2,1 %	2,8 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %

Bei der Partnerbenachrichtigung machte es keinen Unterschied welche Infektion diagnostiziert worden ist. Die Mehrheit der Männer mit Syphilis- oder Gonorrhö-Diagnose informierte zumindest einen Teil ihrer Sexpartner darüber, dass sie sich testen bzw. behandeln lassen sollten. Die Benachrichtigung kann erschwert sein, wenn Sexpartner keine Kontaktdaten ausgetauscht haben, z. B. bei Kontakten in Saunen oder Darkrooms oder durch Apps. Die Kenntnis der Ärzt*innen und/oder Berater*innen, dass der Patient Sex mit Männern hat, trägt wesentlich zu Partnerbenachrichtigungen bei. Die Mehrheit der Befragten hatte angegeben, dass die Behandler*innen Kenntnis über die sexuelle Orientierung hatten. In dieser Gruppe war die Partner-

benachrichtigung am höchsten, lediglich 17 % bzw. 18 % der Befragten sagten, dass Partner nicht benachrichtigt worden sind. Wenn die Behandler*innen keine Kenntnis hatten, wurden bei 29 % der Syphilis-Diagnosen und 33 % der Gonorrhö-Diagnosen keine Partner informiert. Die Verbreitung von STI könnte durch eine gezielte sexuelle Anamnese reduziert werden. (Abbildung 121, S. 175)

ABBILDUNG 121: FEHLENDE PARTNERBENACHRICHTIGUNG UND KENNTNIS ÜBER SEXUALITÄT DES BEHANDELTEN (GONORRHÖ: N=167, SYPHILIS: N=135)



7.9. Unterschiede bei den Interventionen nach Bundesland/ Stadtgröße

Abbildung 122 (S. 176) zeigt deutliche Unterschiede bei der Resenz von STI-Tests bei Männern ohne HIV-Diagnose in den verschiedenen Bundesländern (was auf eine unterschiedliche Testfrequenz hinweist). Auffällig ist auch der ungewöhnlich hohe Anteil von STI-Tests auf Grund von Symptomen in Berlin.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind deutlich ausgeprägter als bei Männern mit HIV-Diagnose (vgl. Abbildung 123, S. 176). Das deutet auf vor allem auf Unterschiede bei den Angeboten für und der Wahrnehmung von STI-Screening-Untersuchungen hin. Besonders in Berlin und Hamburg scheint es vergleichsweise einfach zu sein, solche Screening-Untersuchungen machen zu lassen.

ABBILDUNG 122: STI-TESTUNG BEI TEILNEHMERN OHNE HIV-DIAGNOSE NACH BUNDESLAND (N=19.194)

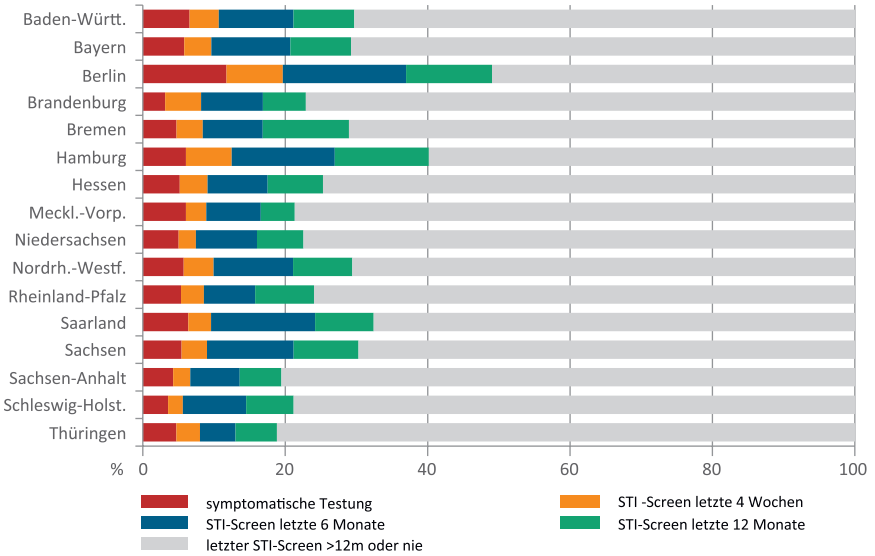
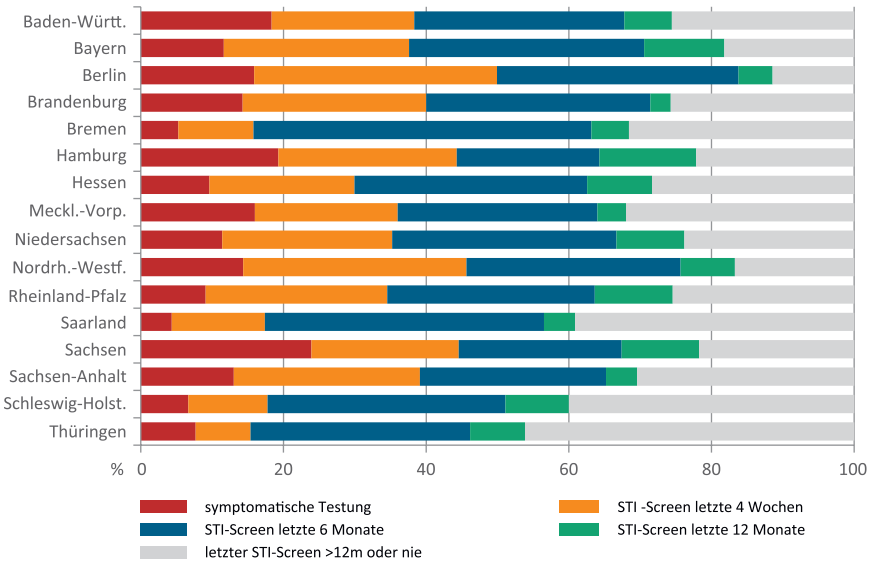


ABBILDUNG 123: STI-TESTUNG BEI TEILNEHMERN MIT HIV-DIAGNOSE NACH BUNDESLAND (N=2.289)



Deutlich geringer fallen die Unterschiede bezüglich der Rezenz von STI-Testen bei Männern ohne HIV-Diagnose im Vergleich von Großstädten aus. (Abbildung 124, S. 177). Das zeigt, dass es keine großen Unterschiede bei den Testmöglichkeiten in den Großstädten gibt und die Unterschiede zwischen den Bundesländern eher damit zusammenhängen, welcher Teil der Befragten in einer Großstadt lebt. Allerdings gibt es größere Unterschiede zwischen den Großstädten, was die Art der STI-Screening-Untersuchungen angeht: Analabstriche sind in Berlin, Hamburg, Dresden und Leipzig beispielsweise viel häufiger Bestandteil von STI-Screenings als in Köln, Frankfurt, und der Ruhr-Region. (Abbildung 125, S. 177)

ABBILDUNG 124: STI-TESTUNG BEI TEILNEHMERN OHNE HIV-DIAGNOSE NACH STADT (N=7.174)

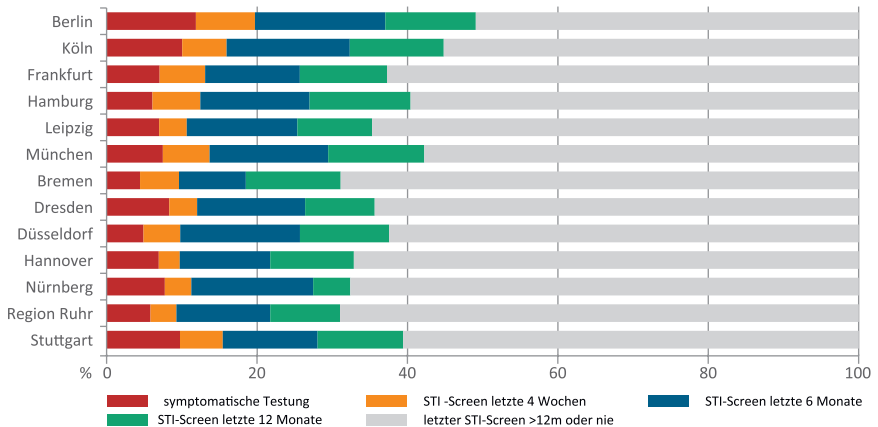
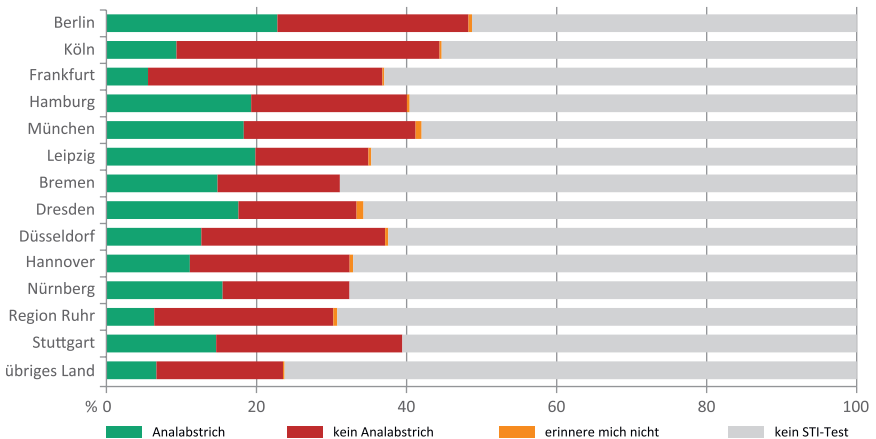
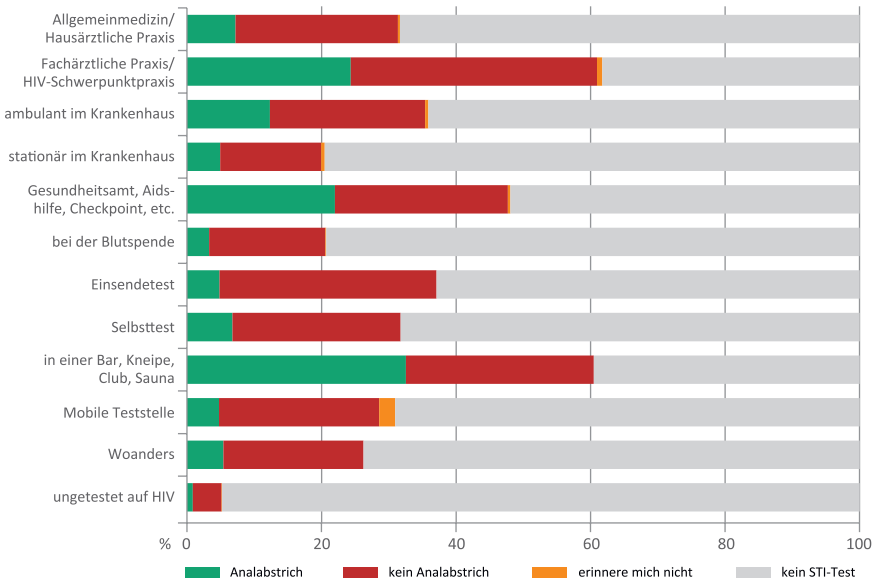


ABBILDUNG 125: STI-TESTUNG NACH STADT (N=20.454)



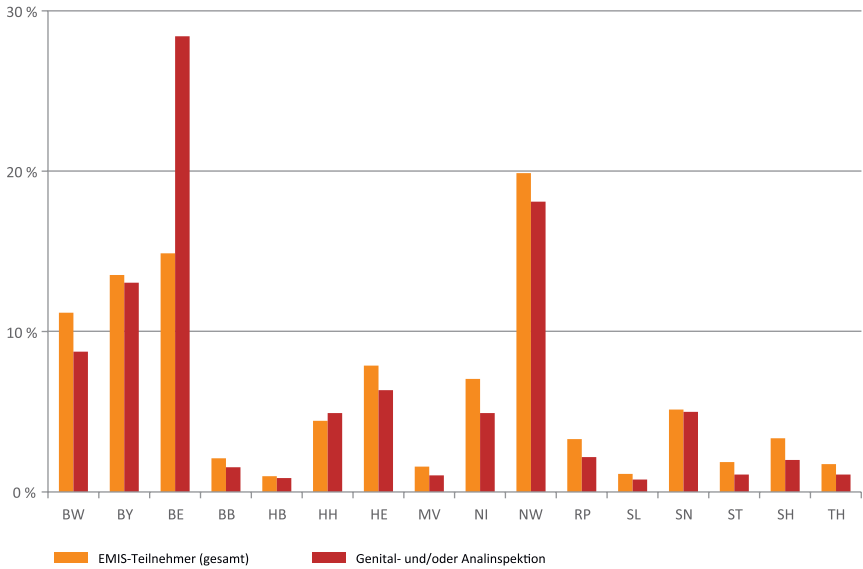
Abgesehen von regionalen Unterschieden bei der Art der STI-Untersuchungen hängt der Umfang der Testungen auch davon ab, wo diese Tests vorgenommen werden. Der Testort für STI-Testungen wurde zwar nicht explizit erfragt, aber unter der Annahme, dass HIV- und STI-Testung häufig in derselben Einrichtung erfolgen, lässt sich auch hier ein Muster erkennen. In Schwerpunktpraxen, Checkpoints, und bei vor-Ort-Testangeboten in der Schwulenszene werden demnach besonders häufig Analabstriche angeboten. (Abbildung 126, S. 178)

ABBILDUNG 126: STI-TESTUNG UND ORT DES LETZTEN HIV-TESTS
(TEILNEHMER OHNE HIV-DIAGNOSE) (N=20.454)



Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich auch bei der Durchführung einer Inspektion der Genital- und Analregion im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen. In Berlin finden solche Inspektionen deutlich häufiger statt als in den anderen Bundesländern. (Abbildung 127, S. 179) Dies dürfte auch der Grund sein, weswegen in Berlin Anal- und Genitalwarzen häufiger diagnostiziert werden als anderswo.

ABBILDUNG 127: ANTEIL DER IN DEN LETZTEN 12 MONATEN AUF STI UNTERSUCHTEN TEILNEHMER, BEI DENEN AUCH EINE INSPEKTION DER GENITAL- UND/ODER ANALREGION ERFOLGTE, IM VERGLEICH ZUR VERTEILUNG ALLER TEILNEHMER AUF DIE BUNDESLÄNDER (N=21.648)



BW Baden-Württemberg, BY Bayern, BE Berlin, BB Brandenburg, HB Bremen, HH Hamburg, HE Hessen, MV Mecklenburg-Vorpommern, NI Niedersachsen, NW Nordrhein-Westfalen, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SN Sachsen, ST Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen

7.10. Interventionen (Bundeslandtabellen)

TABELLE 55: BUNDESLANDTABELLEN: INTERVENTIONEN (N=21.640, N=7.794)

Bundesland	Anzahl Befragte	gratis Kondome erhalten in den letzten 12 Monaten	Homophobie-Erfahrung in den letzten 12 Monaten	HIV-Test in den letzten 12 Monaten	STI-Test in den letzten 12 Monaten	Anabstrich in den letzten 12 Monaten	Anzahl Befragte	Arzt kannte sexuelle Orientierung bei STI-Test
	N	%	%	%	%	%	N	%
Baden-Württemberg	2.420	25,8	28,1	45,2	33,4	11,4	802	76,4
Bayern	2.920	23,7	27,6	46,1	34,5	12,7	1.001	79,1
Berlin	3.212	36,5	36,3	59,7	57,3	28,0	1.828	90,0
Brandenburg	453	21,1	25,4	40,9	27,6	7,8	124	79,0
Bremen	212	21,3	34,0	41,0	33,3	12,4	70	81,4
Hamburg	960	37,0	30,2	56,2	46,3	21,2	439	87,0
Hessen	1.702	24,3	29,6	45,2	30,7	5,8	517	77,2
Mecklenburg-Vorpom.	343	23,9	27,4	36,9	25,5	5,0	86	76,7
Niedersachsen	1.524	25,0	27,2	40,7	26,5	9,1	402	77,1
Nordrhein-Westfalen	4.294	28,9	31,4	44,8	35,5	10,2	1.516	82,1
Rheinland-Pfalz	711	27,0	29,3	46,7	28,4	6,8	201	71,6
Saarland	245	31,4	35,5	42,0	35,7	13,7	86	74,4
Sachsen	1.108	23,4	27,3	43,8	34,7	16,6	382	84,6
Sachsen-Anhalt	402	20,1	29,6	33,9	22,9	4,0	92	65,2
Schleswig-Holstein	722	21,3	28,3	37,0	23,8	7,6	171	81,9
Thüringen	376	17,9	27,1	33,9	20,6	4,5	77	54,5
Total	21.604	27,5	30,2	46,3	36,3	13,2	7.794	81,8

8. GESUNDHEITSGLEICHHEITEN

Das Kapitel Gesundheitsungleichheiten widmet sich Untergruppen von MSM, um dort Krankheitslast durch sexuell-übertragbare Infektionen, Wissen zu HIV, STIs und Hepatitis sowie zu Schutzmöglichkeiten wie Impfung, PEP und PrEP zu untersuchen. Psychische Gesundheit, Suchtverhalten sowie sexuelle Zufriedenheit werden ebenfalls dargestellt. Die Untergruppen wurden anhand von Alter, Wohnort (Großstadt, Städte/ländliche Regionen), Beziehungsstatus, Outness, HIV-Status, geographischer Herkunft, sowie Tausch von Geld oder Gefälligkeiten gegen Sex definiert, um Bedarfe sowie Erfolge aufzuzeigen. Weitere Untergruppen, die sich über ihre Geschlechtsidentität (Transmänner) oder ihren Substanzkonsum (Chemsex-Nutzer, injizierender Substanzkonsum) definieren und ebenfalls besondere Ungleichheiten und Bedarfe aufweisen, wurden hier nicht berücksichtigt, da hierzu gesonderte eigene Auswertungen und Veröffentlichungen geplant sind.

8.1. Altersungleichheiten

Das Altersprofil des EMIS-2017 Teilnehmer wird in Abschnitt 3.2 „Alter“ (S. 40) dargestellt. Die folgenden Tabellen stellen die Indikatoren für Altersgruppen dar: Teilnehmer unter 25 Jahren (13,9 %), im Alter von 25 bis 39 Jahren (41,1 %), im Alter von 40 bis 64 Jahren (42,3 %) und ältere Teilnehmer (2,8 %).

Die Männer in der höchsten Altersgruppe hatten den höchsten Anteil niedriger Bildung (5,1 %), lebten häufiger als die jüngeren Altersgruppen in einer Beziehung mit einer Frau (36,5 %), hatten den höchsten Anteil von Männern deren Umfeld nicht über ihre Anziehung zu Männern informiert war (35,2 %) und waren am seltensten Single (44,0 %). Die jüngste Altersgruppe berichtete am häufigsten, dass das Einkommen knapp bemessen (23,9 %) oder nicht ausreichend (10,0 %) ist. In dieser Altersgruppe identifizierten sich mit 1,4 % der höchste Anteil als Trans*mann.

8.1.1. Alter und Erkrankungen

Die Krankheitslast unterschied sich in den Altersgruppen. Männer jünger als 25 Jahre berichteten den höchsten Anteil an depressiven Verstimmungen (8,4 %) und Suizidgedanken (23,3 %), und hatten am häufigsten eine nachweisbare Viruslast (48,9 %), dies jedoch auch deswegen, weil die Diagnosen in dieser Altersgruppe häufig noch nicht lange zurückliegen (vgl. 4.2.2, S. 77 f.). Männer zwischen 25 und 39

Jahren hatten die höchsten Anteile von Infektionen mit Gonorrhö (6,0 %) und Chlamydien (4,7 %), häufig eine nachweisbare Viruslast (11,5 %) und zeigten zu einem Viertel (24,0 %) Anzeichen für Alkoholabhängigkeit. Männer über 40 lebten häufiger mit einer HIV-Infektion bzw. einer HIV- und Hepatitis-Koinfektion (2,8 %). In der Altersgruppe über 65 Jahren war dieser Anteil ebenfalls erhöht (11,5 % und 2,0 %). (Tabelle 56, S. 182)

TABELLE 56: ALTERSGRUPPE UND MORBIDITÄTEN (N=23.107)

	ALTER				Gesamt
	<25	25-39	40-64	≥65	
Anzahl	3.210	9.497	9.762	638	23.107
MORBIDITÄTEN (%)					
Schwere depressive Verstimmung	8,4 %	5,4 %	3,9 %	1,0 %	5,1 %
Suizidgedanken	23,3 %	15,4 %	13,8 %	10,5 %	15,7 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	21,3 %	24,0 %	20,6 %	18,4 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	1,5 %	7,8 %	16,6 %	11,5 %	10,7 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	48,9 %	11,5 %	7,8 %	7,0 %	9,7 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	1,5 %	3,6 %	3,7 %	1,3 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	0,1 %	0,9 %	2,8 %	2,0 %	1,6 %
Gonorrhö	2,9 %	6,0 %	3,1 %	1,3 %	4,2 %
Chlamydien	2,4 %	4,7 %	3,4 %	1,3 %	3,7 %
Genitalwarzen	4,9 %	15,5 %	20,3 %	14,8 %	16,1 %

Präventions-, Awareness- und Behandlungsangebote mit Fokus auf psychische Gesundheit werden für die jüngeren Altersgruppen am dringendsten benötigt.

8.1.2. Alter und Sexualverhalten

Ein HIV-Test im letzten Jahr (38,7 %), die Einnahme von ART bei bestehender HIV-Diagnose (68,1 %) und eine präventive PrEP-Einnahme (0,7 %) wurde am seltensten von Männern aus der jüngsten Altersgruppe berichtet. HIV-Testung und PrEP-Einnahme waren jedoch auch bei der ältesten Altersgruppe vergleichsweise niedrig. Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner wurde am häufigsten von Männern im Alter von 40 bis 64 Jahren berichtet, der Unterschied zu den jüngeren Altersgruppen war jedoch relativ gering ausgeprägt. Während jüngere Männer

weniger häufig mehr als 10 Sexualpartner in den vergangenen 12 Monaten berichteten, stieg der Anteil auf 29,7 % bei den Männern zwischen 40 und 64 Jahren, die auch häufiger injizierenden Substanzkonsum berichteten (1,7 %). (Tabelle 57, S. 183)

TABELLE 57: ALTERSGRUPPE UND VERHALTEN (N=23.107)

Anzahl	ALTER				Gesamt
	<25	25–39	40–64	≥65	
VERHALTEN (%)					
HIV-Test (letzte 12 Monate)	38,7 %	50,5 %	44,6 %	33,6 %	45,9 %
Einnahme von ART	68,1 %	93,0 %	96,6 %	94,4 %	94,9 %
PrEP-Einnahme	0,7 %	2,8 %	2,0 %	0,0 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Partner unbekannter HIV-Status	17,4 %	19,3 %	22,9 %	16,5 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	2,5 %	5,5 %	4,8 %	2,6 %	4,7 %
>10 Sexpartner	15,2 %	26,3 %	29,7 %	18,0 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	0,6 %	1,3 %	1,7 %	1,3 %	1,4 %

8.1.3. Alter und unerfüllte Präventionsbedarfe

Passend zum niedrigsten Anteil mit HIV-Testung in den letzten 12 Monaten berichteten die noch nie getesteten Männer in der jüngsten Altersgruppe auch mehrheitlich (52,6 %), dass sie nicht sicher waren oder nicht wissen, wo man sich auf HIV testen lassen kann. Ähnlich häufig wie auch in der ältesten Altersgruppe war die Unkenntnis der PEP (51,2 % bzw. 52,8 %). Während in der ältesten Gruppe das PEP- und PrEP-Wissen noch niedriger war und Männer in dieser Altersgruppe auch im Gesundheitssystem sehr selten (3,0 % bzw. 4,7 %) auf PEP angesprochen wurden, war das Zutrauen, eine PEP bei Bedarf zu erhalten, in dieser Altersgruppe höher. Zudem war diese älteste Gruppe auch am wenigsten an der Einnahme einer PrEP interessiert. Männer unter 25 Jahren wurden am wenigsten durch Präventionsangebote erreicht und hatten das niedrigste Behandlungswissen zu HIV und das geringste Wissen zu HIV- und Hepatitis-Testung. Allerdings wussten die jüngeren etwas öfter als die älteren Männer, wo eine HAV-Impfung angeboten wird (62,6 %, 57,7 %). (Tabelle 58, S. 184)

TABELLE 58: ALTERSGRUPPE UND PRÄVENTIONSBEDARFE (N=23.107)

Anzahl	ALTER				Gesamt
	< 25	25–39	40–64	≥ 65	
BEDARFE (%)					
Mangelnde soziale Unterstützung	4,5 %	4,1 %	4,3 %	4,9 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,2 %	6,3 %	6,0 %	7,1 %	6,2 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	11,0 %	7,0 %	6,2 %	7,2 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	am unzufriedensten				
Erreicht durch Prävention	am wenigsten				
HIV Test- und Behandlungswissen	am niedrigsten				
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	52,6 %	33,9 %	27,0 %	29,8 %	37,5 %
Unkenntnis PEP	51,2 %	31,5 %	34,6 %	52,8 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	70,9 %	60,0 %	57,7 %	55,0 %	60,6 %
PEP/PrEP-Wissen	niedrig				
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	4,7 %	8,5 %	7,0 %	3,0 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	am höchsten				
Hepatitis-Wissen	am niedrigsten				
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	62,6 %	65,0 %	63,9 %	57,5 %	63,9 %

Bei den Bedarfen zeigt sich, dass jüngere Männer deutlich schlechter erreicht werden und informiert sind, es ähnliche Lücken aber auch bei älteren Männern gibt.

8.1.4. Alter und Interventionen

Auch bei den Interventionen zeigt sich, dass die jüngste Altersgruppe sowie zum Teil auch die älteren MSM schlechter erreicht worden sind. Junge Männer hatten seltener kostenlos Kondome erhalten (als ein Proxy für Erreichbarkeit durch Präventionsangebote). Während jüngere MSM zwar etwas öfter als ältere MSM wussten, wo man sich gegen Hepatitis-A impfen lassen kann, war die jüngere Altersgruppe weni-

ger häufig geimpft (47,2 %; 54,2 %). Der Anteil aller, die ein komplettes Screening auf STIs im letzten Jahr erhalten haben, lag in der ältesten Altersgruppe mit 4,1 % sehr niedrig, gefolgt von den jüngeren MSM mit 6,7 %. (Tabelle 59, S. 185)

TABELLE 59: ALTERSGRUPPE UND INTERVENTIONEN (N=23.107)

Anzahl	ALTER				Gesamt
	<25	25–39	40–64	≥65	
INTERVENTIONEN (%)					
Kostenlos Kondome erhalten	21,2 %	26,4 %	29,9 %	27,3 %	27,2 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	6,7 %	10,8 %	6,6 %	4,1 %	8,3 %
Durch Prävention erreicht	71,9 %	77,9 %	74,3 %	59,7 %	75,1 %
Hepatitis-A-Impfung	47,2 %	63,0 %	62,5 %	54,2 %	60,3 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	38,7 %	50,5 %	44,6 %	33,6 %	45,9 %

Auch hier zeigte sich, dass Interventionen schlechter bei der jüngsten und ältesten Altersgruppe ankommen. Insgesamt sind jedoch in fast allen der dargestellten Aspekte für alle Altersgruppen weitere Verbesserungen wünschenswert.

8.2. Ungleichheiten nach Stadtgröße

MSM entscheiden sich häufiger in Großstädten zu wohnen als in Kleinstädten oder auf dem Land. Für dieses Kapitel haben wir Städte mit weniger als 100.000 Einwohnern in der Kategorie Kleinstadt/Land zusammengefasst, Städte ab 100.000 Einwohnern als Großstädte.

MSM aus Großstädten sind häufiger out (56,4 %) als Männer aus Kleinstädten (41,8 %), wenn sie in einer Beziehung leben, dann häufiger mit einem Mann (85,7 % v. 71,0 %) und deutlich seltener mit einer Frau (10,9 % v. 26,2 %). Der Beziehungsstatus unterscheidet sich jedoch nicht. Männer aus Kleinstädten sind etwas jünger, d. h. sie befinden sich häufiger noch in Schule oder Ausbildung. Dies erklärt auch kleine Unterschiede im gefühlten Einkommen. Männer aus Großstädten hatten mehr Bildungschancen, d. h. mehr als 6 Jahre Ausbildung oder Studium ab dem Alter von 16 Jahren. Hier liegt der Anteil bei 67,0 % im Vergleich zu Kleinstädten (50,7 %).

8.2.1. Stadtgröße und Erkrankungen

Bei den Erkrankungen zeigt sich, dass Infektionen mit HIV und STI in Großstädten prävalenter sind. Der Anteil mit Syphilis-Diagnose im letzten Jahr war dort mit 4,1 % fast doppelt so hoch wie in Kleinstädten. Genitalwarzen wurden 1,7x, Infektionen mit Chlamydien 2,7x und mit Gonorrhö 3x häufiger bei Männern aus Großstädten berichtet. Auch war die HIV-Prävalenz in Städten fast doppelt so hoch (13,1 % v. 7,0 %), wobei das Großstadt-Setting nicht notwendigerweise der Infektionsort sein muss, sondern auch ein Zuzug von Männern mit HIV-Diagnose in Großstädte eine Rolle spielen kann. In Kleinstädten wurde häufiger eine Viruslast über der Nachweisgrenze berichtet (13,2 % v. 8,4 %). Es wurden keine Unterschiede in den Anteilen von Männern mit berichteten Suizidgedanken und depressiver Verstimmung gefunden, es gab jedoch bei MSM in Großstädten mehr Anzeichen für Alkoholabhängigkeit. (Tabelle 60, S. 186)

TABELLE 60: STADTGRÖSSE UND MORBIDITÄTEN (N=22.846)

Anzahl	STADTGRÖSSE		Gesamt
	Großstadt	Kleinstadt/Land	
	13.963	8.883	22.846
MORBIDITÄTEN (%)			
Schwere depressive Verstimmung	5,1 %	5,0 %	5,1 %
Suizidgedanken	15,7 %	15,5 %	15,6 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	24,1 %	18,9 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	13,1 %	7,0 %	10,8 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	8,4 %	13,2 %	9,6 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	4,1 %	2,1 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	2,1 %	0,8 %	1,6 %
Gonorrhö	5,8 %	1,8 %	4,2 %
Chlamydien	4,9 %	1,8 %	3,7 %
Genitalwarzen	19,2 %	11,1 %	16,0 %

8.2.2. Stadtgröße und Sexualverhalten

Aus Großstädten wurde häufiger Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner berichtet (22,3 %; 17,5 %); auch war der Anteil der MSM mit mehr als 10 verschiedenen Sexpartnern im letzten Jahr bei Großstädtern um etwa die Hälfte höher (30,5 % v. 18,9 %). Injizierender Substanzkonsum war ebenfalls signifikant häufiger (1,8 %; 0,8 %). Männer aus Kleinstädten oder ländlichen Regionen berichteten seltener einen HIV-Test in den letzten 12 Monaten (38,0 %; 51,4 %). (Tabelle 61, S. 187)

TABELLE 61: STADTGRÖSSE UND VERHALTEN (N=22.846)

Anzahl	STADTGRÖSSE		Gesamt
	Großstadt	Kleinstadt/Land	
	13.963	8.883	22.846
VERHALTEN (%)			
HIV-Test (letzte 12 Monate)	51,4 %	38,0 %	46,0 %
Einnahme von ART	95,7 %	92,7 %	95,0 %
PrEP-Einnahme	2,9 %	0,8 %	2,0 %
CAI mit nicht-festem Partner unbek. HIV-Status	22,3 %	17,5 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	6,1 %	2,5 %	4,7 %
> 10 Sexpartner	30,5 %	18,9 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	1,8 %	0,8 %	1,4 %

8.2.3. Stadtgröße und Präventionsbedarfe

Die Präventionsbedarfe sind in Kleinstädten und auf dem Land höher. Eine mangelnde soziale Unterstützung wurde etwas häufiger angegeben. In Kleinstädten und auf dem Land wurde eine schlechtere Erreichbarkeit durch Prävention und eine höhere sexuelle Unzufriedenheit berichtet. Das Wissen zu HIV, Hepatitis, PEP und PrEP war ebenfalls niedriger. Während 28,6 % der Befragten aus Großstädten sich unzureichend mit der PEP auskannten, waren dies in Kleinstädten und ländlichen Regionen 47,6 %. Auch wurde hier der Aussage, im Bedarfsfall eine PEP erhalten zu können, seltener zugestimmt (56,0 %; 67,5 %) und auch eine Ansprache auf die PrEP hin im Gesundheitssystem wurde viel seltener berichtet (3,8 %; 9,3 %). (Tabelle 62, S. 188)

TABELLE 62: STADTGRÖSSE UND BEDARFE (N=22.846)

	STADTGRÖSSE		Gesamt
	Großstadt	Kleinstadt Land	
Anzahl	13.963	8.883	22.846
BEDARFE (%)			
Mangelnde soziale Unterstützung	3,9 %	4,8 %	4,3 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,5 %	5,5 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,3 %	7,0 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit		unzufriedener	
Erreicht durch Prävention		wenig	
HIV Test- u. Behandlungswissen		niedrig	
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	34,6 %	39,9 %	37,4 %
Unkenntnis PEP	28,6 %	47,6 %	36,0 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	56,0 %	67,5 %	60,6 %
PEP/PrEP-Wissen		niedriger	
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	9,3 %	3,8 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	kein wesentlicher Unterschied		
Hepatitis-Wissen		niedriger	
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	64,8 %	63,1 %	64,0 %

8.2.4. Stadtgröße und Interventionen

MSM aus Kleinstädten und ländlichen Regionen werden schlechter durch Präventionsangebote erreicht. Sie berichteten seltener kostenlos Kondome erhalten zu haben. Der Anteil, die einen HIV-Test in den letzten 12 Monaten berichteten, lag bei 38,0 % im Vergleich zu 51,4 % bei MSM aus Großstädten, sie hatten deutlich seltener ein komplettes STI Screening – eine Blut- und Abstrichuntersuchung – erhalten (4,3 %; 11,1 %) und sind seltener gegen Hepatitis A geimpft worden (54,7 %; 63,9 %). (Tabelle 63, S. 189)

TABELLE 63: STADTGRÖSSE UND INTERVENTIONEN (N=22.846)

Anzahl	STADTGRÖSSE		Gesamt
	Großstadt	Kleinstadt Land	
	13.963	8.883	22.846
INTERVENTIONEN (%)			
Kostenlos Kondome erhalten	31,3 %	21,0 %	27,3 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	11,1 %	4,3 %	8,3 %
Durch Prävention erreicht	76,8 %	72,5 %	75,1 %
Hepatitis-A-Impfung	63,9 %	54,7 %	60,3 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	51,4 %	38,0 %	46,0 %

Zusammenfassend zeigte sich, dass Männer aus ländlichen Regionen und Kleinstädten seltener mit HIV und STIs diagnostiziert werden, sie jedoch auch seltener getestet werden und dass es an Präventionsangeboten in ländlichen Gegenden mangelt. Das Wissen zu Themen der sexuellen Gesundheit ist zudem auch geringer. Hier sollten innovative Wege gefunden werden, MSM hier besser zu erreichen.

8.3. Outness-Ungleichheiten

Wie offen Männer in ihrem Umfeld mit ihrer Sexualität umgehen wurde in 3.7 (S. 50 ff.) dargestellt. Im Folgenden haben wir diese Offenheit zusammengefasst als gegenüber keinem oder sehr wenigen, bzw. gegenüber einigen oder allen Freund*innen, Familienmitgliedern, Bekannten und Arbeitskolleg*innen et al., wobei die Teilnehmer von EMIS-2017 zur Hälfte (50,7 %) gegenüber allen, und jeweils ein Viertel zu entweder niemandem oder fast niemandem (24,1 %) oder nur einigen (25,2 %) gegenüber offen waren. Höhere Anteile mit niemandem diese Information geteilt zu haben, zeigen sich bei Männern über 65 Jahren (35,2 %) sowie unter 25 Jahren (27,7 %). Im Vergleich dazu sind Männer zwischen 25 und 64 Jahren deutlich häufiger gegenüber allen oder fast allen Personen in ihrem Umfeld out (52,8 % bzw. 52,6 %). Bei mehr als einem Drittel (35,2 %) der Männer in der Altersgruppe ab 65 Jahren ist niemand im Umfeld über ihre sexuelle Orientierung informiert. Männer, die eine Beziehung zu einem Mann angegeben hatten, waren zu 72,1 % und Männer, die mit mehr als einem Mann eine Beziehung hatten, zu 64,6 % gegenüber allen offen. Männer, die mit einer Frau eine Beziehung führen, teilten ihre sexuelle Vorliebe für Männer zu 90,3 % mit niemandem oder nur sehr wenigen. Männer, die nur einen Teil oder niemanden informiert hatten, waren häufig Single (54,5 %, 55,6 %).

Männer, die ihr Umfeld informiert hatten, berichteten mehrheitlich von einer festen Beziehung (54,7 %). Männer, die im Ausland geboren wurden, waren etwas seltener ihrem Umfeld gegenüber offen als Männer, die in Deutschland geboren worden sind (42,4 %; 51,8 %). Bildung zeigte sich auch hier als Faktor: Männer mit höheren Bildungschancen berichteten mehrheitlich (51,2 %) out zu sein, bei Männern mit geringeren Bildungschancen lag dieser Anteil bei 46,3 %.

8.3.1. Outness und Erkrankungen

Männer, die ihre sexuelle Präferenz ihrem Umfeld nicht mitgeteilt hatten, berichteten häufiger von schweren depressiven Verstimmungen und deutlich häufiger von einer Viruslast oberhalb der Nachweisgrenze. Bei MSM die allen gegenüber out leben, waren Zeichen für Alkoholabhängigkeit häufiger. HIV und STIs wurden von MSM die out leben häufiger berichtet. (Tabelle 64, S. 190)

TABELLE 64: OUTNESS UND MORBIDITÄTEN (N=22.829)

Anzahl	OUTNESS GEGENÜBER ...			Gesamt
	keinem	einigen	allen	
	5.494	5.761	11.574	22.829
MORBIDITÄTEN (%)				
Schwere depressive Verstimmung	5,6 %	5,1 %	4,8 %	5,1 %
Suizidgedanken	15,9 %	16,4 %	15,1 %	15,6 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	17,8 %	21,9 %	24,1 %	22,0 %
HIV-Prävalenz	4,4 %	8,9 %	14,8 %	10,8 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	20,3 %	9,4 %	8,0 %	9,5 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	1,4 %	3,4 %	4,2 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	0,5 %	1,2 %	2,4 %	1,6 %
Gonorrhö	1,6 %	4,4 %	5,5 %	4,3 %
Chlamydien	1,4 %	3,9 %	4,8 %	3,8 %
Genitalwarzen	8,7 %	13,9 %	20,6 %	16,1 %

8.3.2. Outness und Sexualverhalten

MSM die ihre Vorliebe für andere Männer ihrem Umfeld nicht mitgeteilt haben, hatten deutlich seltener einen HIV-Test in den letzten 12 Monaten (31,9 %) und nahmen, wenn sie mit HIV diagnostiziert worden waren, seltener eine gegen HIV ge-

richtete Antiretrovirale Therapie (89,2 %) bzw. die PrEP (0,5 %) falls HIV-negativ. Sie berichteten auch deutlich seltener Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Sexpartner mit unbekanntem HIV-Status im letzten Jahr (16,1 %, 22,8 %), weniger häufig von mehr als 10 Sexpartner (17,2 %, 30,7 %), seltener von sexualisiertem (1,8 %; 6,4 %) und injizierendem (0,7 %, 1,4 %) Substanzkonsum als Männer, die allen oder fast allen gegenüber geoutet leben. (Tabelle 65, S. 191)

TABELLE 65: OUTNESS UND SEXUALVERHALTEN (N=22.829)

Anzahl	OUTNESS GEGENÜBER ...			Gesamt
	keinem	einigen	allen	
	5.494	5.761	11.574	22.829
VERHALTEN (%)				
HIV-Test (letzte 12 Monate)	31,9 %	47,5 %	52,9 %	46,1 %
Einnahme von ART	89,2 %	94,3 %	96,0 %	95,0 %
PrEP-Einnahme	0,5 %	1,7 %	3,1 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Part. unbek. HIV-Status	16,1 %	19,9 %	22,8 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	1,8 %	4,1 %	6,4 %	4,7 %
>10 Sexpartner	17,2 %	25,2 %	30,7 %	26,1 %
Injizierender Substanzkonsum	0,7 %	1,5 %	1,7 %	1,4 %

8.3.3. Outness und Präventionsbedarfe

Bei den Präventionsbedarfen zeigte sich, dass MSM die Ihrem Umfeld gegenüber offen bzgl. ihrer Liebe zu Männern waren, weniger unbefriedigte Präventionsbedarfe hatten. MSM, die nicht oder nur wenigen gegenüber offen über Ihre Vorliebe zu Männern waren, berichteten geringere Kenntnisse von HIV, Hepatitis, PEP, PrEP und Testung. Sie hatten auch weniger Vertrauen, dass sie die PEP im Bedarfsfalls erhalten würden, sind seltener durch das Gesundheitssystem auf die PrEP angesprochen worden, und waren weniger bereit diese zu nehmen. Sie wurden generell schlechter durch Präventionsangebote erreicht und wussten seltener wo eine Hepatitis-A-Impfung angeboten wird. Letztendlich berichteten sie auch von einer ausgeprägteren sexuellen Unzufriedenheit. Männer, die keinem oder nur wenigen gegenüber out leben berichteten häufiger von größeren Schwierigkeiten, nein zu Sex zu sagen, den man nicht möchte und häufiger von Sex, der nicht so sicher ist wie man es sich wünscht. Bei MSM, die out leben, waren diese Bedarfe geringer bzw. das Wissen zu Themen der sexuellen Gesundheit war besser. (Tabelle 66, S. 192)

TABELLE 66: OUTNESS UND PRÄVENTIONSBEDARFE (N=22.829)

Anzahl	OUTNESS GEGENÜBER ...			Gesamt
	keinem	einigen	allen	
	5.494	5.761	11.574	22.829
BEDARFE (%)				
Mangelnde soziale Unterstützung	7,1 %	4,0 %	2,9 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,6 %	6,8 %	5,6 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,7 %	8,0 %	6,5 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	am unzufriedensten	unzufriedener		
Erreicht durch Prävention	am wenigsten	wenig		
HIV Test- u. Behandlungswissen	am niedrigsten	niedrig		
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	44,0 %	36,3 %	28,3 %	37,3 %
Unkenntnis PEP	58,8 %	34,6 %	25,5 %	35,8 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	72,4 %	63,6 %	52,5 %	60,5 %
PEP/PrEP-Wissen	am niedrigsten	niedrig		
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	1,9 %	6,6 %	10,1 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	niedrig	niedrig		
Hepatitis-Wissen	am niedrigsten	niedrig		
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	55,8 %	63,3 %	70,9 %	64,2 %

8.3.4. Outness und Interventionen

Outness ist ein Faktor für die Erreichbarkeit durch Interventionen. MSM die nicht out leben werden schlechter von Präventionsangeboten erreicht. Ein komplettes STI Screening hatten 3,6 % der MSM die nicht out sind erhalten, Männer die out sind wurden mit 10,7 % deutlich besser von diesen Angeboten erreicht. In den Kategorien kostenlos Kondome erhalten, Erreichbarkeit durch Präventionsangebote, HIV-Testung in den letzten 12 Monaten und Hepatitis-A-Impfung lag der Unterschied von denen die nicht out leben zu denen die es tun bei mindestens 10 %. (Tabelle 67, S. 193)

TABELLE 67: OUTNESS UND INTERVENTIONEN (N=22.829)

Anzahl	OUTNESS GEGENÜBER ...			Gesamt
	keinem	einigen	allen	
	5.494	5.761	11.574	22.829
INTERVENTIONEN (%)				
Kostenlos Kondome erhalten	16,7 %	29,6 %	31,3 %	27,3 %
Kompletter STI Screen (Bluttest u. Abstriche)	3,6 %	8,8 %	10,7 %	8,4 %
Durch Prävention erreicht	67,4 %	76,1 %	78,6 %	75,3 %
Hepatitis-A-Impfung	48,7 %	58,5 %	66,9 %	60,4 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	31,9 %	47,5 %	52,9 %	46,1 %

Präventionsangebote und Wissensvermittlung erreicht MSM, die nicht offen leben, deutlich schlechter. Sie stellen eine schwerer zu erreichende Untergruppe von MSM dar, die sich möglicherweise nicht von bestehenden Präventionsbotschaften und -angeboten angesprochen fühlen.

8.4. Ungleichheiten nach Partnerschaftsstatus

EMIS-2017 zeigte in 3.8 (S. 56 ff.), dass etwa gleich viele Teilnehmer Single sind (47,4 %) wie in einer Beziehung leben (46,3 %). „Es ist kompliziert“ als Beschreibung für den Beziehungsstatus traf nur auf wenige zu (6,3 %). Ob diese Beziehung mit einem oder mehreren Männern und/oder Frauen und/oder Transmännern und/oder -frauen bestand haben wir nicht weiter differenziert.

Männer, die von einer festen Beziehung berichteten, waren im Mittel 41,6 Jahre alt, Singles waren mit 36,9 Jahren jünger. Männer mit kompliziertem Beziehungsstatus lagen mit 40,1 Jahre im Mittel dazwischen. Männer, die ein knappes oder unzureichendes Einkommen berichteten, waren doppelt so häufig Single oder in einer komplizierten Beziehung (24,1 %; 24,0 %) als in einer Beziehung (12,2 %). Eine feste Beziehung wurde etwas häufiger von MSM mit höherer Bildung (3.6, S. 46 ff.) (49,2 %) berichtet, während MSM mit niedriger Bildung häufiger angaben Single zu sein (58,6 %). Männer, die in Deutschland geboren wurden, berichteten häufiger eine feste Beziehung (47,0 %) während Männer die nicht in Deutschland geboren worden sind, häufiger einen Single-Status berichteten (50,9 %).

8.4.1. Partnerschaftsstatus und Erkrankungen

Männer, die in komplizierten bzw. ohne Partnerschaften leben, berichteten häufiger schwere depressive Verstimmungen und Suizidgedanken. In komplizierten Beziehungen waren die berichteten Anzeichen für Alkoholabhängigkeit höher. Die Gruppe der MSM mit kompliziertem Beziehungsstatus berichtete viel häufiger von Infektionen mit HIV, Hepatitis, Gonorrhö, Chlamydien und Syphilis als MSM die Single waren oder einen festen Partner berichteten. (Tabelle 68, S. 194)

TABELLE 68: PARTNERSCHAFTSSTATUS UND MORBIDITÄTEN (N=23.083)

Anzahl	PARTNERSCHAFT			Gesamt 23.083
	Single 10.933	fester Partner 10.686	kompliziert 1.464	
MORBIDITÄTEN (%)				
Schwere depressive Verstimmung	6,8 %	3,0 %	7,9 %	5,1 %
Suizidgedanken	19,9 %	10,5 %	21,7 %	15,7 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	22,3 %	21,4 %	25,9 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	9,2 %	12,2 %	11,6 %	10,7 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	11,2 %	7,9 %	14,3 %	9,7 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	3,2 %	3,3 %	4,2 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	1,3 %	1,9 %	2,0 %	1,6 %
Gonorrhö	4,4 %	3,9 %	5,6 %	4,2 %
Chlamydien	3,5 %	3,8 %	4,9 %	3,7 %
Genitalwarzen	14,1 %	17,5 %	19,4 %	16,0 %

8.4.2. Partnerschaftsstatus und Sexualverhalten

MSM mit kompliziertem Beziehungsstatus berichteten etwas häufiger als Singles von Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner mit unbekanntem HIV-Status, beide berichteten häufiger von einem solchen, als Männer in einer festen Partnerschaft. Singles nahmen seltener die PrEP (1,8 %, Mittelwert 2,1 %). Sexualisierter und injizierender Substanzkonsum sowie mehr als 10 Sexpartner im letzten Jahr berichteten Männer mit kompliziertem Beziehungsstatus häufiger. (Tabelle 69, S. 195)

TABELLE 69: PARTNERSCHAFTSSTATUS UND VERHALTEN (N=23.083)

Anzahl	PARTNERSCHAFT			Gesamt
	Single	fester Partner	kompliziert	
	10.933	10.686	1.464	23.083
VERHALTEN (%)				
HIV-Test (letzte 12 Monate)	46,0 %	45,3 %	50,4 %	45,9 %
Einnahme von ART	93,9 %	95,8 %	93,5 %	94,9 %
PrEP-Einnahme	1,8 %	2,2 %	2,9 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Part. unbek. HIV-Status	22,4 %	18,1 %	23,3 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	4,7 %	4,5 %	5,9 %	4,7 %
>10 Sexpartner	25,4 %	26,0 %	29,5 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	1,6 %	1,2 %	1,9 %	1,4 %

8.4.3. Partnerschaftsstatus und Präventionsbedarfe

Ähnlich wie bereits bei den Morbiditäten und beim Verhalten, liegt der Schwerpunkt der Bedarfe ebenfalls bei MSM die entweder Single sind oder eine komplizierte Beziehung berichten. MSM in fester Partnerschaft berichten seltener einen Mangel an sozialer Unterstützung. Sexuell sind MSM in festen Partnerschaften auch am zufriedensten (NB: MSM die einen oder mehrere feste Partner berichteten können auch in offenen Partnerschaften leben). Das Wissen zu HIV-Testung, Behandlung und Prävention (PEP/PrEP) ist bei Singles weniger gut als bei MSM in fester Partnerschaft. Sie werden auch schlechter von Präventionsangeboten erreicht. (Tabelle 70, S. 196)

TABELLE 70: PARTNERSCHAFTSSTATUS UND BEDARFE (N=23.083)

	PARTNERSCHAFT			Gesamt
	Single	fester Partner	kompliziert	
Anzahl	10.933	10.686	1.464	23.083
BEDARFE (%)				
Mangelnde soziale Unterstützung	6,1 %	2,2 %	5,1 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,9 %	5,1 %	8,0 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,8 %	6,3 %	8,9 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	am unzufriedensten	am zufriedensten		
Erreicht durch Prävention	am wenigsten	etwa gleich	etwa gleich	
HIV Test- u. Behandlungswissen	am niedrigsten	am höchsten		
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	41,6 %	30,4 %	38,8 %	37,5 %
Unkenntnis PEP	39,8 %	32,6 %	34,0 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	64,0 %	56,6 %	64,4 %	60,6 %
PEP/PrEP-Wissen	am niedrigsten	am höchsten		
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	7,1 %	7,2 %	8,4 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen		am niedrigsten	am höchsten	
Hepatitis-Wissen	am niedrigsten	am höchsten		
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	61,4 %	67,9 %	59,2 %	63,9 %

8.4.4. Partnerschaftsstatus und Interventionen

Bei den Interventionen zeigten sich nur geringe Unterschiede. MSM in einer festen Beziehung berichteten seltener ein komplettes STI Screening im letzten Jahr. Sie waren jedoch häufiger gegen Hepatitis-A geimpft als MSM in komplizierten Beziehungen und Singles. Während diese durch STI Screening etwas besser erreicht worden sind, zeigt sich hier, dass die Hepatitis-A-Impfung in diesem Setting für diese Gruppe eventuell ein fehlendes Präventionsangebot sein könnte. (Tabelle 71, S. 197)

TABELLE 71: PARTNERSCHAFTSSTATUS UND INTERVENTIONEN (N=23.083)

Anzahl	PARTNERSCHAFT			Gesamt
	Single	fester Partner	kompliziert	
	10.933	10.686	1.464	23.083
INTERVENTIONEN (%)				
Kostenlos Kondome erhalten	27,0 %	26,8 %	31,4 %	27,2 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	8,5 %	7,6 %	12,4 %	8,3 %
Durch Prävention erreicht	71,9 %	78,1 %	77,0 %	75,1 %
Hepatitis-A-Impfung	56,0 %	64,9 %	59,1 %	60,3 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	46,0 %	45,3 %	50,4 %	45,9 %

Zusammenfassend haben MSM deren Beziehungsstatus „kompliziert“ ist, höhere Risiken und werden etwas schlechter von Präventionsangeboten erreicht. Diese Untergruppe bleibt für die Präventionsarbeit eine Herausforderung.

8.5. Migrationsungleichheiten

In EMIS-2017 haben 614 MSM aus außereuropäischen Ländern (Asien, Afrika, Lateinamerika) mit niedrigem und mittlerem Einkommen (Low and Middle Income Countries, LMIC) teilgenommen die sich zum Befragungszeitpunkt in Deutschland aufgehalten haben. Diese Männer waren im Schnitt 5 Jahre jünger (34,4 Jahre) als Männer aus Deutschland und anderen sogenannten Ländern mit hohem Einkommen (High Income Countries; HIC) (39,4 Jahre). Auch berichteten sie deutlich häufiger einen hohen Bildungsstatus (78,3 %; 60,1 %) und waren öfters Single (58,0 %; 47,1 %) als MSM aus HIC. Sie waren seltener out (29,1 %; 51,3 %). Wenn sie eine Beziehung hatten, war dies eher mit einem Mann oder Männern als mit einer Frau (7,2 %; 17,2 %).

8.5.1. Migration und Erkrankungen

Bezüglich der meisten abgefragten Morbiditäten sind Migranten aus ärmeren außereuropäischen Ländern stärker belastet als einheimische MSM und MSM aus anderen europäischen oder reichen außereuropäischen Ländern. Dies gilt für depressive Verstimmungen und Suizidgedanken, HIV-Nachweisbarkeit im Falle einer Infektion, und die Diagnose einer Syphilis, einer Gonorrhö, von Chlamydien in den letzten 12 Monaten und Genitalwarzen jemals. Es gilt nicht für Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit und auch nicht für die HIV-Prävalenz (bei HIV ist dies möglicherweise z.T. auch auf das niedrigere Alter dieser Gruppe zurückführbar). (Tabelle 72, S. 198)

TABELLE 72: MIGRATION UND MORBIDITÄTEN (N=23.037)

Anzahl	HERKUNFT		Gesamt 23.037
	Einheimische, HIC 22.423	Migranten aus LMIC 614	
MORBIDITÄTEN (%)			
Schwere depressive Verstimmung	5,0 %	8,5 %	5,1 %
Suizidgedanken	15,4 %	24,1 %	15,6 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	22,1 %	20,8 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	10,8 %	10,7 %	10,7 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	9,2 %	26,2 %	9,7 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	3,3 %	4,6 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	1,6 %	1,5 %	1,6 %
Gonorrhö	4,1 %	8,1 %	4,2 %
Chlamydien	3,7 %	4,4 %	3,8 %
Genitalwarzen	16,0 %	17,5 %	16,1 %

8.5.2. Migration und Sexualverhalten

Migranten aus ärmeren außereuropäischen Ländern berichten in der Regel höhere sexuelle und Drogen-assoziierte Risiken. Was das Schutzverhalten angeht ist das Bild hingegen gemischt: HIV-Tests und PrEP-Einnahme werden häufiger berichtet als von einheimischen MSM, die Einnahme einer ART im Falle einer HIV-Diagnose aber seltener. Dies könnte aber auch auf einen unzureichenden Krankenversicherungsschutz zurückzuführen sein. (Tabelle 73, S. 198)

TABELLE 73: MIGRATION UND VERHALTEN (N=23.037)

Anzahl	HERKUNFT		Gesamt 23.037
	Einheimische, HIC 22.423	Migranten aus LMIC 614	
VERHALTEN (%)			
HIV-Test (letzte 12 Monate)	45,5 %	60,0 %	45,9 %
Einnahme von ART	95,2 %	81,5 %	94,9 %
PrEP-Einnahme	2,0 %	3,5 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Partner unbek. HIV-Status	20,3 %	26,3 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	4,6 %	7,4 %	4,7 %
>10 Sexpartner	25,7 %	37,3 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	1,4 %	2,5 %	1,4 %

8.5.3. Migration und Präventionsbedarfe

Die Präventionsbedarfe sind in der Gruppe der MSM aus ärmeren außereuropäischen Ländern fast durchgehend höher als bei einheimischen MSM. Die einzigen Ausnahmen gelten für die Ansprache auf PrEP in einer Gesundheitseinrichtung und für die Bereitschaft, PrEP zu nehmen. (Tabelle 74, S. 199)

TABELLE 74: MIGRATION UND BEDARFE (N=23.037)

Anzahl	HERKUNFT		Gesamt 23.037
	Einheimische, HIC 22.423	Migranten aus LMIC 614	
BEDARFE (%)			
Mangelnde soziale Unterstützung	4,1 %	8,1 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,0 %	11,1 %	6,2 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,1 %	12,5 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	wenig Unterschiede		
Erreicht durch Prävention		weniger	
HIV Test- u. Behandlungswissen		niedriger	
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	37,1 %	54,7 %	37,5 %
Unkenntnis PEP	36,0 %	39,5 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	60,5 %	65,9 %	60,6 %
PEP/PrEP-Wissen		etwas niedriger	
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	7,1 %	10,0 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	niedriger	deutlich höher	
Hepatitis-Wissen		niedriger	
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	66,6 %	50,4 %	64,0 %

8.5.4. Migration und Interventionen

Durch Interventionen werden Migranten aus ärmeren Ländern außerhalb Europas eher gut erreicht. Ausnahme hier sind Hepatitis-Impfungen. (Tabelle 75, S. 200)

TABELLE 75: MIGRATION UND INTERVENTIONEN (N=23.037)

Anzahl	HERKUNFT		Gesamt
	Einheimische, HIC	Migranten aus LMIC	
	22.423	614	23.037
INTERVENTIONEN (%)			
Kostenlos Kondome erhalten	26,9 %	35,8 %	27,2 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	8,1 %	14,7 %	8,3 %
Durch Prävention erreicht	75,1 %	74,3 %	75,1 %
Hepatitis-A-Impfung	60,7 %	47,3 %	60,3 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	45,5 %	60,0 %	45,9 %

8.6. Ungleichheiten bezüglich des HIV-Status

In diesem Abschnitt werden Männer mit HIV-Diagnose mit Männern verglichen, die bisher noch nicht oder negativ auf HIV getestet worden sind. Der Anteil von MSM, die mit HIV diagnostiziert sind, liegt bei 10,7 %. Teilnehmer mit HIV-Diagnose waren im Mittel mit 45,4 Jahren älter als Männer ohne HIV-Diagnose mit 38,5 Jahren. Männer mit HIV-Diagnose berichteten häufiger in einer festen Beziehung zu leben (52,8 %; 45,5 %), was zum Teil durch das etwas höhere Alter erklärt werden kann. Zudem sind sie auch häufiger out (69,3 %; 48,4 %).

8.6.1. HIV-Status und Erkrankungen

Männer mit diagnostizierter HIV-Infektion berichten häufiger von Suizidgedanken als Männer die HIV-negativ oder ungetestet auf HIV sind. Sie sind marginal häufiger von schweren depressiven Verstimmungen betroffen. Beim Alkoholkonsum zeigten sich keine Unterschiede. Bei sexuellen Infektionen war der Unterschied am größten bei den Syphilis-Diagnosen in den letzten 12 Monaten: 1,9 % der Männer ohne HIV-Diagnose berichteten eine Syphilis-Diagnose, bei Männern mit diagnostiziertem HIV war dieser Anteil 8-Mal größer und lag bei 15,4 %. Bei Chlamydien war dieser Anteil 4,4-Mal, bei Gonorrhö 3,8 -Mal und bei Genitalwarzen 3-Mal höher. Zu einem nicht unerheblichen Teil können diese Unterschiede aber auch durch eine höhere Zahl von STI-Testungen bei Männern mit HIV-Diagnose bedingt sein. (Tabelle 76, S. 201)

TABELLE 76: HIV-STATUS UND MORBIDITÄTEN (N=22.916)

Anzahl	HIV-STATUS		Gesamt 22.916
	Keine HIV-Diagnose 20.454	HIV-Diagnose 2.462	
MORBIDITÄTEN (%)			
Schwere depressive Verstimmung	5,0 %	5,6 %	5,1 %
Suizidgedanken	15,3 %	18,7 %	15,7 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	22,1 %	21,4 %	22,0 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	1,9 %	15,4 %	3,3 %
Gonorrhö	3,3 %	12,6 %	4,3 %
Chlamydien	2,7 %	11,9 %	3,7 %
Genitalwarzen	13,2 %	39,6 %	16,0 %

8.6.2. HIV-Status und Sexualverhalten

Kondomloser Analverkehr mit einem nicht-festen Partner mit unbekanntem HIV-Status wurde von MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion von 51,2 % der Teilnehmer berichtet. Bei erfolgreicher HIV-Behandlung besteht in diesem Kontext kein Risiko für eine HIV-Infektion des Partners. Das Risiko für andere STIs besteht aber weiterhin. Mehr als 10 verschiedene Sexpartner im letzten Jahr wurden ähnlich häufig von 50,3 % der Teilnehmer angegeben, also etwas mehr als doppelt so häufig wie von Männern ohne diagnostizierte HIV-Infektion. Während der Anteil von Männern mit injizierendem Substanzkonsum generell niedrig war, ist injizierender Substanzkonsum deutlich häufiger bei MSM mit diagnostizierter HIV-Infektion. (Tabelle 77, S. 201)

TABELLE 77: HIV-STATUS UND VERHALTEN (N=22.916)

Anzahl	HIV-STATUS		Gesamt 22.916
	Keine HIV-Diagnose 20.454	HIV-Diagnose 2.462	
VERHALTEN (%)			
CAI mit nicht-festem Partner unbek. HIV-Status	16,7 %	51,2 %	20,4 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	3,1 %	17,6 %	4,7 %
> 10 Sexpartner	23,0 %	50,3 %	25,9 %
Injizierender Substanzkonsum	0,6 %	8,5 %	1,4 %

8.6.3. HIV-Status und -Präventionsbedarfe

Bei den Präventionsbedarfen gaben 10,0 % der Männer mit HIV-Diagnose an, dass der Sex, den sie haben nicht immer so sicher ist, wie sie es sich wünschen; bei Männern ohne HIV-Diagnose waren es 5,7 %. Auf welche Situationen sich diese Aussage bezieht und ob es einen kausalen Zusammenhang mit der HIV-Infektion gibt, wurde im Rahmen von EMIS-2017 nicht untersucht. Nur 11,2 % der Männer mit HIV-Diagnose kannten sich nicht mit der PEP aus, d.h. viele dieser Männer können auch als informelle Multiplikatoren von PEP-Wissen in der Community fungieren. (Tabelle 78, S. 202)

TABELLE 78: HIV-STATUS UND BEDARFE (N=22.916)

Anzahl	HIV-STATUS		Gesamt 22.916
	Keine HIV-Diagnose 20.454	HIV-Diagnose 2.462	
BEDARFE (%)			
Mangelnde soziale Unterstützung	4,2 %	4,5 %	4,3 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	5,7 %	10,0 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,1 %	8,4 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	unzufriedener		
Erreicht durch Prävention	weniger		
Unkenntnis PEP	39,1 %	11,1 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	60,6 %	66,2 %	60,7 %
PEP/PrEP-Wissen	deutlich besser		
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	6,7 %	11,2 %	7,1 %
Hepatitis-Wissen	niedriger		
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	63,6 %	72,4 %	63,9 %

8.6.4. HIV-Status und Interventionen

Bei den Interventionen zeigten sich die erwarteten Unterschiede: Da 94,9 % der Männer eine (fach-) ärztliche Behandlung ihrer HIV-Infektion berichten (vgl. 4.2.2, S. 77 f.), ist der Anteil der Männer mit HIV-Diagnose, die ein komplettes STI Screening im letzten Jahr erhalten haben höher, zudem sind sie auch häufiger gegen Hepatitis-A geimpft, auch hier gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Männer mit HIV-Diagnose werden zudem etwas besser von Präventionsangeboten erreicht, d. h. hier sind vertiefende Informationen zu anderen STI und zur Nichtübertragbarkeit von HIV bei erfolgreicher Behandlung sinnvoll, um z. B. die eigene Auseinandersetzung mit der Infektion als weniger belastend zu erfahren und die Adhärenz der Behandlung weiter zu stärken. (Tabelle 79, S. 203)

TABELLE 79: HIV-STATUS UND INTERVENTIONEN (N=22.916)

Anzahl	HIV-STATUS		Gesamt 22.916
	Keine HIV-Diagnose 20.454	HIV-Diagnose 2.462	
INTERVENTIONEN (%)			
Kostenlos Kondome erhalten	25,8 %	38,0 %	27,1 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	8,2 %	38,0 %	8,4 %
Durch Prävention erreicht	74,5 %	81,3 %	75,2 %
Hepatitis-A-Impfung	57,4 %	85,7 %	60,2 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	-	-	-

8.7. Ungleichheiten bei Männern, die Sex gegen Geld tauschen

In EMIS-2017 haben 482 Teilnehmer angegeben, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens 3-Mal Sex gegen Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten getauscht haben. (vgl. 3.9., S. 57 f.) Diese Gruppe ist mit 482 MSM klein, mit 31,6 Jahren im Mittelwert jünger und hat seltener einen oder mehrere feste Partner (59,1 %; 47,1 %). Die Gruppe unterscheidet sich im Vergleich zu Männern, die gar nicht oder weniger als 3-Mal Sex gegen Zuwendungen getauscht haben nicht bezüglich der Outness.

Sie hatten weniger Bildungschancen als die Vergleichsgruppe (hohe Bildung hatte 45,0 % im Vergleich zu 60,9 %). Fast jeder Fünfte, d.h. 18,1 % berichtete, dass sein Einkommen nicht ausreichte, in der Vergleichsgruppe war dies bei 5,1 % der Fall.

8.7.1. Sex gegen Geld und Erkrankungen

Männer, die in den letzten 12 Monaten Sex gegen Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten eingetauscht hatten, berichten häufiger von schweren depressiven Verstimmungen und sehr viel häufiger, d.h. jeder Vierte, von Suizidgedanken. Alle erfragten STIs wurden viel öfter berichtet: Genitalwarzen 1,4-Mal, Chlamydien 2,7-Mal, Syphilis in den letzten 12 Monaten 3,6-Mal und Gonorrhö 4,2-Mal häufiger. Eine Ko-Infektion von Hepatitis und HIV wurde 4,2-Mal häufiger berichtet. Die HIV-Prävalenz war in dieser Gruppe auch doppelt so hoch und die Viruslast mehr als doppelt so oft nachweisbar. MSM die Sex gegen Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten eintauschten sind von HIV, STI und psychischen Belastungen viel stärker betroffen als MSM, die dies nicht tun. (Tabelle 80, S. 204)

TABELLE 80: SEX GEGEN GELD UND MORBIDITÄTEN (N=23.103)

Anzahl	SEX GEGEN GELD		Gesamt 23.103
	nicht gegen Geld 22.621	gegen Geld (3+) 482	
MORBIDITÄTEN (%)			
Schwere depressive Verstimmung	5,0 %	8,2 %	5,1 %
Suizidgedanken	15,5 %	24,8 %	15,7 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)	22,1 %	20,8 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	10,5 %	22,9 %	10,8 %
HI-Virus über der Nachweisgrenze	9,1 %	22,9 %	9,7 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	3,1 %	11,6 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	1,5 %	6,3 %	1,6 %
Gonorrhö	4,1 %	12,7 %	4,2 %
Chlamydien	3,6 %	10,0 %	3,7 %
Genitalwarzen	15,9 %	22,2 %	16,1 %

8.7.2. Sex gegen Geld und Sexverhalten

Dass Männer die Sex gegen Geld etc. eintauschen zu zwei Dritteln mehr als 10 Sexpartner im letzten Jahr berichten, überrascht nicht, sie berichten auch häufiger Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner mit unbekanntem HIV-Status (51,3 %). Injizierender Substanzkonsum ist ebenfalls häufiger. HIV-Tests im letzten Jahr wurden von 60,3 % berichtet, was deutlich häufiger war, als in der Vergleichsgruppe. Auch wurde im Jahr 2017 deutlich häufiger eine PrEP-Einnahme berichtet, bevor dies in Deutschland eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen wurde. (Tabelle 81, S. 205)

TABELLE 81: SEX GEGEN GELD UND VERHALTEN (N=23.103)

Anzahl	SEX GEGEN GELD		Gesamt 23.103
	nicht gegen Geld 22.621	gegen Geld (3+) 482	
VERHALTEN (%)			
HIV-Test (letzte 12 Monate)	45,7 %	60,3 %	45,9 %
Einnahme von ART	95,4 %	83,5 %	94,9 %
PrEP-Einnahme	2,0 %	4,8 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Part. unbek. HIV-Status	19,8 %	51,3 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	4,4 %	16,1 %	4,7 %
>10 Sexpartner	25,1 %	66,2 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	1,3 %	6,7 %	1,4 %

8.7.3. Sex gegen Geld und Präventionsbedarfe

Das Wissen zur PrEP und PEP ist bei Männern die Sex gegen Geld etc. eintauschen höher, ebenso die Bereitschaft eine PrEP zu nehmen. Auch wurden sie fast doppelt so häufig im Gesundheitssystem auf die PrEP angesprochen (wobei es unklar ist, ob die Behandler vom Sex gegen Geld etc. wussten – wahrscheinlich geschah das aus dem Kontext der STIs (s. o. Morbiditäten)). Die Selbsteffektivität Sex abzulehnen, den man nicht möchte oder der nicht so sicher ist wie man möchte, war bei Männern die Sex gegen Geld etc. eingetauscht haben deutlich geringer. Das Wissen zu Hepatitis und zur Impfung war niedriger in dieser Gruppe und reflektiert nicht ausreichend befriedigte Bedarfe dieser Gruppe, die allgemein schlechter von Präventi-

on erreicht wird. Demgegenüber berichteten Männer die Sex gegen Geld eintauschten eine höhere sexuelle Zufriedenheit. (Tabelle 82, S. 206)

TABELLE 82: SEX GEGEN GELD UND BEDARFE (N=23.103)

Anzahl	SEX GEGEN GELD		Gesamt 23.103
	nicht gegen Geld 22.621	gegen Geld (3+) 482	
BEDARFE (%)			
Mangelnde soziale Unterstützung	4,2 %	6,2 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,0 %	14,1 %	6,2 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	7,0 %	14,8 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	unzufriedener		
Erreicht durch Prävention		weniger	
HIV Test- u. Behandlungswissen	kaum Unterschiede		
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	37,4 %	43,1 %	37,5 %
Unkenntnis PEP	36,2 %	33,9 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	60,6 %	66,2 %	60,7 %
PEP/PrEP-Wissen	niedriger		
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	7,1 %	13,5 %	7,2 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	niedriger	deutl. höher	
Hepatitis-Wissen	kaum Unterschiede	niedriger	
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	64,3 %	55,6 %	63,8 %

8.7.4. Sex gegen Geld und Interventionen

Männer die mindestens 3-Mal Sex gegen Geld etc. in den letzten 12 Monaten eingetauscht haben, unterschieden sich kaum von Männern, die dies nicht getan haben in der Erreichbarkeit durch Interventionen wie z. B. gratis Kondome und Hepatitis-A-Impfstatus. HIV-Testung im letzten Jahr sowie ein komplettes STI Screening wurden öfters berichtet, was darauf hinweist, dass die Männer sich ihrer höheren Risiken durchaus bewusst sind. (Tabelle 83, S. 207)

TABELLE 83: SEX GEGEN GELD UND INTERVENTIONEN (N=23.103)

Anzahl	SEX GEGEN GELD		Gesamt 23.103
	nicht gegen Geld 22.621	gegen Geld (3+) 482	
INTERVENTIONEN (%)			
Kostenlos Kondome erhalten	27,1 %	30,4 %	27,2 %
Kompletter STI Screen (Bluttest und Abstriche)	8,2 %	15,6 %	8,3 %
Durch Prävention erreicht	75,1 %	74,9 %	75,1 %
Hepatitis-A-Impfung	60,2 %	62,8 %	60,3 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	45,7 %	60,3 %	45,9 %

EMIS-2017 identifizierte verschiedene Subgruppen wie z. B. jüngere und ältere Männer, MSM aus ländlichen Regionen und Kleinstädten, MSM aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, auf deren besondere Bedürfnisse in der Prävention verstärkt eingegangen werden müsste.

8.8. Übersichtstabellen

TABELLE 84: MORBITÄTÄTEN, VERHALTEN, BEDARFE, INTERVENTIONEN: NACH ALTER, STADTGRÖSSE, OUTNESS UND PARTNERSCHAFT (N = 22.846–23.107)

	ALTER			STADTGRÖSSE		OUTNESS GEGENÜBER ...			PARTNERSCHAFT		Gesamt					
	<25	25-39	40-64	≥65	Gesamt	keinem	einigen	allen	Gesamt	single		fester Partner	kompliziert			
Anzahl	3.210	9.497	9.762	638	23.107	13.963	8.883	22.846	5.494	5.761	11.574	22.829	10.933	10.686	1.464	23.083
MORBITÄTÄTEN (%)																
Schwere depressive Verstimmung	8,4 %	5,4 %	3,9 %	1,0 %	5,1 %	5,1 %	5,0 %	5,1 %	5,6 %	5,1 %	4,8 %	5,1 %	6,8 %	3,0 %	7,9 %	5,1 %
Suizidgedanken	23,3 %	15,4 %	13,8 %	10,5 %	15,7 %	15,7 %	15,5 %	15,6 %	15,9 %	16,4 %	15,1 %	15,6 %	19,9 %	10,5 %	21,7 %	15,7 %
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit	21,3 %	24,0 %	20,6 %	18,4 %	22,1 %	24,1 %	18,9 %	22,1 %	17,8 %	21,9 %	24,1 %	22,0 %	22,3 %	21,4 %	25,9 %	22,1 %
HIV-Prävalenz	1,5 %	7,8 %	16,6 %	11,5 %	10,7 %	13,1 %	7,0 %	10,8 %	4,4 %	8,9 %	14,8 %	10,8 %	9,2 %	12,2 %	11,6 %	10,7 %
HI-Virus über der Nachweishgrenze	48,9 %	11,5 %	7,8 %	7,0 %	9,7 %	8,4 %	13,2 %	9,6 %	20,3 %	9,4 %	8,0 %	9,5 %	11,2 %	7,9 %	14,3 %	9,7 %
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	1,5 %	3,6 %	3,7 %	1,3 %	3,3 %	4,1 %	2,1 %	3,3 %	1,4 %	3,4 %	4,2 %	3,3 %	3,2 %	3,3 %	4,2 %	3,3 %
HIV-Hepatitis-Koinfektion	0,1 %	0,9 %	2,8 %	2,0 %	1,6 %	2,1 %	0,8 %	1,6 %	0,5 %	1,2 %	2,4 %	1,6 %	1,3 %	1,9 %	2,0 %	1,6 %
Gonorrhö	2,9 %	6,0 %	3,1 %	1,3 %	4,2 %	5,8 %	1,8 %	4,2 %	1,6 %	4,4 %	5,5 %	4,3 %	4,4 %	3,9 %	5,6 %	4,2 %
Chlamydien	2,4 %	4,7 %	3,4 %	1,3 %	3,7 %	4,9 %	1,8 %	3,7 %	1,4 %	3,9 %	4,8 %	3,8 %	3,5 %	3,8 %	4,9 %	3,7 %
Gentianwurzeln	4,9 %	15,5 %	20,3 %	14,8 %	16,1 %	19,2 %	11,1 %	16,0 %	8,7 %	13,9 %	20,6 %	16,1 %	14,1 %	17,5 %	19,4 %	16,0 %
VERHALTEN (%)																
HIV-Test (letzte 12 Monate)	38,7 %	50,5 %	44,6 %	33,6 %	45,9 %	51,4 %	38,0 %	46,0 %	31,9 %	47,5 %	52,9 %	46,1 %	46,0 %	45,3 %	50,4 %	45,9 %
Einnahme von ART	68,1 %	93,0 %	96,6 %	94,4 %	94,9 %	95,7 %	92,7 %	95,0 %	89,2 %	94,3 %	96,0 %	95,0 %	93,9 %	95,8 %	93,5 %	94,9 %
PrEP-Einnahme	0,7 %	2,8 %	2,0 %	0,0 %	2,1 %	2,9 %	0,8 %	2,0 %	0,5 %	1,7 %	3,1 %	2,1 %	1,8 %	2,2 %	2,9 %	2,1 %
CAI mit nicht-festem Partner unbekannter HIV-Status	17,4 %	19,3 %	22,9 %	16,5 %	20,5 %	22,3 %	17,5 %	20,5 %	16,1 %	19,9 %	22,8 %	20,5 %	22,4 %	18,1 %	23,3 %	20,5 %
Sexualisierter Substanzgebrauch	2,5 %	5,5 %	4,8 %	2,6 %	4,7 %	6,1 %	2,5 %	4,7 %	1,8 %	4,1 %	6,4 %	4,7 %	4,7 %	4,5 %	5,9 %	4,7 %
>10 Sexpartner	15,2 %	26,3 %	29,7 %	18,0 %	26,0 %	30,5 %	18,9 %	26,0 %	17,2 %	25,2 %	30,7 %	26,1 %	25,4 %	26,0 %	29,5 %	26,0 %
Injizierender Substanzkonsum	0,6 %	1,3 %	1,7 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	0,8 %	1,4 %	0,7 %	1,5 %	1,7 %	1,4 %	1,6 %	1,2 %	1,9 %	1,4 %

Anzahl	ALTER		STADTGRÖSSE		OUTNESS GEGENÜBER ...		PARTNERSCHAFT		Gesamt					
	<25	≥65	Gesamt	Kleinstadt Land	keinem einigen allen	Gesamt	single fester Partner	kompliziert						
BEDARFE (%)	3.210	658	23.107	13.963	8.883	22.846	5.494	5.761	11.574	22.829	10.933	10.686	1.464	23.083
Mangelnde soziale Unterstützung	4,5 %	4,1 %	4,3 %	4,9 %	4,2 %	4,8 %	4,3 %	7,1 %	4,0 %	2,9 %	4,2 %	6,1 %	5,1 %	4,2 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,2 %	6,3 %	6,0 %	7,1 %	6,2 %	5,5 %	6,1 %	6,6 %	6,8 %	5,6 %	6,1 %	6,9 %	5,1 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte schwierig	11,0 %	7,0 %	6,2 %	7,2 %	7,2 %	7,0 %	7,2 %	7,7 %	8,0 %	6,5 %	7,2 %	7,8 %	6,3 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	am unzufriedensten					unzufriedener		am unzufriedensten	höher			am unzufriedensten	am zufriedenen	etwa gleich
Erreicht durch Prävention	am wenigsten			niedrig		wenig		am wenigsten	wenig			am wenigsten	etwa gleich	
HIV-Test- und Behandlungswissen	am niedrigsten		27,0 %	29,8 %	37,5 %			am niedrigsten	niedrig			am wenigsten	am höchsten	37,5 %
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	52,6 %	33,9 %	34,6 %	52,8 %	36,1 %	39,9 %	37,4 %	44,0 %	36,3 %	28,3 %	37,3 %	41,6 %	30,4 %	38,8 %
Unkenntnis PEP	51,2 %	31,5 %	57,7 %	55,0 %	60,6 %	47,6 %	36,0 %	58,8 %	34,6 %	25,5 %	35,8 %	39,8 %	32,6 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	70,9 %	60,0 %				67,5 %	60,6 %	72,4 %	63,6 %	52,5 %	60,5 %	64,0 %	56,6 %	60,6 %
PEP/PrEP-Wissen	niedrig			am niedrigsten		niedriger	7,2 %	am niedrigsten	niedrig			am niedrigsten	am höchsten	
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	4,7 %	8,5 %	7,0 %	3,0 %	7,2 %	3,8 %		1,9 %	6,6 %	10,1 %	7,2 %	7,1 %	7,2 %	8,4 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	am höchsten			am niedrigsten		kein wesentl. Unterschied		niedrig	niedrig			am niedrigsten	am höchsten	
Hepatitis-Wissen	am niedrigsten					niedriger		am niedrigsten	niedrig			am niedrigsten	am höchsten	
Wissen wo Hepatitis-A-Impfung angeboten wird	62,6 %	65,0 %	63,9 %	57,5 %	63,9 %	63,1 %	64,0 %	55,9 %	63,3 %	70,9 %	64,2 %	61,4 %	67,9 %	63,9 %
INTERVENTIONEN (%)														
Kostenlos Kondomine erhalten	21,2 %	26,4 %	29,9 %	27,3 %	27,2 %	21,0 %	27,3 %	16,7 %	29,6 %	31,3 %	27,3 %	27,0 %	26,8 %	31,4 %
Voller STI screen	6,7 %	10,8 %	6,6 %	4,1 %	8,3 %	4,3 %	8,3 %	3,6 %	8,8 %	10,7 %	8,4 %	8,5 %	7,6 %	12,4 %
Durch Prävention erreicht	71,9 %	77,9 %	74,3 %	59,7 %	75,1 %	72,5 %	75,1 %	67,4 %	76,1 %	78,6 %	75,3 %	71,9 %	78,1 %	77,0 %
Hepatitis-A-Impfung	47,2 %	63,0 %	62,5 %	54,2 %	60,3 %	54,7 %	60,3 %	48,7 %	58,5 %	66,9 %	60,4 %	56,0 %	64,9 %	59,1 %

TABELLE 85: MORBIDITÄTEN, VERHALTEN, BEDARFE, INTERVENTIONEN NACH ALTER, HERKUNFT, SEX GEGEN GELD (N=22.916-23.107)

Anzahl	HERKUNFT		SEX GEGEN GELD		HIV-STATUS		Gesamt	
	Einheimische, HIC	Migranten aus LMIC	Gesamt	nicht gegen Geld	gegen Geld (3+)	Keine HIV-Diagnose		HIV-Diagnose
22.423	614	23.037	22.621	482	23.103	20.454	2.462	22.916
MORBIDITÄTEN (%)								
Schwere depressive Verstimmung	5,0%	8,5%	5,1%	5,0%	5,1%	5,0%	5,6%	5,1%
Suizidgedanken	15,4%	24,1%	15,6%	15,5%	15,7%	15,3%	18,7%	15,7%
Anzeichen für Alkoholabhängigkeit	22,1%	20,8%	22,1%	22,1%	22,1%	22,1%	21,4%	22,0%
HIV-Prävalenz	10,8%	10,7%	10,7%	10,5%	10,8%	-	-	-
HI-Virus über Nachweisgrenze	9,2%	26,2%	9,7%	9,1%	9,7%	-	-	-
Syphilis Diagnose (letzte 12 Monate)	3,3%	4,6%	3,3%	3,1%	3,3%	1,9%	15,4%	3,3%
HIV-Hepatitis-Koinfektion	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,6%	-	-	-
Gonorrhö	4,1%	8,1%	4,2%	4,1%	4,2%	3,3%	12,6%	4,3%
Chlamydien	3,7%	4,4%	3,8%	3,6%	3,7%	2,7%	11,9%	3,7%
Genitalwarzen	16,0%	17,5%	16,1%	15,9%	16,1%	13,2%	39,6%	16,0%
VERHALTEN (%)								
HIV-Test (letzte 12 Monate)	45,5%	60,0%	45,9%	45,7%	45,9%	-	-	-
Einnahme von ART	95,2%	81,5%	94,9%	95,4%	94,9%	-	-	-
PrEP-Einnahme	2,0%	3,5%	2,1%	2,0%	2,1%	-	-	-
CAI mit nicht-festem Partner unbekannter HIV-Status	20,3%	26,3%	20,5%	19,8%	20,5%	16,7%	51,2%	20,4%
Sexualisierter Substanzgebrauch	4,6%	7,4%	4,7%	4,4%	4,7%	3,1%	17,6%	4,7%
> 10 Sexpartner	25,7%	37,3%	26,0%	25,1%	26,0%	23,0%	50,3%	25,9%
Injizierender Substanzkonsum	1,4%	2,5%	1,4%	1,3%	1,4%	0,6%	8,5%	1,4%

	HERKUNFT Einheimische, HIC	Migranten aus LMIC	Gesamt	SEX GEGEN GELD nicht gegen Geld	gegen Geld (3+)	Gesamt	HIV-STATUS Keine HIV- Diagnose	HIV- Diagnose	Gesamt
Anzahl	22.423	614	23.037	22.621	482	23.103	20.454	2.462	22.916
BEDARFE (%)									
Mangelnde soziale Unterstützung	4,1 %	8,1 %	4,2 %	4,2 %	6,2 %	4,2 %	4,2 %	4,5 %	4,3 %
Sex nicht immer so sicher wie gewünscht	6,0 %	11,1 %	6,2 %	6,0 %	14,1 %	6,2 %	5,7 %	10,0 %	6,1 %
„Nein“ sagen zu Sex den man nicht möchte Schwierig	7,1 %	12,5 %	7,2 %	7,0 %	14,8 %	7,2 %	7,1 %	8,4 %	7,2 %
Sexuelle Unzufriedenheit	wenig Unterschiede			unzu- friedener			unzu- friedener		
Erreicht durch Prävention		weniger			weniger		weniger		
HIV Test- u. Behandlungswissen		niedriger		kaum Unterschiede			-	-	-
Unbekannt wo HIV-Test angeboten wird	37,1 %	54,7 %	37,5 %	37,4 %	43,1 %	37,5 %	-	-	-
Unkenntnis PEP	36,0 %	39,5 %	36,1 %	36,2 %	33,9 %	36,1 %	39,1 %	11,1 %	36,1 %
Kein Zutrauen in PEP-Erreichbarkeit	60,5 %	65,9 %	60,6 %	60,6 %	66,2 %	60,7 %	60,6 %	66,2 %	60,7 %
PEP/PEP-Wissen		etwas niedriger		niedriger				deutlich besser	
Auf PrEP durch Gesundheitssystem angesprochen	7,1 %	10,0 %	7,2 %	7,1 %	13,5 %	7,2 %	6,7 %	11,2 %	7,1 %
Bereitschaft PrEP zu nehmen	niedriger	deutlich höher		niedriger	deutlich höher		-	-	-
Hepatitis-Wissen		niedriger		kaum Unterschiede	niedriger		niedriger		
Wissen wo Hepatitis-A-impfung angeboten wird	66,6 %	50,4 %	64,0 %	64,3 %	55,6 %	63,8 %	63,6 %	72,4 %	63,9 %
INTERVENTIONEN (%)									
Kostenlos Kondome erhalten	26,9 %	35,8 %	27,2 %	27,1 %	30,4 %	27,2 %	25,8 %	38,0 %	27,1 %
Voller STI screen	8,1 %	14,7 %	8,3 %	8,2 %	15,6 %	8,3 %	8,2 %	38,0 %	8,4 %
Durch Prävention erreicht	75,1 %	74,3 %	75,1 %	75,1 %	74,9 %	75,1 %	74,5 %	81,3 %	75,2 %
Hepatitis-A-impfung	60,7 %	47,3 %	60,3 %	60,2 %	62,8 %	60,3 %	57,4 %	85,7 %	60,2 %
Auf HIV getestet (letzte 12 Monate)	45,5 %	60,0 %	45,9 %	45,7 %	60,3 %	45,9 %			

9. DER LETZTE SEX MIT EINEM NICHT-FESTEN SEX-PARTNER

EMIS-2017 fragte nach der Anzahl der nicht-festen Partner in den letzten 12 Monaten und im Detail nach dem letzten Sex mit nicht-festen männlichen Partnern. Dabei wurde neben der Partneranzahl beim Sex erhoben, wo und wie sich die Partner getroffen hatten, ob sie bereits vorher Sex miteinander hatten, was bezüglich HIV-Status bzw. Viruslast kommuniziert wurde, wo der Sex stattgefunden hat und ob Kondome verwendet wurden.

9.1. Letzte nicht-feste männliche Partner, mit denen Sex stattfand

9.1.1. Anzahl der beteiligten Partner

Wenn die Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit anderen (männlichen) Partnern?“ bejaht worden ist, wurde nach der Anzahl der Partner gefragt (Antwortmöglichkeit Anzahl, S. 265) und wer beteiligt gewesen ist, mit Antwortkombinationen von nicht-festen und festen Partnern. Insgesamt berichteten 73,3 % (16.760) der Befragten, dass sie in den letzten 12 Monaten Sex mit einem nicht-festen Partner hatten. Der letzte derartige Sex hat in 21,8 % mit weiteren Personen stattgefunden: zu jeweils etwa 7 % hatten die Befragten mit einem nicht-festen Partner und dem festen Partner Sex (Dreier), mit 2 nicht-festen Partnern (Dreier) oder mit mehr als 2 weiteren Personen (Gruppensex); mehrheitlich (78,2 %) fand der Sex nur mit einem nicht-festen Partner statt. (Tabelle 86, S. 212)

TABELLE 86: SEX MIT NICHT FESTEM PARTNER (N=16.760)

Letzter Sex mit nicht festem Partner (N=16.760)	%
Nur nicht-fester Partner und ich	78,19
fester Partner, nicht-fester Partner und ich	7,14
2 nicht-feste Sexpartner und ich	7,61
3 oder mehr Personen und ich	7,06
Total	100,00

9.1.2. Gab es schon einmal Sex mit diesem Partner / diesen Partnern?

Die Frage „Hatten Sie bereits Sex mit ihm (bei einer anderen Gelegenheit)?“ wurde von einem Viertel (25,2 %) mit „Ja, mehrere Male“ und weiteren 11,6 % mit „Ja, einmal“ bejaht; für 63,2 % war es das erste Mal Sex mit diesem Partner. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Männern, die HIV-positiv oder-negativ getestet worden waren; Männer, die noch nicht auf HIV getestet wurden, hatten weniger häufig mit diesem Partner bereits Sex gehabt. Männer, die mit HIV diagnostiziert waren, hatten häufiger bereits Sex mit diesem nicht-festen Partner gehabt (27,7 %) als die beiden anderen Gruppen. (Tabelle 87, S. 214)

TABELLE 87: HATTEN SIE BEREITS SEX MIT IHM ZUVOR (BEI EINER ANDEREN GELEGENHEIT)?
(N=16.601)

Hatten Sie bereits zuvor Sex mit ihm (bei einer anderen Gelegenheit)?	ungetestet	letzter HIV-Test negativ	HIV diagnostiziert	Total
Nein	65,7 %	60,7 %	55,2 %	61,0 %
Ja, ein Mal	12,8 %	13,3 %	16,5 %	13,6 %
Ja, mehrere Male	21,5 %	26,0 %	28,3 %	25,4 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

9.2. Wie und wo wurden nicht-feste Partner getroffen?

9.2.1. Wo haben sich die Partner zuerst getroffen?

Weil Männer, die Sex mit mehr als einem Partner hatten, diese Partner auch auf verschiedenen Wegen kennengelernt haben können, gab es bei dieser Frage die Möglichkeit, mehrere valide Antworten anzugeben. 16.745 Männer haben 17.772 Antworten gegeben.

Smartphone Apps waren mit 39,1 % die häufigste Antwort darauf, wo der letzte nicht-feste Partner zuerst getroffen wurde. Das Internet ermöglichte weitere 31,2 % der Bekanntschaften. Orte die Sex ermöglichen wie Schwulensauanas, Cruising Areas, Darkrooms, schwule Sex-Clubs sowie Pornokinos wurden von 17,0 % der Befragten angegeben. Für Männer unter 25 Jahren waren Smartphone Apps für 63,7 % das Medium zum Kennenlernen, bei älteren Männern spielen Apps eine weniger prominente Rolle, hier dominierten Internetbasierte Kennenlernplattformen. Private schwule Sex-Parties waren für 1,2 % der Ort des ersten Kennenlernens. Von älteren

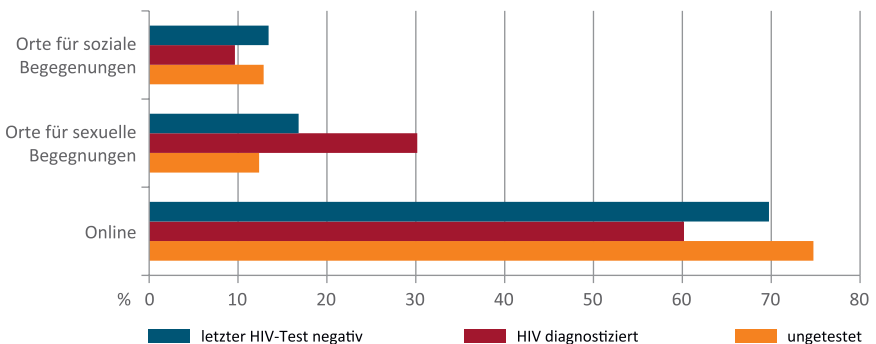
Männern wurden Pornokinos und private schwule Sex-Parties deutlich häufiger genannt als von jüngeren Männern. (Tabelle 88, S. 215)

TABELLE 88: ORT DES ERSTEN KENNENLERNENS DES NICHT-FESTEN SEXPARTNERS NACH ALTERSGRUPPE (N=16.745)

Ort des ersten Kennenlernens des nicht festen Sexpartners	< 25	25-39	40-64	65+	Total
Smartphone-App	63,7 %	48,5 %	25,0 %	9,0 %	39,1 %
Woanders im Internet	16,2 %	26,1 %	38,9 %	53,4 %	31,2 %
An einem anderen Ort	11,1 %	8,9 %	7,4 %	8,8 %	8,5 %
Schwulensauna	1,9 %	5,6 %	11,8 %	13,2 %	8,0 %
Darkroom, schwuler Sex-Club	1,3 %	4,1 %	7,3 %	4,6 %	5,2 %
Cruising-Ort	1,0 %	2,8 %	5,5 %	5,5 %	3,8 %
Pornokino	0,7 %	1,7 %	4,7 %	5,3 %	3,0 %
schwulen Disko/Club	2,7 %	3,7 %	1,6 %	0,9 %	2,6 %
schwulem Café/Bar	1,2 %	1,9 %	2,3 %	2,0 %	2,0 %
private schwule Sex-Party	0,8 %	1,3 %	1,9 %	2,2 %	1,5 %
Schwulenzentrum/-organisation	3,2 %	1,3 %	0,6 %	1,3 %	1,2 %
Gesamt	103,8 %	106,0 %	107,0 %	106,2 %	106,1 %

Männer mit HIV-Diagnose lernten ihre Sexpartner häufiger in Pornokinos, Darkrooms und schwulen Sex-Clubs sowie Schwulensauen kennen als Männer die sich noch nicht auf HIV haben testen lassen oder die negativ getestet wurden. (Abbildung 131, S. 216)

ABBILDUNG 131: ORT DES KENNENLERNENS DES NICHT-FESTEN PARTNERS UND HIV-TESTSTATUS (N=16.618)

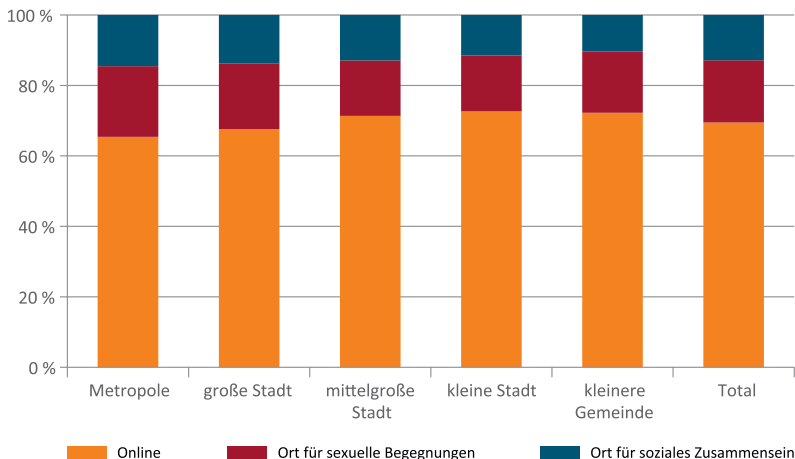


Für die Abbildungen wurden die Orte des Treffens wie folgt zusammengefasst:

- Online: Smartphone App, woanders im Internet.
- Ort für soziale Begegnungen: schwuler Disko/Club, schwules Café, Schwulenzentrum/-organisation
- Ort für sexuelle Begegnungen: Schwulensauna, Cruising Ort, Darkroom, schwuler Sex-Club, Pornokino, private schwule Sex-Party.

Ob man den letzten nicht-festen Partner per Internet (online oder App), in einem sozialen oder für schwulen Sex ausgelegten Setting kennengelernt hat, war von der Wohnortgröße unabhängig. Egal wo die Männer wohnten, das Kennenlernen fand ähnlich verteilt statt: etwa 69,5 % per Internet, 17,7 % an Orten für schwulen Sex und 12,9 % in sozialen Settings für MSM. (Abbildung 132, S. 216)

ABBILDUNG 132: ORT DES ERSTEN KENNENLERNENS DES LETZTEN NICHT-FESTEN SEXPARTNERS NACH GRÖSSE DES WOHNORTS (N=12.892)

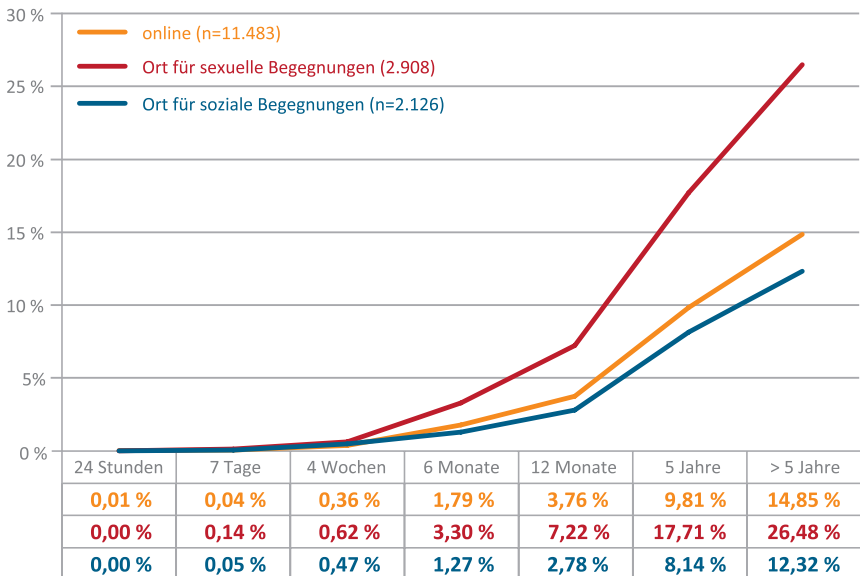


9.2.2. Auswirkungen der Umstände des Treffens auf Indikatoren für sexuelle Risiken

Smartphone Apps sind gegenwärtig die aktuellste Entwicklung um neue Partner kennenzulernen. Damit lassen sich nicht nur potenziell interessierte Partner finden, man kann sie in der Regel auch über Distanzen lokalisieren und kontaktieren. Was vorher über Plattformen im Internet möglich war, kann jetzt mit einem Smartphone ortsunabhängig passieren. Die Kontaktabnahnung wird dadurch nochmals verein-

facht. Hier zeigte sich ein Unterschied in der Rezenz der letzten Syphilis-Diagnose abhängig von der Modalität wie man den letzten Partner kennengelernt hat. Männer die ihren letzten nicht-festen Partner an einem Ort für soziale Begegnungen wie z. B. einem Schwulenzentrum oder -Café oder über eine App oder im Internet („online“) kennengelernt haben, berichteten signifikant weniger Syphilis-Diagnosen als Männer, die ihre Partner an einem Ort für sexuelle Begegnungen (wie z. B. in einem Darkroom, Sauna oder Cruising Ort) kennengelernt haben. In den letzten 12 Monaten waren dies bei Orten für soziale Begegnung 2,8% und online 3,8 %, bei Männern die ihre Partner an Orten für sexuelle Begegnungen kennengelernt haben 7,2 %. Smartphone Apps und Online-Plattformen ähneln im Risiko etwa dem der Orte für soziale Begegnungen und zeigten, dass hier weniger rezent von Syphilis-Diagnosen berichtet wurde als beim Kennenlernen an Orten, die für sexuelle Begegnungen ausgelegt sind. (Abbildung 133, S.217) In letzteren ist das Präventionspotential höher. Präventionsangebote für Männer die online Kontakte anbahnen, erreichen jedoch absolut mehr Personen und eine jüngere Zielgruppe.

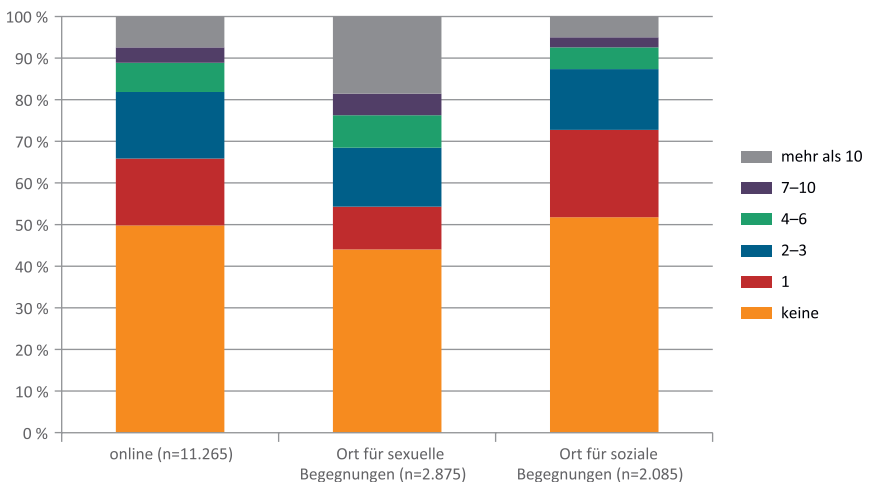
ABBILDUNG 133: REZENZ EINER SYPHILIS-DIAGNOSE UND ORT DES KENNENLERNENS DES LETZTEN NICHT FESTEN PARTNERS (N=16.517)



Die berichtete Anzahl der Partner mit kondomlosem Analverkehr in den letzten 12 Monaten unterschied sich ebenfalls nach dem Ort des Kennenlernens. Während

fast die Hälfte (49,0 %) aller Männer unabhängig vom Ort des ersten Kennenlernens berichtete, keinen kondomlosen Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben, waren die Partnerzahlen höher, wenn Männer an Orten für sexuelle Begegnungen kennengelernt wurden, im Vergleich zu Orten für soziale Begegnungen und Online. Kondomlosen Analverkehr mit mehr als 10 Männern in den letzten 12 Monaten berichteten 7,4 % der Männern, die den Kontakt online geknüpft hatten, bei einem ersten Kennenlernen an Orten für soziale Begegnungen waren es mit 5,0 % weniger; an Orten für sexuelle Begegnungen mit 18,6 % deutlich mehr. (Abbildung 134, S. 218)

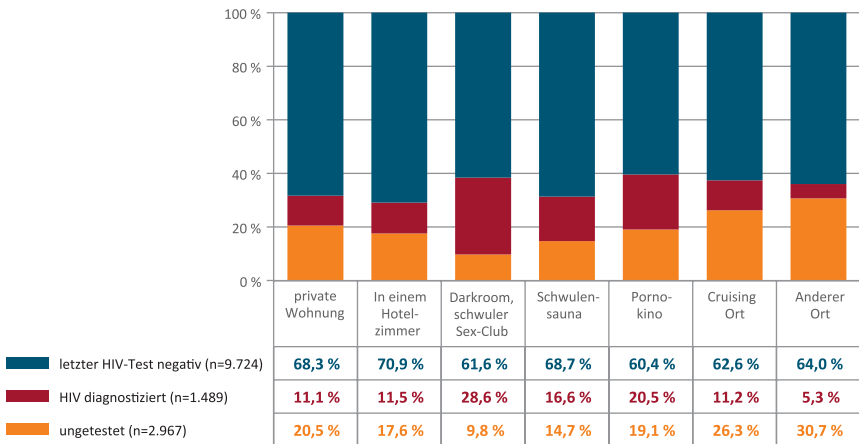
ABBILDUNG 134: ANZAHL PARTNER MIT KONDOMLOSEM ANALVERKEHR IN DEN LETZTEN 12 MONATEN NACH ORT DES KENNENLERNENS (N = 16.225)



9.2.3. Wo fand der Sex statt?

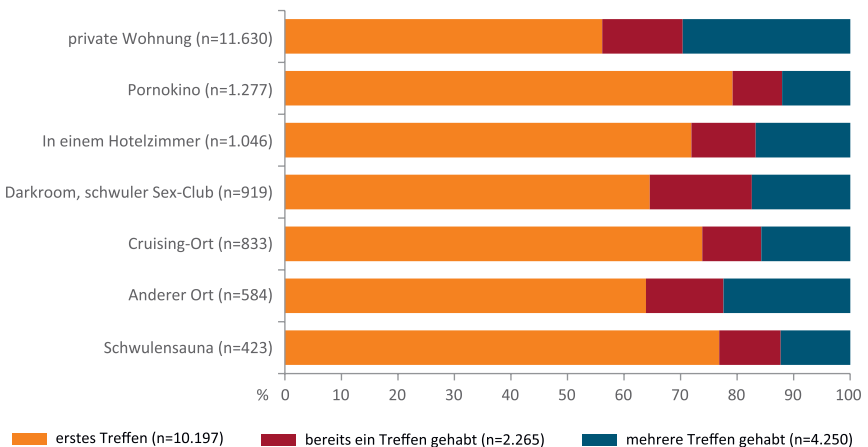
EMIS-2017 hat nach dem Ort gefragt, wo der letzte Sex mit einem nicht-festen Partner stattgefunden hat. Mehrheitlich fand der Sex Zuhause statt (69,6 %). Hotels folgten mit 6,3 % und Pornokinos mit 5,5 %. Cruising Orte wurden von 5,0 % angegeben. Personen die mit HIV diagnostiziert sind berichteten etwas öfters von Darkrooms (12,5 %), Pornokinos (4,2 %) und Schwulensaunas (10,0 %), als auf HIV ungetestete bzw. negativ getestete Teilnehmer. Von Männern die noch nicht auf HIV getestet worden sind, wurde häufiger von Cruising Orten berichtet, als bei auf HIV getesteten Personen, d.h. Männer die an Cruising Orten Sex haben, werden schlechter von Präventionsangeboten erreicht. (Abbildung 135, S. 219)

ABBILDUNG 135: ORT DES SEX MIT NICHT FESTEM PARTNER UND HIV-TESTSTATUS (N=16.610)



Ob der Befragte bereits mit diesem nicht-festen Partner Sex hatte wurde von 25,4 % mit „mehrere Male“ und von 13,6 % mit „einmal“ bejaht. Für 61,0 % war es der erste Sex mit diesem Partner. Die Wahrscheinlichkeit bereits mit diesem Partner Sex gehabt zu haben war in Pornokinos und Schwulensauen am niedrigsten. Wenn der Sex im eigenen Zuhause oder dem des Partners stattgefunden hat, waren dies wahrscheinlich öfters „sex buddy“ Beziehungen. (Abbildung 136, S. 219)

ABBILDUNG 136: SEX MIT DIESEM NICHT-FESTEN PARTNER BEREITS IN DER VERGANGENHEIT UND ORT (N=14.265)



9.3. Sexuelle Handlungen in der letzten sexuellen Begegnung

9.3.1. Sexuelle Handlungen, die mit dem letzten nicht-festen Sexualpartner ausgeübt wurden

Welche Sexpraktiken beim Treffen mit dem letzten nicht-festen Partner ausgeübt worden sind wurde mit einer Mehrfachauswahl abgefragt und bot die folgenden Antwortmöglichkeiten: „Gegenseitige Masturbation (wichsen)“ [gegenseitige Masturbation], „Ich habe ihm einen geblasen“ [rezeptiver Oralverkehr], „Er hat mir einen geblasen“ [insertiver Oralverkehr], „Ich habe ihn gefickt (ich war ‚aktiv‘)“ [insertiver Analverkehr], „Er hat mich gefickt (ich war ‚passiv‘)“ [rezeptiver Analverkehr], „Ich habe seinen Anus geleck“ [insertiver Oro-Anal-Verkehr], „Er hat meinen Anus geleck“ [rezeptiver Oro-Anal-Verkehr], „Ich habe ihn mit der Faust gefickt („habe gefistet““ [insertives Fisting], „Er hat mich mit der Faust gefickt („wurde gefistet““ [rezeptives Fisting], „Wir haben Dildos verwendet (oder andere Sextoys zur Penetration)“ [Sextoys verwendet], „Wir haben Dildos geteilt (gegenseitige Penetration mit dem selben Sextoy)“ [Sextoys geteilt]. Insgesamt wurde im Mittel von 3,96 Praktiken beim letzten Sex mit dem nicht-festen Partner berichtet. Insertiver (80,1 %) und rezeptiver (77,3 %) Oralverkehr wurden am häufigsten berichtet, gefolgt von gegenseitiger Masturbation (75,0 %), rezeptivem (35,7 %) und insertivem (32,0 %) Analverkehr und rezeptivem (30,3 %) und insertivem (32,0 %) Oro-Anal-Verkehr. Andere Sexpraktiken wurden von jedem 10. Sextreffen berichtet, 9,2 % verwendeten und 2,0 % teilten Sextoys. Fisting wurde mit jeweils etwa 5 % angegeben. (Tabelle 89, S. 221) An Orten mit weniger „Privatsphäre“ wie in Pornokinos und an Cruising Orten war Fisting seltener, ansonsten gab es wenig Unterschiede in Abhängigkeit vom Ort, wo der Sex stattgefunden hatte.

TABELLE 89: SEXPRAKTIKEN MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER
(MEHRFACHAUSWAHL, N=16.711)

Sexpraktiken mit dem letzten nicht-festen Partner (Mehrfachauswahl, N=16.711)	%
insertiver Oralverkehr	80,1 %
rezeptiver Oralverkehr	77,3 %
gegenseitige Masturbation	75,0 %
rezeptiver Analverkehr	35,7 %
insertiver Analverkehr	32,0 %
rezeptiver Oro-Anal-Verkehr	30,3 %
insertiver Oro-Anal-Verkehr	33,8 %
Andere Sexualpraktiken	10,5 %
Sextoys verwendet	9,2 %
insertives Fisting	5,2 %
rezeptives Fisting	4,8 %
Sextoys geteilt	2,0 %
Gesamt	395,8 %

9.3.2. Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Sexualpartner

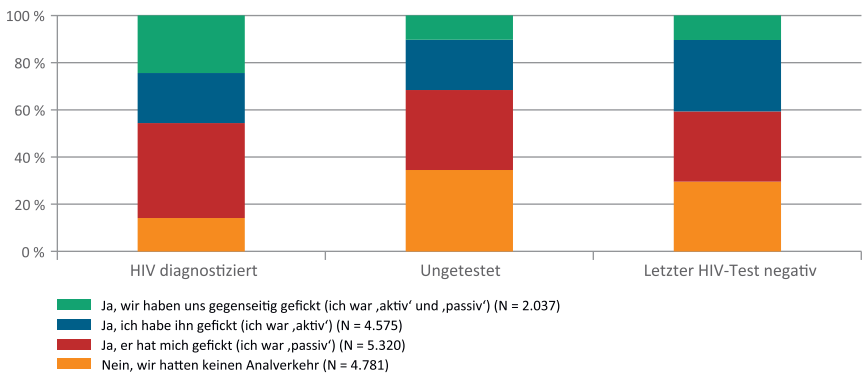
Alle Teilnehmer wurden gefragt „Haben sie bei dieser Gelegenheit gefickt?“. Keinen Analverkehr berichteten mehr als ein Viertel der Befragten (28,6 %), rezeptiver Analverkehr (31,8 %) wurde von etwas mehr Männern als insertiver Analverkehr (27,4 %) angegeben. Gegenseitigen Analverkehr beim letzten Treffen mit einem nicht-festen Partner berichteten 12,2 % der Teilnehmer. (Tabelle 90, S. 221)

TABELLE 90: HABEN SIE BEI DIESER GELEGENHEIT GEFICKT (ANALVERKEHR)? (N=16.713)

Hatten Sie bei dieser Gelegenheit gefickt (Analverkehr)?	%
Nein, wir hatten keinen Analverkehr (N=4.781)	28,6 %
Ja, er hat mich gefickt (ich war ‚passiv‘) (N=5.320)	31,8 %
Ja, ich habe ihn gefickt (ich war ‚aktiv‘) (N=4.575)	27,4 %
Ja, wir haben uns gegenseitig gefickt (ich war ‚aktiv‘ und ‚passiv‘) (N=2.037)	12,2 %
Gesamt	100,0 %

Der HIV-Teststatus zeigt Unterschiede in der Rolle auf, die im Analverkehr eingenommen wird. Männer, die noch nicht auf HIV getestet worden sind, hatten am seltensten Analverkehr (65,5 %), Männer, deren letzter HIV-Test negativ war, berichteten häufiger insertiven Analverkehr (30,2 %) als die anderen beiden Gruppen. Männer bei denen HIV diagnostiziert war, berichteten häufiger von rezeptivem Analverkehr. Auch war in dieser Gruppe der Anteil derer, die keinen Analverkehr hatten mit 14,2 % am geringsten. (Abbildung 137, S. 222)

ABBILDUNG 137: ROLLE BEIM ANALVERKEHR MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER UND HIV-TESTSTATUS (N = 16.587)



9.3.3. Analverkehr und Anwendung von Schutzmaßnahmen

Kondomverwendung wurde mit zwei Fragen erhoben: (1) „Haben Sie ein Kondom benutzt, während Sie ihn gefickt haben (während Sie ,aktiv' waren)?“ bei Männern, die vorher aktiven bzw. aktiven und passiven Analverkehr berichtet hatten und (2) „Hat er ein Kondom benutzt, während er Sie gefickt hat?“ wenn passiver bzw. aktiver und passiver Analverkehr berichtet wurde. Um inkonsistente Kondomverwendung abzubilden, wurden als Antwortmöglichkeiten „nein“, „ja, die ganze Zeit“ und „ja, aber nicht die ganze Zeit“ angeboten, sowie die Option „ich erinnere mich nicht“.

Bei gegenseitigem Analverkehr war der Verzicht auf Kondomverwendung am häufigsten (54,9 %), dies kann u. a. eine aktive Entscheidung sein, ermöglicht z. B. durch andere Schutzmaßnahmen wie die Einnahme einer PrEP oder, bei bekannter HIV-Infektion, ein bewusstes Risiko für eine Infektion mit anderen sexuell-übertragbaren Erregern. Beim Sex mit einem nicht-festen Partner haben etwas über 50 % eine konsistente Kondomverwendung berichtet, unabhängig davon, ob dies in einer ,aktiven' oder ,passiven' Rolle war. Inkonsistente Kondomverwendung wurde von 6,3 % der Befragten berichtet. (Tabelle 91, S. 223)

TABELLE 91: KONDOMVERWENDUNG WÄHREND INSERTIVEM UND REZEPTIVEM ANALVERKEHR MIT EINEM NICHT-FESTEN PARTNER (N=11.915)

Kondomverwendung während insertivem und rezeptivem Analverkehr (N=11.915)	er hat mich gefickt (ich war ‚passiv‘) (N=5.316)	ich habe ihn gefickt (ich war ‚aktiv‘) (N=4.569)	wir haben uns gegenseitig gefickt (ich war ‚aktiv‘ und ‚passiv‘) (N=2.030)	Gesamt (N=11.915)
Nein	40,8 %	39,0 %	54,9 %	42,5 %
Ja, die ganze Zeit	52,6 %	54,0 %	38,2 %	50,7 %
Ja, aber nicht die ganze Zeit	6,0 %	6,7 %	6,0 %	6,3 %
Ich erinnere mich nicht	0,6 %	0,4 %	0,9 %	0,6 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Konsistente Kondomverwendung mit nicht-festen Partnern war am häufigsten in der Altersgruppe der 20- bis 29-jährigen (rezeptiv 57,6 %, insertiv 56,1 %). Kein Kondom bei insertivem Analverkehr berichteten zwischen 36,3 % der 20- bis 29-jährigen und 47,7 % in der Gruppe der über 60-jährigen. Männer jünger als 19 Jahre berichteten zu 42,3 % kein Kondom mit dem nicht-festen Partner verwendet zu haben. Die jüngste und älteste Altersgruppe berichtet auch am häufigsten von inkonsistenter Kondomverwendung (14- bis 19-Jährige: rezeptiv 9,0 %, insertiv 9,3 %; 60-Jährige und älter: rezeptiv 8,8 %, insertiv 8,8 %). (Tabelle 92, S. 228) Die Gründe für inkonsistenten Kondomgebrauch wurden in EMIS-2017 nicht erhoben. Präventionskampagnen, die auf die verschiedenen bekannten Gründe für eine Nicht-Verwendung von Kondomen eingehen wie z. B. Handhabung, Erektionsverlust, etc., sollten auch hier diese heterogenen Altersgruppen erreichen.

ABBILDUNG 138: KONDOMVERWENDUNG MIT NICHT FESTEM PARTNER BEI REZEPTIVEM ANALVERKEHR UND ALTERSGRUPPE (N=7.346)

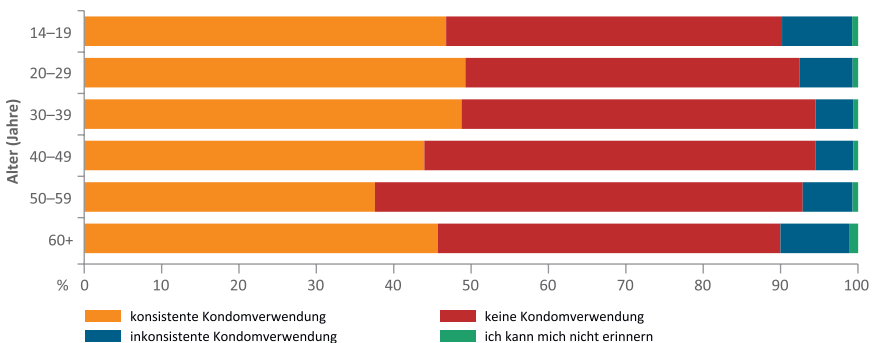
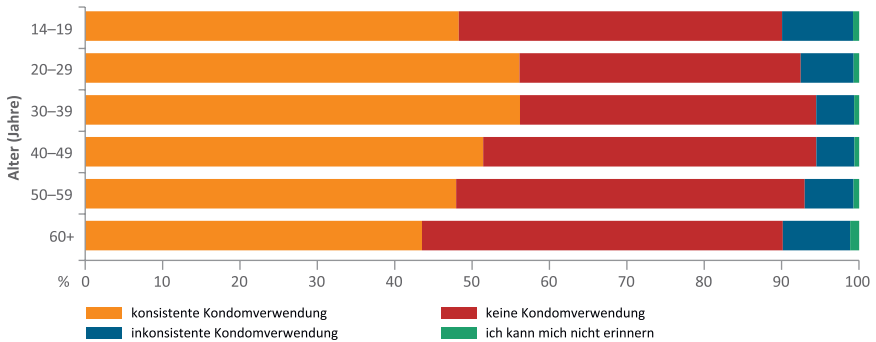


ABBILDUNG 139: KONDOMVERWENDUNG MIT NICHT FESTEM PARTNER BEI INSERTIVEM ANALVERKEHR UND ALTERSGRUPPE (N=7.336)



Ob Kondome verwendet wurden und ob ins Rektum ejakuliert wurde unterscheidet sich deutlich in Abhängigkeit vom HIV-Teststatus. Männer, die mit HIV diagnostiziert sind, berichteten häufiger Analverkehr ohne Kondom als Männern deren letzter HIV-Test negativ war oder die bisher noch nicht auf HIV getestet worden sind. Der Anteil mit Ejakulation ohne Kondom im Rektum war in dieser Gruppe auch höher als in den beiden anderen Gruppen. Während sich keine Unterschiede zwischen insertivem und rezeptivem Analverkehr bei diesen beiden Gruppen zeigten, war bei Männern, die mit HIV diagnostiziert waren, der Anteil derer geringer, die bei insertivem Analverkehr ins Rektum des Partners ejakulierten. (Abbildung 140, S. 224; Abbildung 141, S. 225). In diesem Kontakt sei daran erinnert, dass Männer die erfolgreich gegen HIV behandelt werden kein HIV-Infektionsrisiko für ihre Sexpartner*innen darstellen. [Zum Behandlungsstatus der Männer mit diagnostiziertem HIV siehe 5.1 „HIV-Behandlung bei Männern mit HIV“, S. 88 f.]

ABBILDUNG 140: KONDOMVERWENDUNG UND EJAKULATION BEI INSERTIVEM ANALVERKEHR UND HIV-TESTSTATUS (N=5.271)

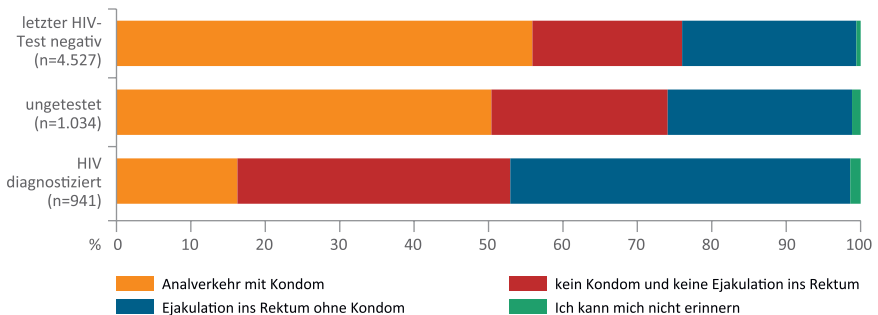
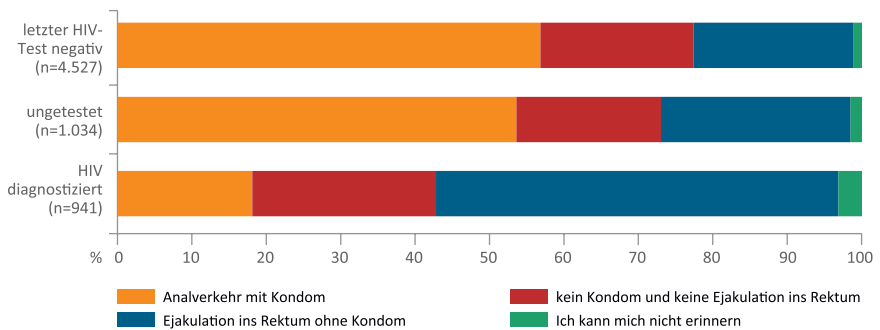


ABBILDUNG 141: KONDOMVERWENDUNG UND EJAKULATION BEI REZEPTIVEM ANALVERKEHR UND HIV-TESTSTATUS (N=7.237)



Es wurden keine wesentlichen Unterschiede zwischen rezeptivem und insertivem Analverkehr im Risikomanagement beobachtet. Andere Schutzstrategien bestanden aus Serostatus-Mitteilung [6], Serostatus-Absprachen (d. h. die Kondomverwendung wurde abhängig vom Serostatus beider Partner entschieden) und Serostatus-Annahmen (d. h. das Risikomanagement basierte auf dem angenommenen HIV-Status des nicht-festen Partners). Die Zuverlässigkeit solcher Annahmen variiert und hängt z. B. davon ab, welche Risiken seit dem letzten negativen HIV-Testergebnis bestanden haben. Kommunikation über den vermeintlichen HIV-Status einer sexuell aktiven Person, die noch nicht auf HIV getestet wurde, ist zudem nur eingeschränkt belastbar.

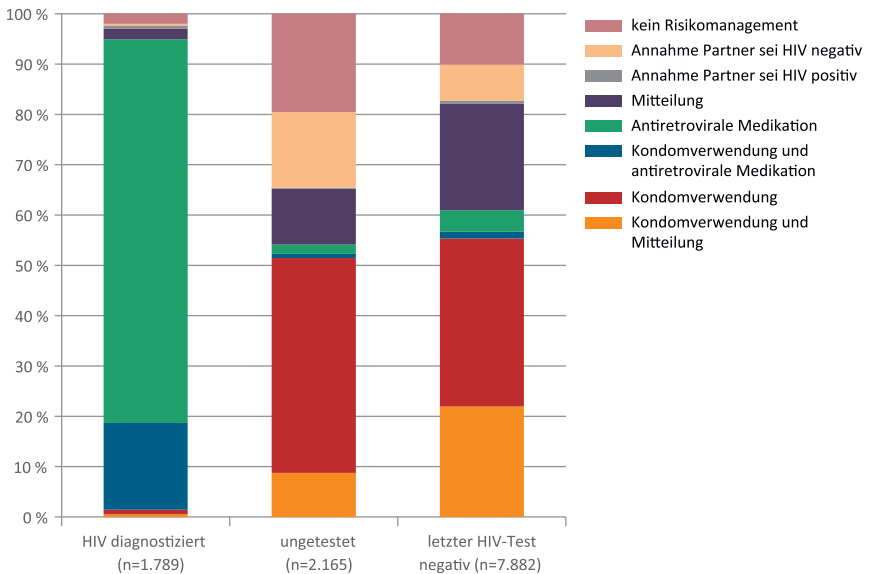
Für die folgende Analyse wurden Antworten aus zwei Themenblöcken kombiniert: wir haben die Informationen zur antiretroviralen Therapie und der letzten Viruslast verwendet und dies mit der Information zum Risikomanagement mit dem letzten nicht-festen Partner kombiniert. Jeder, der eine Viruslast unter der Nachweisgrenze bei der letzten Testung berichtete, wurde der Kategorie „antiretrovirale Medikation“ zugeordnet, unabhängig davon welche anderen Maßnahmen ergriffen worden sind und was er dem Partner kommuniziert hatte. Männer mit diagnostiziertem HIV deren Viruslast nachweisbar war wurden entsprechend der anderen Risikomanagementstrategien eingeordnet.

In einem weiteren Schritt wurde die Kommunikation über den eigenen HIV-Status mit dem nicht-festen Partner untersucht. Der Vergleich von Abbildung 142 (S. 226) und Abbildung 143 (S. 229) zeigt, dass die meisten Männer mit HIV Diagnose nicht über ihre unter der Nachweisgrenze liegende Viruslast mit dem nicht-festen Partner kommuniziert haben.

Kondome waren die häufigste Risikomanagement-Strategie von Männern, deren letzter HIV-Test negativ war (39,9 %) bzw. die noch nicht auf HIV getestet worden

sind (34,2 %). Mehr als das Doppelte der mit HIV diagnostizierten Männer berichtete (81,4 %) eine effektive antiretrovirale Therapie und/oder die Verwendung von Kondomen als Schutzstrategie. Ca. 30 % der Männer, die bisher noch nicht auf HIV getestet worden sind, berichteten entweder keine Schutzstrategie oder verließen sich auf Annahmen über den eigenen HIV-Status und/oder den des Partners.

ABBILDUNG 142: RISIKOMANAGEMENTSTRATEGIE INKL. TREATMENT-AS-PREVENTION UND HIV-TESTSTATUS MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN SEXPARTNER MIT ANALVERKEHR (N=11.836)



9.4. Kommunikation und Risikomanagement vor und während der sexuellen Begegnung

9.4.1. HIV-Risikomanagement während der letzten sexuellen Begegnung

Männern, die berichtet hatten, dass sie Sex mit einem nicht-festen Partner in den letzten 12 Monaten hatten, wurden mehrere Fragen gestellt, ob und was sie beim letzten Sex mit einem nicht-festen Partner getan haben, um das HIV-Infektionsrisiko zu senken. Zu diesen Fragen gehörte, ob sie Analverkehr hatten, was sie über den

eigenen HIV-Status und den des nicht-festen Partners wussten, was sie diesem Partner über ihren eigenen HIV-Status mitgeteilt haben, ob über PrEP-Einnahme oder die letzte Viruslastbestimmung kommuniziert wurde. Letzteres impliziert, dass sie damit auch den HIV-Status und den möglichen Erfolg einer Therapie mitgeteilt haben. Daraus wurde eine sekundäre kategoriale Variable für Risikomanagement und Kommunikation erstellt, die diese Informationen in einer hierarchischen Reihenfolge ordnete. Die Kategorien reichen von 1 (geringstes Risiko) bis 8 (höchstes Risiko):

1. Männer ohne Analverkehr (diesen Männern wurden keine weiteren Fragen zum Risikomanagement gestellt): **„kein Analverkehr“**
2. Männer, die über antiretrovirale Behandlung berichteten, entweder sie selbst oder ihr/e Sexualpartner (d.h. mindestens einer der beteiligten Partner hatte mitgeteilt, dass seine Viruslast unter der Nachweisgrenze ist oder er die PrEP einnimmt) und Kondome verwendet haben: **„Kondomgebrauch und antiretroviraler Medikation (ARV)“**
3. Männer die PrEP-Einnahme oder eine Viruslast unter der Nachweisgrenze berichteten wurden der Kategorie „antiretroviraler Schutz“ zugeordnet (die Kommunikation über Viruslast bzw. PrEP implizierte eine Mitteilung des HIV-Serostatus): **„Nur antiretrovirale Medikation“**.
4. Männer, die ihren Serostatus mitgeteilt haben und Kondome verwendeten: **„Verwendung von Kondomen und Serostatus-Mitteilung“**.
5. Männer, die Kondome verwendeten aber ihren HIV-Serostatus nicht mitgeteilt hatten: **„Nur Gebrauch von Kondomen“**.
6. Männer, die ihren HIV-Serostatus mitgeteilt haben, einschließlich Männer, die Annahmen über den HIV-Status des Partners getroffen und ihren eigenen Status offengelegt haben: **„Serostatus-Mitteilung“**.
7. Männer, die nur Annahmen über den HIV-Status des Partners gemacht haben: „Partner angenommen positiv“ bzw. **„Partner angenommen negativ“**.
8. Männer, die keine der oben genannten Risikomanagementstrategien verwendeten: **„kein Risikomanagement“**.

Die Gesamtverteilung nach Risikomanagementkategorien ist in (Abbildung 142, S. 226) dargestellt. Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt beschreibt die Risikomanagementkategorie „Antiretrovirale Medikation (ARV)“ die jeweilige Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Partner. Daher wird die tatsächliche Anwendung dieser Risikomanagementstrategie unterschätzt, da bei weitem nicht alle Männern, die HIV-positiv sind und erfolgreich therapiert werden, ihre nicht-festen Partner da-

rüber informieren, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt. Ebenso teilen nicht alle Männer, die PrEP einnehmen, dies ihren Partnern mit. Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt umfasst die Kommunikation über eine Viruslast unter der Nachweisgrenze (und die Verwendung von PrEP) jetzt nicht nur die Verwendung antiretroviraler Medikamente durch den Befragten, sondern auch die Kommunikation mit seinem Partner. Die Wirksamkeit der Serostatuskommunikation für die Vermeidung von HIV-Übertragungsrisiken hängt von der Genauigkeit und Aktualität der HIV-Statusinformationen ab, d.h. von der Testhäufigkeit und den in der Zwischenzeit aufgetretenen Übertragungsrisiken. (Tabelle 92, S. 228)

TABELLE 92: RISIKOMANAGEMENTSTRATEGIE UND KOMMUNIKATION MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN SEXPARTNER NACH HIV-TESTSTATUS (N=16.587)

Risikomanagementstrategie und Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Sexpartner nach HIV-Teststatus (N=16.587)	HIV diagnostiziert (N=2.085)		ungetestet (N=3.307)		letzter Test negativ (N=11.195)		Gesamt	
	%	kum.- %	%	kum.- %	%	kum.- %	%	kum.- %
	kein Analverkehr	14,2 %	14,2 %	34,5 %	34,5 %	29,6 %	29,6 %	28,6 %
Kondomverwendung, antiretrovirale Medikation, unter Nachweisgrenze	4,3 %	18,5 %	0,5 %	35,1 %	1,0 %	30,6 %	1,3 %	29,9 %
Antiretrovirale Medikation, unter Nachweisgrenze	32,6 %	51,1 %	1,2 %	36,3 %	3,0 %	33,6 %	6,4 %	36,3 %
Kondomverwendung und Mitteilung	0,6 %	51,8 %	5,7 %	42,0 %	15,5 %	49,0 %	11,7 %	48,0 %
Kondomverwendung	11,1 %	62,8 %	27,9 %	70,0 %	23,5 %	72,5 %	22,8 %	70,8 %
Mitteilung	4,1 %	66,9 %	7,3 %	77,2 %	14,9 %	87,4 %	12,0 %	82,8 %
Annahme Partner sei HIV-positiv	7,6 %	74,5 %	0,1 %	77,4 %	0,5 %	87,9 %	1,3 %	84,1 %
Annahme Partner sei HIV-negativ	2,3 %	76,7 %	9,9 %	87,2 %	5,0 %	92,9 %	5,6 %	89,7 %
kein Risikomanagement	23,3 %	100,0 %	12,8 %	100,0 %	7,1 %	100,0 %	10,3 %	100,0 %
Gesamt	100,0 %		100,0 %		100,0 %		100,0 %	

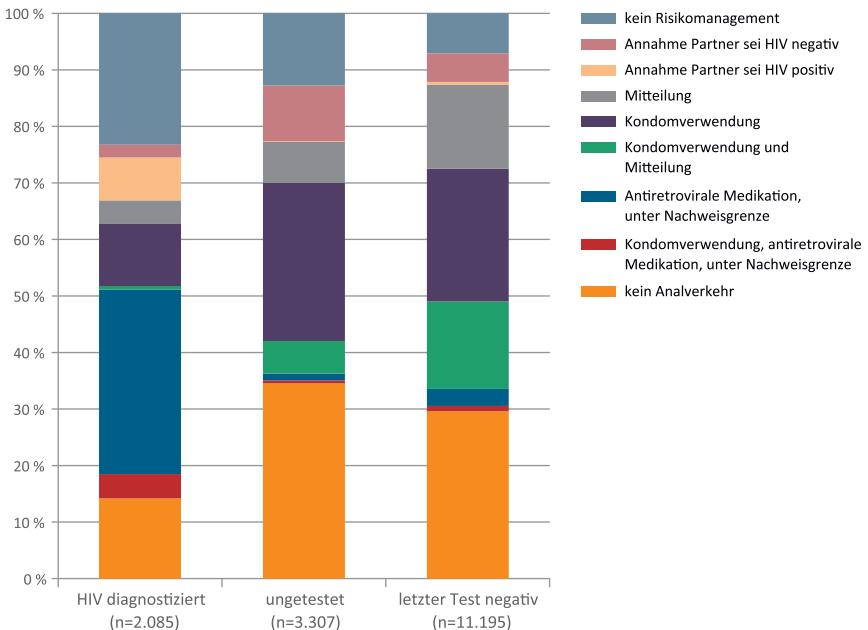
Männer, die noch nicht auf HIV getestet wurden, hatten häufiger keinen Analverkehr als Männer die auf HIV getestet wurden (34,5 % v. 29,6 %), sie verwendeten jedoch seltener Kondome, wenn sie Analverkehr hatten (29,7 % v. 39,9 %). Männer mit diagnostiziertem HIV verwendeten am seltensten Kondome (16,0 %) und schützten ihre Partner vor einer HIV-Infektion durch erfolgreiche antiretrovirale Therapie

(36,9%), d. h. mit einer Viruslast unter der Nachweisgrenze. Eine PrEP-Einnahme, die zum Zeitpunkt der Befragung zwar in Deutschland erhältlich, aber noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen war, wurde von 3,0 % der HIV-negativ und 1,2 % der ungetesteten Männer berichtet.

Männer, die nicht auf HIV getestet waren, machten häufiger Annahmen über den HIV-Status ihres/r Partner (10,0 %) als HIV-negativ oder positiv getestete Männer (5,5 % v. 9,8 %). Ihren HIV-Status kommunizierten 30,3 % der Männer mit letzten negativen HIV-Test und 13,0 % der Männer ohne vorherige Testung. Mit HIV diagnostizierte Männer teilten ihren HIV-Status deutlich seltener mit (4,7 %), ein Großteil dieser Gruppe berichtete von erfolgreicher Therapie, d. h. der HIV-Status stellt in diesen Kontakten kein Risiko dar.

Der Anteil der Personen, die kein Risikomanagement berichteten, lag bei Männern mit diagnostiziertem HIV bei 23,3 %, und deutlich höher bei Männern ohne (12,8 %) bzw. mit negativem HIV-Test (7,1 %). Diese Gruppen wurden wahrscheinlich von Informationen zu Präventionsmöglichkeiten nicht nachhaltig erreicht. (Abbildung 143, S. 229)

ABBILDUNG 143: RISIKOMANAGEMENTSTRATEGIE UND KOMMUNIKATION MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER NACH HIV-STATUS (N=16.587)



9.4.2. Analverkehr, Offenlegung des Serostatus und Verwendung von Kondomen nach HIV-Status

Ob Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Partner praktiziert worden ist bzw. ob dieser insertiv, rezeptiv oder beides war wird in Tabelle 93 (S. 230) zusammengefasst. Auch hier zeigen sich unterschiedliche Verhalten entsprechend des HIV-Teststatus. Mehr als ein Drittel der Männer, die noch nicht auf HIV getestet worden sind, berichteten keinen Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Partner gehabt zu haben. Etwas weniger oft (29,6 %) wurde dies von negativ getesteten Männern berichtet. Bei Männern mit HIV-Diagnose war der Anteil etwa halb so groß (14,2 %). Der Anteil der Männer mit diagnostizierter HIV-Infektion, die wechselseitig rezeptiven und insertiven Analverkehr praktizierten, war mehr als doppelt so groß (24,4 %) wie bei ungetesteten (10,3 %) und negativ getesteten Männern. Die letztere Gruppe berichtete häufiger insertiven Analverkehr (30,2 %) als die ungetesteten (21,3 %) und mit HIV diagnostizierten Männer (21,2 %). Rezeptiver Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Partner wurde am häufigsten von Männern mit HIV-Diagnose berichtet (40,2 %). (Tabelle 93, S. 230)

TABELLE 93: ANALVERKEHR MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEM PARTNER UND HIV-TESTSTATUS (N=16.587)

Sex mit letzten nicht-festem Partner (N=16.587)	HIV diagnostiziert (N=2.085)	ungetestet (N=3.307)	letzter HIV-Test negativ (N=11.195)	Gesamt
kein Analverkehr (AV)	14,2 %	34,5 %	29,6 %	28,6 %
rezeptiver AV	40,2 %	33,8 %	29,7 %	31,9 %
insertiver AV	21,2 %	21,3 %	30,2 %	27,3 %
rezeptiver und insertiver AV	24,4 %	10,3 %	10,4 %	12,2 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Sehr geringe, meist nicht signifikante Unterschiede zeigten sich in der Kondomverwendung zwischen insertivem und rezeptivem Analverkehr. Ob der Befragte (Tabelle 94, S. 231) oder sein nicht-fester Partner (Tabelle 95, S. 231) ein Kondom verwendet haben und ob diese Verwendung konsistent war oder nicht war vom HIV-Teststatus abhängig. Mit HIV diagnostizierte Männer verwendeten zu mehr als drei Vierteln kein Kondom mit dem nicht-festen Partner. Bei ungetesteten bzw. negativ getesteten Männern lag dieser Anteil zwischen 36,9 % und 41,6 %, bei ungetesteten

Männern in der Regel etwas höher und auch wenn sie über ihre eigene Kondomverwendung berichtet hatten. Inkonsistente Kondomverwendung war bei ungetesteten Männern höher (7,6 %) als bei Männern, die mit HIV diagnostiziert sind (4,9 %).

TABELLE 94: KONDOMVERWENDUNG DES BEFRAGTEN BEI INSERTIVEM ANALVERKEHR MIT LETZTEM NICHT-FESTEN PARTNER NACH HIV-TESTSTATUS (N=6.541)

Kondomverwendung des Befragten bei rezeptivem bzw. insertivem Analverkehr mit letztem nicht-festen Partner nach HIV-Teststatus (N=6.541)	HIV diagnostiziert (N=949)	ungetestet (N=1.044)	letzter HIV-Test negativ (N=4.548)	Gesamt
Ich habe kein Kondom verwendet	77,3 %	41,6 %	37,3 %	43,8 %
Ich habe ein Kondom verwendet	16,1 %	49,9 %	55,6 %	49,0 %
Inkonsistente Kondomverwendung	6,0 %	7,6 %	6,7 %	6,7 %
Ich kann mich nicht erinnern	0,5 %	1,0 %	0,4 %	0,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

TABELLE 95: KONDOMVERWENDUNG DES PARTNERS BEI REZEPTIVEM ANALVERKEHR MIT LETZTEM NICHT-FESTEN PARTNER NACH HIV-TESTSTATUS (N=7.293)

Kondomverwendung des Partners bei rezeptivem bzw. insertivem Analverkehr mit letztem nicht-festen Partner nach HIV-Teststatus (N=7.293)	HIV diagnostiziert (N=1.342)	ungetestet (N=1.460)	letzter HIV-Test negativ (N=4.491)	Gesamt
Partner hat kein Kondom verwendet	76,2 %	39,5 %	36,9 %	44,6 %
Partner hat ein Kondom verwendet	17,9 %	53,0 %	56,4 %	48,7 %
Inkonsistente Kondomverwendung	4,9 %	6,6 %	6,1 %	6,0 %
Ich kann mich nicht erinnern	1,0 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Die Kommunikation über den eigenen Serostatus ist für ein adaptiertes Risikomanagement wichtig, sofern Kondome nicht konsequent verwendet werden oder ein Schutz durch Einnahme antiretroviraler Medikamente zur Therapie oder Prophylaxe

laxe nicht gewährleistet ist. Diese Kommunikation hat in etwas mehr als der Hälfte (52,5 %) der Begegnungen nicht stattgefunden. Es zeigt sich, dass Männer, die berichtet hatten, dass sie noch nicht auf HIV getestet worden sind, ihren Partnern häufig (18,1 %) berichteten, dass sie HIV-negativ sind. Wenn man annimmt, dass diese Männer nicht zum ersten Mal Sex hatten, ist ihre Aussage zum eigenen HIV-Status entsprechend mit Vorsicht zu betrachten. Männer mit HIV-Diagnose berichteten zu 43,8 % ihrem Partner wahrheitsgemäß von ihrem Serostatus. (Tabelle 96, S. 232) Weitere 16 Personen die angaben, ihrem letzten nicht-festen Partner gesagt zu haben, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze sei, hatten auf die Frage zu ihrer letzten Viruslast geantwortet, dass diese nachweisbar gewesen sei. Hier kann es sich um eine Diskrepanz handeln, die sich mit unterschiedlichen Zeitpunkten der letzten Viruslastmessung und des letzten Sexualkontaktes mit einem nicht-festen Partner erklären lassen könnte, nicht unbedingt eine irreführende Information an die Partner. (Tabelle 99, S. 234)

TABELLE 96: HIV-SEROSTATUS-KOMMUNIKATION MIT DEM LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER NACH HIV-TESTSTATUS (N=16.591)

HIV-Serostatus-Kommunikation mit dem letzten nicht-festen Partner (N=16.591)	HIV diagnostiziert (N=2.089)	ungetestet (N=3.301)	letzter HIV-Test negativ (N=11.201)	Gesamt
Ich sagte ihm ich kenne meinen HIV-Status nicht	0,7 %	13,0 %	2,4 %	4,3 %
Ich sagte ihm ich sei HIV-negativ	1,6 %	18,1 %	43,0 %	32,8 %
Ich sagte ihm ich sei HIV-positiv	43,8 %	0,2 %	0,1 %	5,6 %
Ich sagte nichts über meinen HIV-Status	49,9 %	61,4 %	50,4 %	52,5 %
Ich kann mich nicht erinnern	4,0 %	7,4 %	4,1 %	4,7 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

In Abhängigkeit vom eigenen HIV-Status unterschieden sich die Annahmen zum HIV-Status des Partners. Männer mit einem negativen HIV-Testergebnis dachten oder wussten, dass ihr Partner auch negativ sei (54,2 %). Männer mit diagnostizierter HIV-Infektion gingen in 33,9 % der Fälle analog vor, auch sie dachten oder wussten, dass ihr nicht-fester Partner den gleichen Serostatus habe. Der Anteil der Männer, die sich keine Gedanken über den HIV-Status des Partners gemacht hatten, lag bei 33,9 %. Bei Männern mit negativem Testergebnis (32,0 %) lag der Anteil jener,

die sich keine Gedanken über den HIV-Status ihres bzw. ihrer Partner gemacht haben, ähnlich hoch wie bei Männern mit diagnostizierter HIV-Infektion (32,7 %) und wurde von Männern, die bisher noch nicht auf HIV getestet worden waren, übertroffen (40,7 %). (Tabelle 97, S. 233) Dies kombiniert zwei mögliche Ansätze für Prävention: Männer, die bisher nicht auf HIV getestet wurden, machen sich die wenigsten Gedanken über den HIV-Status des nicht-festen Partners. Deswegen wäre es einerseits wichtig, dass diese Männer selbst getestet werden und sich andererseits Gedanken über den HIV-Status ihrer Partner machen.

TABELLE 97: ANNAHMEN ÜBER DEN HIV-STATUS DES LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNERS (N=16.574)

Annahmen über den HIV-Status des letzten nicht-festen Partners (N=16.574)	HIV diagnostiziert (N=2.089)	ungetestet (N=3.302)	letzter HIV-Test negativ (N=11.183)	Gesamt
Ich wusste oder dachte er sei HIV-negativ	17,0 %	46,7 %	54,2 %	48,0 %
Ich wusste oder dachte er sei HIV-positiv	33,9 %	1,4 %	3,4 %	6,9 %
Ich wusste oder dachte, dass sie einen unterschiedlichen HIV-Status hatten	1,6 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %
Ich kann mich nicht erinnern	14,7 %	10,6 %	9,5 %	10,4 %
Ich habe mir keine Gedanken darüber gemacht	32,7 %	40,7 %	32,0 %	33,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

9.4.3. Mögliche Informationsinkonsistenzen

Fragen zum HIV-Teststatus, zur antiretroviralen Behandlung und zur Verwendung von PrEP wurden im Fragebogen unabhängig von den Antworten zum letzten Sex erhoben. Daher ist es möglich, diese mit den Informationen, die mit dem letzten nicht-festen Partner geteilt worden sind zu vergleichen. Es kann verschiedene Gründe für Unstimmigkeiten geben, die nicht unbedingt irreführende Absichten implizieren (es können sich Fakten verändert haben seit dem Zeitpunkt des letzten Sex mit einem nicht-festen Partners – dieser war in den letzten 12 Monaten, z. B. wenn zwischenzeitlich ein HIV-Test durchgeführt worden ist). Die häufigste Diskrepanz fanden wir bezüglich der Mitteilung eines negativen HIV-Status von Männern, die noch

nie auf HIV getestet wurden (18,1 %). (Tabelle 96, S. 232) Eine weitere Diskrepanz, die sich möglicherweise durch den zeitlichen Verlauf erklären kann, sind 25 Personen, die dem letzten nicht-festen Partner gesagt hatten, dass Sie die PrEP nehmen, jedoch die Frage nach der PrEP verneint hatten. (Tabelle 98, S. 234) Dies kann auch der Fall sein bei 17 Männern, die ihrem letzten nicht-festen Partner gesagt hatten, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze sei, jedoch in einem anderen Teil der Befragung sagten, dass ihre Viruslast nachweisbar sei. (Tabelle 99, S. 234)

TABELLE 98: AUSKUNFT ZUR PREP-EINNAHME UND INFORMATION AN DEN LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER (N=194)

Auskunft zur PrEP-Einnahme und Information an den letzten nicht-festen Partner (N=194)	Nein, ich nehme keine PrEP (N=25)	Ja, täglich (N=125)	Ja, täglich, aber inzwischen nicht mehr (N=12)	Ja, nur bei Bedarf (N=32)	Gesamt
Ich sagte ihm, dass ich die PrEP nehme.	12,9 %	64,4 %	6,2 %	16,5 %	100,0 %

TABELLE 99: AUSKUNFT ZUR VIRUSLAST UND INFORMATION AN DEN LETZTEN NICHT-FESTEN PARTNER (N=816)

Auskunft zur Viruslast und Information an den letzten nicht-festen Partner (N=816)	Viruslast unter der Nachweisgrenze (N=799)	Viruslast nicht unter der Nachweisgrenze (N=17)	Gesamt
Ich sagte ihm, dass meine Viruslast unter der Nachweisgrenze ist.	97,9 %	2,1 %	100,0 %

9.5. Letzter Sex mit nicht-festem Partner (Bundeslandtabellen)

TABELLE 100: BUNDESLANDTABELLEN: LETZTER SEX MIT NICHT-FESTEM PARTNER (N=15.731; N=11.200; N=15.731)

BUNDESLAND	Anzahl Befragte	Gruppensex (>2 Partner beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern)	Substanzgebrauch (stimulierende Substanz beim letzten Sex)	Partner kennengelernt über Mobiltelefon-App	Partner kennengelernt in einem Setting für sexuelle Kontakte	Kein Analverkehr mit dem letzten nicht-festen Partner		Anzahl Befragte	Kondombrauch beim letzten Analverkehr mit einem nicht-festen Partner		Serostatus Kommunikation mit letzten nicht-festen Partner	
						N	%		N	%	N	%
Baden-Württ.	1.747	6,1	1,7	40,3	17,3	28,9	1.239	55,1	41,2			
Bayern	2.105	5,8	1,6	44,9	14,9	27,8	1.513	54,3	40,6			
Berlin	2.578	10,0	4,6	39,1	20,5	27,5	1.864	45,3	45,4			
Brandenburg	311	4,5	0,6	36,7	12,5	27,3	226	51,8	42,9			
Bremen	152	5,3	3,3	42,8	15,1	27,0	111	46,8	42,3			
Hamburg	745	8,2	2,3	38,5	20,3	32,1	506	51,4	40,7			
Hessen	1.233	6,7	1,6	40,6	16,3	31,8	837	50,5	44,7			
Mecklenburg-V.	228	3,1	0,9	35,1	9,3	22,7	174	48,9	44,8			
Niedersachsen	1.057	5,9	1,1	38,2	14,9	30,4	736	50,0	44,6			
Nordrhein-W.	3.129	7,7	3,1	37,4	20,1	28,0	2.248	48,0	42,9			
Rheinland-Pfalz	505	8,1	1,6	45,5	17,7	29,3	357	53,8	40,1			
Saarland	177	6,2	1,7	41,8	18,6	27,1	129	40,3	44,2			
Sachsen	761	6,0	2,1	42,7	15,0	29,1	538	53,0	44,4			
Sachsen-Anhalt	257	5,8	2,3	36,2	12,1	30,4	179	49,2	39,7			
Schleswig-Holst.	489	7,8	1,2	37,8	16,4	27,2	356	49,4	40,2			
Thüringen	257	4,7	0,8	39,3	10,1	27,0	187	49,7	41,7			
Total	15.731	7,1	2,4	40,0	17,4	28,6	11.200	50,2	42,8			

10. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT FÜR UND MIT SCHWULEN UND ANDEREN MSM IN DEUTSCHLAND

Die im Folgenden dargestellten Handlungsempfehlungen zu dem EMIS2017-Forschungsbericht berücksichtigen die Ergebnisse eines digitalen Expert*innenworkshop zu Auswertung und Implikationen der Befunde aus EMIS 2017 am 15. Juni 2020. Der Workshop diente dazu, erste Ergebnisse der deutschlandspezifischen Auswertung der EMIS-Studie einer breiteren Expert*innenrunde vorzustellen, und mit diesen gemeinsam Implikationen für die Praxis und zukünftige Forschung zu diskutieren sowie Ideen für Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Der Workshop wurde durch die BZgA ausgerichtet.

Darüber hinaus waren folgende Institutionen vertreten: RKI, DAH Geschäftsstelle, Aidshilfe Niedersachsen, Aidshilfe NRW, Berliner Aids-Hilfe, Katholische Hochschule – KatHoNRW sowie die Universität Frankfurt FRA-AUS.

Im Folgenden wird auf weitere relevante Arbeitspapiere und Studien aus den Bereichen HIV-/STI-Prävention und Gesundheitsförderung bei MSM* und LGBTI Bezug genommen. Darüber hinaus wurde eine zeitlich begrenzte und damit nicht vollständige Internetrecherche zur aktuellen Angebotslandschaft in Deutschland und internationalen Ansätzen und Modellprojekten durchgeführt. Aus den im Internet recherchierten Projekten lassen sich allerdings keine Rückschlüsse auf Aktualität, Umfang, Reichweite, Nutzung oder Qualität ziehen.

Da EMIS 2017 eine themenspezifische, quantitative Erhebung zur HIV/STI-Prävention und keine umfassende Bedarfsermittlung ist, decken sich die hier schwerpunktmäßig beschriebenen Handlungsfelder nicht zwingend mit Gesundheitsprioritäten, wie sie schwule und andere MSM selbst für sich definieren würden. Eine Metaanalyse von 2020⁵ gibt zu bedenken, dass die gesundheitliche Situation schwuler Männer bisher hauptsächlich mit einem Schwerpunkt auf sexuell übertragbare Erkrankungen erforscht wurde, während über ihre allgemeine gesundheitliche Lage vergleichsweise wenig bekannt ist.

In diesem Sinne sind diese Handlungsempfehlungen als Schritt hin zu einem systemischen Ansatz und einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheit schwuler und anderer MSM zu verstehen, mit den EMIS 2017-Ergebnissen als Ausgangspunkt.

Im Hinblick auf die vielfältigen Akteursgruppen und Kooperationen in der Präventionsarbeit für und mit schwulen und anderen MSM sind viele Empfehlungen mit dem Begriff Präventionsakteur*innen ausformuliert. Dies soll sowohl bestehende Arbeitsfelder der Akteur*innen respektieren als auch darauf hinweisen, dass neue Aufgabenverteilungen und Kooperationen möglich bzw. nötig sind, und dass Angebote im besten Fall unter Berücksichtigung/Beteiligung der Nutzenden gestaltet werden.

Handlungsfelder

Die Handlungsempfehlungen sind in die vier Felder HIV/STI Schutzstrategien, Psychische Gesundheit, Substanzkonsum und Präventionsbedarfe gegliedert. In den einzelnen Handlungsfeldern werden jeweils Ergebnisse der EMIS-Erhebung, vorhandene Strukturen und Maßnahmen, vielversprechende Ansätze und Maßnahmen sowie Handlungsempfehlungen dargestellt. Als Querschnittsthemen ergeben sich Stadt/Land-Unterschiede, Zugehörigkeitsgefühl und Community, Gesellschaftliche Akzeptanz und Kooperationen mit eigenen Empfehlungen.

HIV/STI-Schutzstrategien

Im Abschnitt zu den HIV/STI-Schutzstrategien geht es in erster Linie um Informationsvermittlung zu Schutzmöglichkeiten, während die damit verbundenen Angebote (z. B. Tests) im Abschnitt Präventionsbedarfe behandelt werden.

Die EMIS 2017-Teilnehmenden schützen sich differenziert vor HIV/STI-Übertragung. Sie verwenden Kondome, kommunizieren ihren HIV-Serostatus, machen vom Schutz durch Therapie Gebrauch oder nehmen die PrEP. Sie berichten auch generell gut zu HIV/STI informiert zu sein. Die Verbreitung von Wissen und Schutzstrategien steigt mit dem Alter, dem Bildungsstand, der Outness, der Wohnortgröße sowie bei positivem HIV-Status, und sie passt weitgehend zum jeweiligen potenziellen Risiko (Sexpraktiken, Partnerzahl).

Dennoch bestehen Informationslücken, sowohl zu einzelnen Schutzstrategien als auch zu Testangeboten. Weniger von Präventionsangeboten erreicht werden bislang etwa Männer, die Sex an Cruising-Orten haben, aber auch HIV-ungetestete Männer. Nachholbedarf gibt es zudem bei Informationsangeboten hinsichtlich der PrEP und der PEP. So ist das Wissen zur PrEP unter den ungetesteten Teilnehmenden

den sowie bei jungen Männern, die jenseits der Metropole leben oder für Sex bezahlt werden, zum Zeitpunkt der Erhebung⁶ noch zu wenig verbreitet. Auch die Informationslage zur PEP ist insgesamt verbesserungswürdig: Zwar hat ein Großteil der Teilnehmenden von der PEP gehört, die Ergebnisse lassen es aber als fraglich erscheinen, ob dieses Wissen ausreicht, den Bedarfsfall zu erkennen und rechtzeitig aktiv eine PEP zu suchen und zu erhalten. Das Wissen zur PEP steigt mit der Wohnortgröße und der HIV-Testerfahrung.

Das Wissen zu Testangeboten ist zudem bei Männern mit niedriger Bildung und eher kleineren Wohnorten schlechter als bei anderen Zielgruppen. Für alle gilt zudem, dass noch zu wenig bekannt ist, dass es ein spezielles Impfangebot für schwule und andere MSM gibt.

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: Die Präventionskampagne ICH WEISS WAS ICH TU (IWWIT) der DACH ist ein wichtiger Baustein des Informationsangebots zum HIV/STI-Schutzverhalten für schwule und andere MSM in Deutschland. Das überregionale digitale Beratungsangebot des Gay Health Chat ergänzt dabei (neben weiteren Beratungsangeboten) u. a. die zielgruppenspezifische Vermittlung der Kerninhalte von Safer Sex 3.0 (Kondome, PrEP, Schutz durch Therapie) zum Schutz vor einer HIV-Infektion.

Besonders die Präventionsprojekte für und mit schwulen und anderen MSM in Ballungsgebieten sind online und an Orten sexueller und sozialer Begegnung sichtbar vertreten. In anderen geografischen Gebieten ist die Präsenz dieser Inhalte außerhalb der Smartphone- und Online-Dating-Plattformen eher lückenhaft: Auf den Webseiten mancher Aidshilfen sind Präventionsinhalte für und mit MSM nicht sichtbar und/oder sie sprechen schwule und andere MSM nicht zielgruppenorientiert an und verweisen auch nicht entsprechend.

Vielversprechende Ansätze und Good Practice-Beispiele: Die unter dem Begriff Safer Sex 3.0 zusammengefassten Schutzmöglichkeiten Kondom, PrEP und Schutz durch Therapie bilden auch in anderen westlichen Industrienationen mit schwulen und anderen MSM als Hauptbetroffenengruppe die Grundlage der Präventionsinformationen. Allerdings liegen die Schwerpunkte international oft stärker auf dem HIV-Test und früher Behandlung.

Die australische Ending HIV-Strategie⁷ folgt beispielsweise der Devise „Test Often (Teste Oft) – Treat Early (Behandle Früh) – Stay Safe (Bleib sicher)“ und legt den Schwerpunkt auf Tests und eine frühe Behandlung von Infektionen. Einen ähnlichen Weg verfolgen auch die Strategien Getting to Zero (San Francisco; USA) und i #appli-

6 *Erst nach der Datenerhebung wurden in Deutschland spezifische Informationskampagnen durchgeführt und der Zugang zur PrEP durch die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen wesentlich erleichtert.*

7 *Eine Kooperation zwischen LSBTIQ*-Communitystrukturen, Public Health und Wissenschaftler*innen im Bundesstaat New South Wales in Australien, weitere Informationen unter: <https://endinghiv.org.au/>*

safe (Frankreich), die zusätzlich auf eine Verbesserung des PreP-Zugangs abzielen. Auch in Belgien⁸ und den Niederlanden⁹ wird die PrEP separat von Safer Sex direkt beworben.

Handlungsempfehlungen

1. Versorgungslücken schließen

Um geografische Sichtbarkeits- und Versorgungslücken zu schließen und die Reichweite zu optimieren, ist es wichtig, dass alle regionalen/lokalen Aids-hilfen, schwulen Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Communitystrukturen schwule und andere MSM zielgruppenorientiert in Wort und Bild ansprechen. Um weitere Subpopulationen zu erreichen, können partizipativ zusätzliche Kampagnenelemente und Zugangswege entwickelt werden.

2. Botschaften weiter differenzieren

Die aktuellen Safer Sex 3.0-Konsensinformationen, wie sie in der IWWIT-Kampagne und inhaltsgleichen regionalen Angeboten verbreitet werden, haben weiterhin Gültigkeit. Erweitert werden können Unterthemen wie Test-routinen, die sich an den sexuellen Lebenswelten (Partnerzahl, Art des Sex) orientieren.

Zusätzliche Themen

- Erweiterung von Safer Sex 3.0 um Testempfehlungen, die sich an der Partnerzahl/Art des Sex orientieren
- Realistische, persönliche HIV/STI-Risikoeinschätzung und daran orientierte, niedrighschwellige Testempfehlungen (bes. jüngere Männer)
- Bewusstsein der persönlichen Schutzstrategien (bes. HIV-ungetestete bzw. schon länger nicht mehr getestete Männer, Männer mit geringerem Bildungszugang)
- Praktische und regional differenzierte PEP-Informationen
- Hepatitis A und B Impfangebote (bes. jüngere Männer)
- PrEP-Informationen und Entscheidungshilfen (bes. Männer, die für Sex bezahlt werden)

⁸ <https://www.be-prep-ared.be/en/prep-in-belgium/>

⁹ <https://prep-direct.nl/>, <https://www.prepnu.nl/>

Psychische Gesundheit

Die EMIS-Ergebnisse weisen auf deutliche, überdurchschnittlich häufige Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens unter schwulen und anderen MSM hin. Besonders betroffen sind jüngere, HIV-positive und Männer, die für Sex bezahlt werden, sowie Männer in wirtschaftlich unsicheren Verhältnissen.

Es besteht ein Bedarf an zielgruppenspezifischen Angeboten zum Thema Depression, Angst und Suizidgedanken. Der Bedarf umfasst sowohl die Enttabuisierung und Bewusstmachung der Anzeichen, der Ursachen und Folgen psychischer Belastungen, als auch eine Erstberatung und die Weiterverweisung an passende, niedrigschwellige Behandlungsangebote.

Ergänzende Erkenntnisse: Die Ergebnisse der SMHA-Studie 2013¹⁰ unterstreichen, dass schwule und andere MSM öfter von depressiven Symptomen betroffen sind. Außerdem sind ein niedriger sozioökonomischer Status, der Konsum psychoaktiver Substanzen und risikoreichere sexuelle Kontakte mit einem schlechteren psychischen Wohlbefinden assoziiert. Sander¹¹ summiert die bisherigen Erfahrungen mit dem Chemsex-Komplex mit dem Hinweis auf individuelle Traumata, Herausforderungen bei der Bildung einer schwulen Identität, Scham, Sexualität, Einsamkeit und negative Selbstbilder.

Auch internationale Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass schwule und andere MSM im Vergleich zu heterosexuellen Männern häufiger Angststörungen, Depressionen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Suizidalität aufweisen, und dass diese sich negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken.¹²

Die SMHA 2013-Ergebnisse zeigen allerdings auch, dass ein Drittel der Teilnehmenden wegen psychischer Probleme bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat. Besonders unter HIV-Positiven ist die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen hoch, wahrscheinlich durch die bessere Anbindung an das Gesundheitssystem. Dies könnte bedeuten, dass psychische Problematiken bei HIV-negativen Männern unterdiagnostiziert bzw. unterbehandelt sind.¹³

Es stellt sich zusätzlich die Frage, inwieweit in Anspruch genommene Hilfen zielgruppenspezifisch wirksam sind, d. h. ob die von Studienteilnehmenden berichteten psychischen Probleme und Erkrankungen trotz der relativ starken Inanspruchnahme professioneller Hilfen so verbreitet sind, oder ob sie ohne diese Hilfen noch

10 Drewes und Kruspe 2016

11 März 2021, DAH (unveröffentlicht)

12 Pöge et al. 2020

13 Sander 2021, vgl. Drewes und Kruspe 2016

häufiger berichtet würden. Eine vergleichende Studie¹⁴ aus Großbritannien stellt fest, dass sexuelle Minderheiten 2- bis 3-mal so hohe Werte bei psychischen Problematiken aufweisen als die heterosexuelle Vergleichsgruppe. Dort beschrieben die Teilnehmenden die Kommunikation mit dem medizinischen Personal als unbefriedigend. Die Autor*innen vermuten, dass Diskriminierungserfahrungen im herkömmlichen Gesundheitssystem bzw. bei den Hausärzt*innen den Zugang zur Versorgung erschweren.

Expert*innen¹⁵ sehen das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Peergroup mit gleichen Werten und Ansichten als größten protektiven Faktor. Außerdem zählen sie das Leben in größeren Orten, eine sichere berufliche Situation sowie ein gefühlt komfortables Einkommen zu den schützenden Faktoren.

Australische Studien¹⁶ zeigen, dass LSBTIQ*-Personen Unterstützung nicht nur außerhalb der herkömmlichen, sondern auch außerhalb der etablierten LSBTIQ*-Angebote suchen, und dass 71 % der Befragten in Zeiten der Not gar keine Unterstützung suchen. Community-Schlüsselpersonen berichten, dass in der LSBTIQ*-Community ein informelles Unterstützungsnetzwerk existiert. Diese Schlüsselpersonen berichten aber auch, dass sie es leid sind, aus eigener Kraft für sich selbst und für ihre Community die Resilienz erhalten zu müssen, und wünschen sich eine Unterstützung dieses informellen Netzwerkes.

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: Am ehesten auf Beratungsbedarfe zugeschnitten und niedrigschwellig sind die unter dem Stichwort Beratung und den Oberthemen Coming-out bzw. Identität, Diskriminierungserfahrungen und Beziehungen vorliegenden Angebote von Aidshilfen und LSBTIQ*-Communitystrukturen. Sie können als Anknüpfungspunkt für die Bewusstmachung von Minderheitenstressoren dienen, die Inanspruchnahme von Hilfen stärken und an professionelle Stellen verweisen. Im Rahmen der IWWIT-Kampagne hat die Deutsche Aidshilfe zeitbegrenzte Aktionen durchgeführt und Broschüren zum psychischen Wohlbefinden für schwule und andere MSM bereitgestellt. Coming-out-Angebote für junge Menschen und LSBTIQ*-Peerberatungen sind in ihrer Verfügbarkeit, Reichweite, Nutzung und Qualität anhand des Online-Erscheinungsbilds nicht einzuschätzen.

Bei Aidshilfen erscheinen Beratungsangebote oft problemorientiert und mit Angeboten für Menschen mit positivem HIV-Status assoziiert, auch wenn sie tatsächlich auch für HIV-negative schwule und andere MSM zur Verfügung stehen. Direkt benannt werden psychische Probleme in der Außendarstellung all dieser Gruppen- und Beratungsangebote eher selten. Insgesamt spricht die Angebotslandschaft das

14 Elliott et al. 2014

15 BZgA 2020

16 Persönl. Kommunikation mit Jo Read, Program Officer, Suicide Prevention Initiatives, North West Melbourne Primary Health Care Network

Thema psychisches Wohlbefinden sehr unterschiedlich und oft erst mehrere Klicks unter der Oberfläche an. Es ist keine gemeinsame Sprache erkennbar, wie sie bei Safer Sex oder STI etabliert ist, welche die mit dem psychischen Wohlbefinden assoziierten Themen enttabuisieren, Scham abbauen sowie Hilfesuchende und Hilfe Anbietende zueinander führen könnte.

Vielversprechende Ansätze und Good Practice-Beispiele: In Ballungsräumen setzen HIV- und LSTBIQ*-Communitystrukturen (z. B. die Schwulenberatung in Berlin, das Sub in München) Angebotsschwerpunkte zum psychischen Wohlbefinden bei MSM. Sie bieten Beratung und Gruppen an. Dabei benennen sie konkret Themen des psychischen Wohlbefindens.

International ist der Checkpoint Zürich ein Beispiel für die Integration von umfassenden Angeboten zur sexuellen Gesundheit mit psychologischer Beratung – und sogar Psychotherapie – für schwule und andere MSM, Trans* und queere Menschen. Die Clinic 30 in Brisbane (Queensland, Australien) bietet einen Behandlungsplan psychische Gesundheit mit 10 von der Krankenkasse finanzierten Beratungseinheiten an.

Einen innovativen Ansatz entwickelt aktuell das North West Melbourne Primary Health Care Network in Australien. Hier wird die Rolle informeller Begleiter*innen innerhalb der LSBTIQ*-Community anerkannt. Der Modellversuch, der von einem Begleitgremium aus Community-Schlüsselpersonen beraten wird, will auf die Existenz dieses informellen Netzwerks nicht mit neuen Suizidpräventionsdiensten reagieren, sondern die vorhandenen Kapazitäten in der LSBTIQ*-Community fördern. Kernthemen des Modellversuchs sind Burn-out und Zusammenhalt in der LSBTIQ*-Community. Der erste Schritt ist dabei die gerade laufende sozialwissenschaftliche Studie Lean on me (Lehn dich bei mir an) zur Anerkennung und Erforschung der informellen Suizidpräventionsarbeit in der Community¹⁷.

¹⁷ Australian Research Centre in Sex, Health and Society (Australisches Forschungszentrum für Sex, Gesundheit und Gesellschaft) an der La Trobe Universität in Melbourne

Handlungsempfehlungen

1. Enttabuisierung und Bewusstseinsbildung

Um die Tabuisierung psychischer Probleme aufzulösen, Scham abzubauen und Nutzende besser mit Angeboten zusammenzuführen, ist es bedeutsam, dass schwule Präventionsprojekte wie IWWIT und LSBTIQ*-Selbsthilfeangebote eine konsensbasierte, allgemein verständliche Ansprache und Kernbotschaften (analog z. B. zu Stichworten und Sprüchen wie Safer Sex, Meine Wahl. Dein Respekt. oder Schutz durch Therapie) zum Thema psychisches Wohlbefinden entwickeln und kommunizieren.

2. Jüngere schwule und MSM, Minderheitenstress und psychische Belastungen adressieren

Um die überdurchschnittliche psychische Belastung schwuler und anderer MSM zu senken, ist es wichtig, dass junge Menschen verstärkt angesprochen werden – unabhängig von ihrer Selbstidentifikation als nicht-heterosexuell. Menschen in unsicheren wirtschaftlichen Umständen benötigen besonders niedrigschwellige Angebote.

3. Kooperation mit Schulen, Beratungsstellen und Jugendzentren sowie im Bildungswesen

In Schulen, Beratungsstellen und Jugendzentren sowie im Bildungswesen verortete Angebote (z. B. „LIEBESLEBEN – das Mitmach-Projekt“ der BZgA, SCHLAU, personalkommunikative Angebote in Schulen und Betrieben) können mit LSBTIQ*-Verbänden (z. B. Coming-out-Angebote) kooperieren, um sich darauf zu verständigen, wer welche Präventionsbotschaften an Männer mit noch ungeklärter sexueller Orientierung senden kann.

4. Niedrigschwellige Angebote schaffen

Zur Unterstützung der Arbeit kann eine gemeinsame Leitlinie für die niedrigschwellige Beratungspraxis auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrung, z. B. mit Fragen nach Risikofaktoren wie Wohnortgröße, Alter, Gruppenzugehörigkeit und beruflicher/finanzieller Situation

(z. B. in Kooperation mit dem Verband für LSBTIQ* in der Psychologie e.V.: VLSP) dienen. Die Akteur*innen können außerdem anonyme Daten zu den Themen dokumentieren, sammeln und auswerten, die in der Beratung angesprochen werden.

Zusätzliche Themen:

- Zusammenhang Minderheitenstress - psychische Belastung
- Rolle der Anbindung an Peergruppen und LSBTIQ*-Community
- Versorgungspfade zu Schutzräumen wie Coming-out-Angebote, Peer-Angebote
- Spezifische Angebote für (jüngere) Männer, die gerade ihre sexuelle Orientierung entdecken bzw. nach außen zeigen, schaffen.

Substanzkonsum

Die EMIS 2017-Ergebnisse zeigen, dass Alkohol die von schwulen und anderen MSM am häufigsten konsumierte Droge ist, wobei der Konsum mit dem Alter ansteigt. Problematischer Alkoholkonsum ist mit mehr Outness und mit depressiven Verstimmungen assoziiert. Problematischer Substanzkonsum konzentriert sich in den mittleren Altersgruppen, in den Großstädten und unter Männern mit HIV.

Chemsex findet zum Großteil in Großstädten statt, und zwar sowohl privat als auch auf Sexpartys und an schwulen Orten sexueller Begegnung. Trotzdem finden die meisten Chemsex-Anlässe zu zweit statt. Gesundheitlich relevant sind Hepatitis C-Übertragung bei der gemeinsamen Benutzung von Sex-Toys sowie HIV- und Hepatitis-Übertragungsrisiken, die mit dem Teilen von Injektionsutensilien einhergehen.

Die Ergebnisse weisen weiterhin auf differenzierte Bedarfe unter jungen, HIV-positiven Männern, auf Männer, die für Sex bezahlt werden, und Männer in Großstädten hin. Der Konsum von Alkohol, der Konsum mehrerer Substanzen und der Konsum im sexualisierten Kontext (Chemsex) sind eigenständige Themen, aber auch Überschneidungen sind für die Praxis von Bedeutung. Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass trotz häufigen problematischen Konsums nur wenige der Befragten diesen im Gesundheitskontext thematisiert oder gezielt Hilfe gesucht haben.

Ergänzende Erkenntnisse: Die Schlussfolgerungen der SMHA 2013-Studie¹⁸ deuten auf Wechselbeziehungen zwischen Substanzkonsum, psychischem Wohlbefin-

18 Drewes und Kruspe 2016

den, Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt, internalisierter Homonegativität und dem Schutzverhalten hin. Sie decken sich mit dem Konzept der syndemischen Produktion gesundheitlicher Probleme unter Minderheitenstress. Insbesondere weist die Studie darauf hin, dass der Substanzkonsum mit dem psychischen Wohlbefinden zusammenhängt.

Die Studie *Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany*¹⁹ fand erhöhte Raten von Depressionen, Angstzuständen und psychosomatischen Beschwerden unter Männern, die Chemsex praktizieren, und dass spezielle Hilfsangebote rar sind. Die Autor*innen weisen darauf hin, dass Chemsex-Teilnehmende fürchten, von Hilfsangeboten nicht verstanden zu werden. Sie fordern spezifische, auf Chemsex zugeschnittene Angebote, die nicht prinzipiell auf Abstinenz, sondern auf Schadensminderung abzielen. Integrative Ansätze, die professionelle Hilfen mit Peer-Unterstützung kombinieren, halten sie für besonders vielversprechend. Außerdem weisen sie auf den Schulungsbedarf des (medizinischen) Personals in Angeboten zur sexuellen Gesundheit hin.

Obwohl Chemsex von einer Minderheit praktiziert und zum Großteil als unproblematischer Konsum einzuordnen ist, spiegelt der Chemsex-Komplex einen Mikrokosmos der syndemischen Wechselwirkungen der Minderheitenstressoren wider, denen schwule und andere MSM ausgesetzt sind. Hier gibt es Versorgungslücken, die durch Unkenntnis dieser Zusammenhänge und die Abstinenzernwartung bei herkömmlichen Beratungsstellen sowie den Mangel an subkulturellen Unterstützungssystemen bedingt sind.²⁰

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: In Großstädten gibt es örtlich geleitete, von der DAH zentral unterstützte {quapsss }²¹ Selbsthilfe-Gruppen zum Thema Chemsex sowie – sehr vereinzelt – Angebote für schwule und andere MSM bzw. LSBTIQ* zu Alkohol und anderen Formen des Substanzkonsums. Safer Use-Informationen sind flächendeckend über die Aidshilfen zugänglich. Bis auf wenige Ausnahmen zeichnet sich die Versorgungslandschaft durch unterschiedliche Ansätze aus, und zwar Abstinenzernwartung in der Drogenhilfe versus Entstigmatisierung/Selbstbestimmung in der MSM-Beratung. Einrichtungen der Drogenhilfe erschweren den Zugang für eine neutrale Selbstreflexion des eigenen Konsums, während problematischer Substanzkonsum (nicht nur im Chemsex-Kontext, und einschl. Alkohol) von Aidshilfen und LSBTIQ*-Communitystrukturen generell nicht explizit wird.

Vielversprechende Ansätze und Good Practice-Beispiele: Konsumcheck, eine Kooperation der Aidshilfe Düsseldorf und der Düsseldorfer Drogenhilfe, bietet eine Möglichkeit, den eigenen Gebrauch von Substanzen anonym zu reflektieren und

19 Bohn et al. 2020

20 Sander 2021

21 <https://www.aidshilfe.de/quapsss-projektbeschreibung>

von einer Fachkraft einschätzen zu lassen. Allerdings stellen Fachkräfte die Reichweite und Nutzung dieses regionalen Angebots in Frage.²²

Im angloamerikanischen Kulturraum wird Substanzgebrauch auf den Webseiten der HIV- und LSBTIQ*-Communityorganisationen deutlich offener thematisiert. Dabei wird explizit zwischen unproblematischem und problematischem Gebrauch unterschieden. Auch die Ursachen des problematischen Substanzgebrauchs (z. B. Diskriminierungserfahrungen und Minderheitenstress bei LSBTIQ*-Personen) werden offen kommuniziert.

Angebote reichen von speziellen LSBTIQ*-Gruppen auf der Basis herkömmlicher Ansätze (z. B. Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous) bis zu umfassenden Programmen, die schwule und MSM- bzw. LSBTIQ*-spezifische Beratungs- und Gruppenangebote mit Weiterbildungsinitiativen und Weiterverweisung in Kooperationsverbänden mit Suchtberatungsstellen koordinieren.

Handlungsempfehlungen

Ähnlich wie beim psychischen Wohlbefinden fehlen auch zum Thema Substanzgebrauch unter schwulen und anderen MSM klare, konsensbasierte Präventionsbotschaften. Um dies zu erreichen, müssen Botschaften – ohne alle Formen des Substanzgebrauchs pauschal zu problematisieren – über Risiken informieren, aber auch darüber, wie ein sicherer Konsum im Hinblick auf die körperliche und psychische Gesundheit gelingen kann. Außerdem müssen die Botschaften und weitere Angebote zielgruppenspezifisch differenziert werden.

Enttabuisierung

Um Tabus und Selbstbeschuldigungstendenzen zu brechen, ist es wichtig, dass schwule Präventionsprojekte (und LSBTIQ*-Angebote; z. B. Kulturzentren) partizipativ und konsensbasiert über die konkreten Themen wie Partydrogen/Chemsex hinaus unterstützende, enttabuisierende, ergebnisoffene Haltungs- und Präventionsbotschaften zum Thema Substanzkonsum/Selbstmedikation entwickeln, auch in Kombination mit Themen der psychischen Gesundheit.

22 FAK Schwule Prävention der DAH, März 2021

Versorgungspfade

Es ist wichtig, dass Kampagnen (z. B. IWWIT, Herzenslust) für und mit schwulen und anderen MSM diese Botschaften dauerhaft in ihre Angebote integrieren und Versorgungspfade zu Angeboten der Alkohol- und Drogenhilfe aufzeigen. Dazu können Aidshilfen und LSBTIQ*-Angebote gemeinsam Beratungs- und Behandlungskonzepte entwickeln, Pilotprojekte durchführen und Leitlinien/Schulungsmodulare für die Beratungspraxis erstellen. Parallel können in Kooperation mit relevanten LSBTIQ*-und Suchtberatungseinrichtungen Leitlinien und Schulungsmaterialien für eine zielgruppensensible Ansprache von Angeboten der Alkohol- und Drogenhilfe entwickelt werden. Dabei müssen unterschiedliche Haltungen und Ansätze in der Weiterverweisung angesprochen und die Versorgungspfade entsprechend differenziert werden.

Themen:

- Selbstreflexion, z. B. „Wo beginnt (für mich) problematischer Alkoholkonsum?“

Zielgruppen:

- Jüngere Männer
- Männer mit Depression und Alkoholabhängigkeit

Präventionsbedarfe

Die Präventionsbedarfe von schwulen und anderen MSM sind ein jeweils niedrigschwelliger Zugang zu Kondomen, HIV/STI-Tests, Hepatitis A/B-Impfung, PrEP-Verschreibung und -Begleitung sowie PEP.

Je nach Bundesland geben ein Fünftel bis ein Drittel der Teilnehmenden ungeschützten Analverkehr aus Ermangelung von Kondomen an.

Männer mit höherem HIV/STI-Risiko testen auch häufiger. Dennoch bleiben die HIV/STI-Testraten weiter ausbaufähig, besonders unter Männern aus kleinen Gemeinden und jüngeren Männern. Auch für Männer mit weniger Sexpartnern ist die Kenntnis des eigenen Status Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit und

effektives Schutzverhalten. Fast die Hälfte der getesteten Teilnehmenden erhielt den Test in einer ärztlichen Praxis, ein weiteres Drittel beim Gesundheitsamt oder Checkpoint. Nur sehr wenigen wurde von Gesundheitsdiensten ein Testangebot gemacht, d. h. die allermeisten Tests sind nicht ärztlich initiiert.

Schwule und andere MSM, deren Behandelnde nicht über ihre sexuellen Kontakte zu anderen Männern Bescheid wissen, erhalten seltener ein STI-Screening und einen niedrigeren Hepatitis A/B-Impfstatus. Besonders in der jüngsten Teilnehmendengruppe sowie bei Männern in ländlichen Gebieten und aus Osteuropa, dem Mittleren Osten und Afrika sind die Hepatitis-Impfraten niedrig.

Die Häufigkeit der von den Studienteilnehmenden berichteten STI-Diagnosen wie Hepatitis C, Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien und Feigwarzen ist mit steigender Wohnortgröße assoziiert und auf die Zielgenauigkeit der dort etablierten Untersuchungsroutinen zurückzuführen. Männer mit HIV-Diagnose und Männer in Großstädten erhalten öfter ein umfassendes STI-Screening. In zielgruppenspezifischen Angeboten (Schwerpunktpraxen, Checkpoints, Vor-Ort-Testung) beinhalten STI-Screeningangebote eher auch einen Analabstrich und die Inspektion der Genital- und Analregion.

Nur ein kleiner Teil hat ein Behandler*innen-initiiertes Testangebot nicht wahrgenommen, und mehr als ein Drittel weiß nicht bzw. ist unsicher, wo sie sich testen lassen können. Die Kenntnis der Ärzt*innen bzw. Berater*innen davon, dass der Patient Sex mit Männern hat, erhöht außerdem die Wahrscheinlichkeit von Partnerbenachrichtigungen.

Jemals eine PEP ersucht haben 5 % der Teilnehmenden, allerdings haben ein Drittel von diesen daraufhin keine PEP erhalten, was auf Lücken in der PEP-Kaskade hindeutet.

Ergänzende Erkenntnisse: Auch die SMHA 2013-Studie²³ stellt fest, dass sich nur ein Drittel der nicht-positiven Teilnehmenden jährlich auf HIV testen lässt, und dass vor allem jüngere Männer ungetestet oder schon lange nicht mehr getestet sind. Als Barrieren für HIV-Tests führt sie eine höhere internalisierte Homonegativität, die Einschätzung des eigenen Risikos als gering sowie eine deutliche Angst vor einem positiven Ergebnis – also HIV-Stigma – an. Die Kosten für den Test oder Zugangsschwierigkeiten zeigten sich in dieser Studie als kaum relevant.

Bei STI-Tests ergab die Studie, dass Bluttests dominieren und Urintests bzw. Abstriche seltener durchgeführt werden. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass für schwule und andere MSM die*der eigene Ärzt*in die meistgenutzte Informationsquelle zu HIV/STI ist.

Im Studienbericht *Queeres Brandenburg*²⁴ gaben über 90 Prozent der befragten Personen an, dass ihnen im Behandlungskontext mit Respekt begegnet wurde – allerdings fühlten sich weniger als die Hälfte bei Anliegen zur sexuellen Orientierung kompetent informiert und beraten. Sander (2021) betont die Qualifizierung von medizinischem Personal zu den beschriebenen Problematiken und Ansätzen in der Anamnese, Behandlung und Versorgung als wesentlichen Faktor in der gesundheitlichen Versorgung von schwulen und anderen MSM.

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: Kondome sind im Einzelhandel und online ohne wesentliche Barrieren und zu erschwinglichen Preisen erhältlich. Kostenlose Kondome in Form von Cruising-Packs werden weiterhin verteilt, wobei dabei die Sicherstellung der Versorgung mit Kondomen nicht unbedingt im Mittelpunkt steht, da die Packs eine zusätzliche Funktion als Träger von Präventionsbotschaften und Außendarstellung der Präventionsangebote haben.²⁵ Interne Kondome sind weniger verbreitet, aber in Apotheken und im Internet erhältlich.

HIV/STI-Testangebote, auch außerhalb der klinischen Praxis, sind prinzipiell flächendeckend vorhanden. Sie existieren in sehr unterschiedlichen Strukturen – vom örtlichen Gesundheitsamt über den schwulen Checkpoint zu den mehr oder weniger häufigen Testangeboten oder -aktionen der lokalen Aidshilfe. Die Angebote unterscheiden sich in ihrer Zielgruppenspezifität: Manche zeigen keinerlei zielgruppenorientierte Ansprache von schwulen und anderen MSM, während andere sich klar an diese Gruppe wenden. Die Testangebote der Aidshilfen reichen vom begleiteten HIV-Selbsttest als einzige Option bis zum speziell auf schwule und andere MSM zugeschnittenen HIV/STI-Check-up. Öffnungszeiten und Kosten variieren je nach Wohnortgröße und Kapazitäten stark. Das S.A.M. Einsendetest-Abonnement ist prinzipiell flächendeckend verfügbar, wobei Präventionsakteur*innen die Niedrigschwelligkeit bezweifeln²⁶. Neue Abonnenten müssen eine der Erstberatungsstellen aufsuchen.

Ärztlich initiierte Testangebote werden durch die „Let’s talk about Sex“-Fortbildungsangebote der Deutschen Aidshilfe und die Ansprache der Hausärzt*innen im Rahmen der „Kein AIDS für Alle“-Kampagne gefördert.

Impfungen gegen Hepatitis A/B sind in allgemeinärztlichen Praxen erhältlich und die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt bei sexuellen Risiken die Kosten.

24 *Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Queeres Brandenburg, Ergebnisse der Online-Befragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ* in Brandenburg (2018)*

25 *Ausnahmen sind laut Präventionsfachkräften stark religiös-konservativ geprägte Gebiete, in denen sowohl freier Kondomverkauf als auch Kondomverteilung durch Präventionsprojekte behindert werden.*

26 *FAK Schwule Prävention der DAH, März 2021*

Dies setzt voraus, dass schwule und andere MSM dies wissen sowie Angaben über ihr Sexualverhalten machen, und auch, dass die betreffenden Ärzt*innen entsprechend informiert sind.

Entsprechend geschulte Ärzt*innen – im Allgemeinen in HIV-Schwerpunktpraxen – können die PrEP verschreiben. Bei entsprechenden sexuellen Risiken übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten. Listen der Schwerpunktpraxen und von Nutzern empfohlenen PrEP-verschreibenden Ärzt*innen sind im Internet verfügbar.

Vielversprechende Ansätze und Good Practice-Beispiele: Für die Einrichtung zielgruppenspezifischer schwuler/MSM-Checkpoints gibt es ein auf europäischer Ebene entwickeltes Online-Toolkit für die Planung, Umsetzung und Qualitätssicherung (<http://msm-checkpoints.eu/content/de/>).

Ganzheitlichere Konzepte für eine gesundheitliche Versorgung von MSM sind in einigen schwulen Metropolen in Europa entstanden, z. B. Checkpoint Zürich (<https://www.cpzh.ch/>), Dean Street in London (<https://dean.st/>) und BCN Checkpoint in Barcelona (<https://www.bcncheckpoint.com/bcn-checkpoint/?lang=en>).

Die DAH hat ein Fortbildungsprogramm und Qualitätssiegel für HIV+/LSBTIQ*-freundliche ärztliche Praxen entwickelt (<https://www.praxis-vielfalt.de/>), u. a. mit dem Ziel, Sexualanamnesen und die entsprechende gesundheitliche Versorgung zu fördern.

In Australien hat die STI Gay Men's Action Group (STIGMA) STI/HIV-Testrichtlinien für MSM in einem niedrigschwelligen, zweiseitigen Steckbriefformat für die (allgemeinmedizinische) ärztliche Praxis entwickelt (<https://stipu.nsw.gov.au/stigma/stihiv-testing-guidelines-for-msm/>). Sie sind von den dortigen ärztlichen Fachgesellschaften²⁷ bestätigt bzw. anerkannt und die neueste Version (2019) verweist auch auf PrEP-Leitlinien.²⁸

27 Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, Australasian Sexual Health Alliance, Royal Australian College of Physicians, Royal Australian College of General Practitioners

28 Die universelle australische Krankenversicherung Medicare übernimmt bei entsprechenden persönlichen Risiken die Kosten der Tests.

Handlungsempfehlungen

Kondome für alle

Es ist wichtig, dass örtliche Präventionsakteur*innen wie Aidshilfen, schwule Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Angebote dazu beitragen, dass alle MSM einen niedrighschwelligigen Zugang zu Kondomen haben. Um ein gleichwertiges Angebot an Trans*-Männer zu machen, müssen Zugänge für das interne Kondom („Femidom“) erweitert werden.

HIV-Stigma bekämpfen

Es ist wichtig, dass Aidshilfen, schwule Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Angebote gezielte Strategien und Botschaften zum Abbau von HIV-Stigma in der schwulen Community entwickeln – als Selbstverständlichkeit, nicht nur weil durch Entstigmatisierung auch HIV-Testängste abgebaut werden können.

Flächendeckende niedrighschwellige Testangebote

Niedrighschwellige Angebote zur sexuellen Gesundheit für schwule und andere MSM (bzw. LSBTIQ*-Personen), z. B. Praxis Vielfalt und Checkpoints, sowie zusätzliche Testmöglichkeiten wie Selbst- und Einsendetests müssen flächendeckend verfügbar sein. Dazu müssen die persönlichen Faktoren, die das Testverhalten beeinflussen, partizipativ untersucht und berücksichtigt werden. Auch die bisherige Implementierung von Heim- und Einsendetests könnte dabei evaluiert und eine gemeinsame Strategie zur Schließung der Versorgungslücken für den niedrighschwelligigen Zugang zu HIV/STI-Tests in ländlichen Gebieten entwickelt werden.

*Behandler*innen-initiierte Testangebote als Teil ganzheitlicher Primärversorgung*

In klinischen Settings können schwule und andere MSM angesprochen werden, die selbst kein Testangebot aufsuchen. Gleichzeitig können PrEP-Bedarfe erkannt sowie Hepatitis A/B-Impflücken geschlossen werden. Der Ausbau der Angebote in klinischen Settings erfordert ärztliches Engagement sowie die aktive Kommunikation einer nicht-wertenden, sex-positiven, schwulen- und MSM-freundlichen Haltung. Diese fördert Offenheit gegenüber

Ärzt*innen und damit eine gezielte Sexualanamnese. Im Sinne einer ganzheitlichen Primärversorgung muss hier auch die psychosoziale Gesundheit berücksichtigt werden.

Umsetzungsschritte:

- Fördergeber*innen, Krankenkassenverbände und medizinische Fachgesellschaften fördern die flächendeckende Verbreitung des Praxis Vielfalt Gütesiegels der DAH, mit besonderem Augenmerk auf den Zugang zur PrEP.
- Aidshilfen, schwule Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Angebote ermutigen schwule und andere MSM, sich Hausärzt*innen zu suchen, bei denen sie sich outen können, und eine zielgruppenorientierte Anamnese und Versorgung nachzufragen.
- Die Aidshilfen, schwulen Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Angebote entwickeln in Kooperation mit medizinischen Fachgesellschaften niedrigschwellige, praxisorientierte Leitlinien für die Allgemeinmedizin zur zielgruppenorientierten Anamnese und Primärversorgung bei schwulen und anderen MSM, einschließlich HIV/STI-Testung, Hepatitis A/B-Impfschutz, PrEP-Empfehlung und psychosoziale Gesundheit.

Querschnittsthemen

Die Auswertung der Daten der EMIS2017-Erhebung bestätigt die strukturellen Benachteiligungen von Minderheiten innerhalb der Zielgruppe schwule und andere MSM, z. B. bei MSM* mit Migrationshintergrund aus Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen. Alle Handlungsempfehlungen müssen deshalb Diversität und Zugangsbarrieren für solche intersektionalen Faktoren berücksichtigen. Dazu zählen Zugehörigkeiten und biografische Hintergründe wie Black, Indigenous and People of Colour (BIPoC), sprachlicher und kultureller Hintergrund sowie Migrationserfahrung, trans* und abinäre geschlechtliche Identitäten, Sexarbeit, Bildungszugang, Einkommen, Wohnortgröße, Behinderung und Alter.

Die hier näher behandelten Querschnittsthemen ergeben sich aus wiederkehrenden Unterschieden zwischen den Angaben der Teilnehmenden aus Großstädten

bzw. ländlichen Gebieten, sowie beim Faktor Outness, der sowohl mit der Anbindung an Communitystrukturen wie (erlebten oder befürchteten) Diskriminierungserfahrungen verbunden ist. Ein weiteres Querschnittsthema sind Kooperationen, besonders im Hinblick auf Überschneidungen der Versorgungsstrukturen zu HIV/STI, Sexualität, Substanzkonsum und psychische Gesundheit. In den Handlungsempfehlungen für diese Querschnittsthemen erscheinen wiederholt Qualitätssicherung und -Entwicklung der Angebote sowie eine stärkere Berücksichtigung der Nutzer*innenperspektive.

Stadt/Land-Unterschiede

Die Studienergebnisse bestätigen, dass offen schwule Männer oftmals (nach Abschluss der Ausbildung) aus ländlichen Regionen in die Großstädte ziehen. Auch die Mehrheit der schwulen und anderen MSM, die mit HIV leben, wohnt in Metropolen oder größeren Städten. Unabhängig vom Wohnort lernen Teilnehmende nicht feste Partner meist über Dating-Apps und Internetplattformen kennen.

Schwule und andere MSM aus kleineren Orten sind sexuell unzufriedener, öfter ungetestet, weniger erreicht und weniger informiert. Die Hepatitis A/B-Impfquoten sind bei diesen Männern geringer. Im Gegensatz dazu berichten schwule und andere MSM aus größeren Städten mehr Sexpartner, mehr Sex mit Partnern mit unbekanntem Status (darunter auch vermehrt ungeschützter Analverkehr), mehr HIV/STI-Diagnosen, eher einen problematischen Substanzkonsum und mehr homosexuellenfeindliche Angriffe.

Ergänzende Erkenntnisse: In bundeslandspezifischen LSBTIQ*-Befragungen wohnen mehr Teilnehmende* in Städten. In Brandenburg berichteten 41 % der Schwulen und ungefähr ein Drittel der Bisexuellen von negativen Erfahrungen wie Benachteiligung, Ablehnung oder Ausgrenzung. Die Orte, an denen die Teilnehmenden Diskriminierung erfahren haben, sind die Familie, die Öffentlichkeit, Freizeiteinrichtungen und die Schule.²⁹ In Rheinland-Pfalz fanden drei Viertel der Teilnehmenden aus Gemeinden mit weniger als 50.000 Einwohner*innen keine LSBTIQ*-Communityangebote in ihrer Nähe.³⁰

LSBTIQ*-orientierte Beratungsangebote sind eine wichtige Ressource. Die regionalen Unterschiede in ihrer Erreichbarkeit tragen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei.³¹ Die SMHA 2013-Studie³² berichtet, dass internalisierte Homonegativität unter Teilnehmenden aus kleineren Orten stärker ausgeprägt ist.

29 Studienbericht Queeres Brandenburg 2017, N=314

30 Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen 2015, N=592

31 Pöge et al. 2020

32 Drewes und Kruspe 2016

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: LSBTIQ*-Kooperationsverbände existieren in allen Bundesländern, wobei der Umfang und die Reichweite ihrer Angebote regional und örtlich stark variiert. In vielen Ländern bestehen auch regelmäßige Runde Tische bzw. Gremien unter Leitung bzw. Beteiligung öffentlicher Stellen mit Verantwortung für Vielfalt, Integration bzw. Antidiskriminierung.

LSBTIQ*-Communitystrukturen verweisen Personen mit Beratungs- und Unterstützungsbedarf an geeignete Angebote weiter. Am häufigsten vertreten sind Coming-out-Gruppen, politisch-aktivistische Initiativen, Peer-Beratungsangebote, Hilfen bei Diskriminierung, Stammtische und Freizeitaktivitäten. Teilweise bestehen Kooperationen mit Aidshilfen zu Arbeitsteilung und gegenseitiger Weiterverweisung.

Handlungsempfehlungen

Kartieren, Lücken schließen und Weiterverweisung

Um jüngere Männer und Männer in ländlichen Gebieten besser zu erreichen, müssen der Zugang zu Angeboten erleichtert bzw. die Angebotsstrukturen verbessert werden.

Unterstützung und Förderung für, sowie enge Zusammenarbeit mit LSBTIQ*-Angeboten in Kombination mit einer regelmäßigen Auswertung ihrer Reichweite, Nutzungsraten und der Beratungsinhalte kann die flächendeckende Versorgung sicherstellen, besonders außerhalb der größeren Städte.

Umsetzungsschritte:

- Die Aidshilfen und schwulen Präventionsprojekte, in Kooperation mit LSBTIQ*-Communityangeboten, kartieren die Angebotsdichte in ihren regionalen Einzugsgebieten.
- Sie arbeiten gemeinsam daran, Lücken zu schließen und die gegenseitige Weiterverweisung zu optimieren.
- Sie sammeln auf regionaler Ebene Daten zu Reichweite, Nutzung und Inhalten der Beratungsangebote, werten sie gemeinsam regelmäßig aus und passen die Angebote entsprechend an.

Zugehörigkeitsgefühl und Community

Die EMIS-Teilnehmenden sind überwiegend offen schwul lebende Männer mit einem guten Bildungszugang. Teilnehmende mit geringerem Bildungszugang bezeichnen sich öfter als bisexuell und fühlen sich öfters zu Männern und Frauen sowie abinären Menschen hingezogen. Bei vielen von ihnen weiß niemand im sozialen Umfeld von ihrer nicht-heterosexuellen Orientierung.

Ergänzende Erkenntnisse: Soziale Unterstützung und geringe verinnerlichte Homonegativität sind wichtige Gesundheitsfaktoren. Wissen zu Gesundheits- und Präventionsthemen ist ein positiver Effekt des Anschlusses an schwule und LSBTIQ*-Communitystrukturen.

Jüngere Teilnehmende und Teilnehmende mit einem höheren sozioökonomischen Status der SMHA 2013-Studie³³ nutzen Orte der schwulen Szene häufiger. Mehr Outness ist mit weniger internalisierter Homonegativität sowie mehr Offenheit gegenüber der*dem Hausarzt*in assoziiert.

Die Studie Coming-out – und dann?! des Deutschen Jugendinstituts (DJI)³⁴ stellt fest, dass es für LSBTIQ*-Jugendliche entscheidend ist, über ihre Gefühle sprechen zu können, z. B. durch Kontakt mit anderen LSBTIQ*-Jugendlichen und -Erwachsenen. Entlastend wirken sich Sichtbarkeit und Informationen zu LSBTIQ*-Themen im Internet aus, sowie das eigene Engagement. Viele arrangieren sich bestmöglich, sprechen lange Zeit mit niemandem über ihre wahren Gefühle, zeigen ihre Orientierung bzw. Identität nicht in der Öffentlichkeit und vermeiden so die befürchtete Ablehnung. Sie unterdrücken aktiv ihr eigenes Erleben und handeln nicht nach ihren tatsächlichen sexuellen und/oder geschlechtlichen Empfindungen. Die Jugendlichen erleben die Zeit ihres inneren und äußeren Coming-outs ambivalent und als belastend. Diskriminierungserfahrungen sind bei jüngeren und Teilnehmenden mit niedrigerem Bildungsabschluss am häufigsten.

Die Befragung Queeres Brandenburg³⁵ ergab, dass LSBTIQ*-Personen Coming-out-Beratung, Beratung in Fällen von Benachteiligung, Ablehnung und Ausgrenzung sowie Rechtsberatung sehr wichtig sind. In einer ähnlichen Befragung in Baden-Württemberg³⁶ hielten die Teilnehmenden Beratungsangebote bei Diskriminierungen und Coming-out-Beratungen für bedeutsam.

Rein schwule Räume sind innerhalb von LSBTIQ*-Communitystrukturen seltener geworden. Es stellt sich die Frage, ob schwul identifizierte Personen in diesen Räumen das Zugehörigkeitsgefühl entwickeln können, das sowohl ihren persönlichen

³³ Drewes und Kruspe 2016

³⁴ Krell et al. 2015

³⁵ Studienbericht Queeres Brandenburg 2018

³⁶ Onlinebefragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ-Menschen in Baden-Württemberg 2014

Bedarfen wie Anschluss und Partnersuche gerecht wird, als auch Offenheit und Hilfesuche zur sexuellen Gesundheit fördert.³⁷

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: Die Deutsche Aidshilfe betreibt bzw. verweist auf Online-Verzeichnisse von Aidshilfen, HIV-Schwerpunktpraxen und Testangebote.

Laut der DJI-Studie befinden sich die wenigen Freizeit- und Beratungsangebote für LSBTIQ*-Jugendliche meist in Großstädten, sie sind überwiegend ehrenamtlich organisiert und nicht durch öffentliche Mittel gefördert. Dies beeinträchtigt Nachhaltigkeit und bedingt die Kurzlebigkeit z. B. mancher LSBTIQ*-Jugendgruppen. Obwohl jüngere, in ländlichen Regionen lebende und Teilnehmende, die wenige oder keine LSBTIQ*-Freund*innen haben, am wenigsten informiert sind, kennt insgesamt die Mehrheit der Teilnehmenden solche Angebote. Im Gegensatz dazu werden sie aber wenig genutzt. Als Gründe geben Teilnehmende an, dass sie unsicher sind, was sie dort erwartet, bzw. dass die Angebote von ihrem Wohnort aus nicht erreichbar sind. Auch Präventionsakteur*innen berichten, dass schwule Communitystrukturen sowie daran anknüpfende Angebotsstrukturen außerhalb von Großstädten oftmals nicht vorhanden sind.

Vielversprechende Ansätze und Good Practice-Beispiele: Das Regenbogenportal des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (<https://www.regenbogenportal.de/>) stellt Informationen, Literatur sowie Materialien für Fachkräfte zur Verfügung und bietet eine Suchfunktion nach Postleitzahl an. Allerdings ist für Nutzer*innen nicht ersichtlich, ob und wie die gelisteten Angebote qualitätsgesichert sind. Ein direktes Beratungsangebot ist nicht integriert.

Die LGBT+ Switchboard Telefonberatung in Großbritannien (<https://switchboard.lgbt/>) bietet eine tägliche (10:00 Uhr bis 22:00) nationale Telefonberatung unter einer einheitlichen Nummer sowie Chat und Emailberatung an. Ihre Internetseite ist einfach und übersichtlich gestaltet – sie präsentiert sich deutlich als Anknüpfungspunkt für Erstkontakte.

Switchboard in Victoria, Australien (<https://www.switchboard.org.au/>) ist ein weiteres Beispiel für ein klar strukturiertes Online-Portal, das außerdem psychosoziale Themen wie Suizidprävention und soziale Isolation direkt anspricht und entsprechende Angebote macht.

³⁷ Sander, persönl. Komm. März 2021

Handlungsempfehlungen

1. Gruppenzugehörigkeits- und Gemeinschaftsgefühl fördern

Auch die Prävention muss über die Vorteile eines positiven Community-gefühls aufklären und es in Kooperation mit LSBTIQ*-Communitystrukturen ermöglichen.

Umsetzungsschritte:

- Die Aidshilfen und schwulen Präventionsprojekte integrieren Gruppenzugehörigkeit und Gemeinschaftsgefühl in ihre Ansätze und thematisieren sie in ihren Botschaften.
- Sie initiieren bzw. unterstützen partizipativ sinnstiftende Projekte an der Basis der schwulen Community, besonders für jüngere Männer, Männer in ländlichen Regionen und Männer mit geringerem Bildungszugang.

2. Angebote kollaborativ weiterentwickeln

Versorgungslücken, besonders im ländlichen Raum, müssen geschlossen werden. Da auch Communitystrukturen per se keine diskriminierungsfreien Räume sind, ist auch die Qualitätssicherung von Anlaufstellen für Erstkontakte von großer Bedeutung.

Umsetzungsschritte:

- LSBTIQ*-Verbände und die DAH organisieren ein bundesweites Treffen zum Austausch von Ansätzen guter Praxis für die landesweite und regionale Koordination und Qualitätssicherung ihrer Angebote und entwickeln Strategien, um derzeit noch benachteiligte Gebiete oder Gruppen zu erreichen.
- Die Präventionsakteur*innen nutzen innovative digitale Zugänge, um LSBTIQ* Informations-, Beratungs- und Weiterverweisungsangebote zielgruppenorientiert zugänglich zu machen (soziale Medien, Podcast, Beratung über Kurznachrichtendienste).
- Internetplattformen bündeln bestehende Beratungs- und Freizeitangebote und halten die wichtigsten rechtlichen, psychosozialen und Gesundheitsinformationen bereit.

- Die Aidshilfen, schwule Präventionsprojekte und LSBTIQ*-Angebote überprüfen die Darstellung des Coming-out-Prozesses in ihren Informations-, Beratungs- und Gruppenangeboten und stellen sicher, dass sie vielfältige und auch nicht-idealtypische Rollenmodelle und Narrative widerspiegeln.

3. Qualitätsgesicherte Angebote leicht auffindbar machen

Ein bundesweites Angebotsverzeichnis kann diese zentrale Clearinghouse-Funktion erfüllen. Es muss durch Abstimmung unter den betreibenden Organisationen (Öffentliche Stellen, Aidshilfe, medizinische Fachgesellschaften, LSBTIQ*-Verbände, Praxis Vielfalt) erstellt und aktualisiert werden. Idealerweise erhält es eine eigene Markenidentität, die auch als Qualitätssiegel für die verzeichneten Angebote dient.

Umsetzungsschritte:

- Die Präventionsakteur*innen leiten eine bundesweite Koordination der online verfügbaren LSBTIQ* Informations-, Beratungs- und Weiterverweisungsangebote ein und fordern die Finanzierung und Einrichtung bzw. den Ausbau einer einheitlichen, qualitätsgesicherten Online-Anlaufstelle inklusive Kommunikationsstrategie.
- Die öffentliche Hand fördert nachhaltig die Einrichtung bzw. den Ausbau sowie die Qualitätssicherung und Bewerbung einer bundesweiten Online-Anlaufstelle für LSBTIQ*-Personen vor, während und nach dem Coming-out („Switchboard“-Konzept).
- Die Verbände koordinieren und verlinken bundesweite Angebotsverzeichnisse mit diesem Switchboard und überarbeiten sie unter Kriterien der Niedrigschwelligkeit und Nutzendenfreundlichkeit. Die betreibenden Verbände sichern gemeinsam regelmäßig die Qualität und Koordination.

Gesellschaftliche Akzeptanz

Ein Drittel der EMIS 2017-Teilnehmenden bezeichnen sich als sehr gut sozial integriert und mehr als die Hälfte geben an, dass sie auf eine verlässliche Unterstützung zählen können. Nur wenige berichten starke Gefühle von Nicht-Akzeptanz und Abwertung.

Andererseits bezeichnen sich etwas weniger als die Hälfte als gut sozial integriert, und ein Drittel hat im letzten Jahr eine homosexuellenfeindliche Ausgrenzungs- bzw. Missbrauchserfahrung gemacht. Berichte von Gewalterfahrungen sind in größeren Wohnorten häufiger, insbesondere bei MSM*, die out sind.

Ergänzende Erkenntnisse: In den Ergebnissen der SMHA 2013-Studie³⁸ steigen Outness und Akzeptanz – z. B. in der Familie – mit dem sozioökonomischen Status. Besonders jüngere Teilnehmende berichten Gewalterfahrungen. Diese wirken sich negativ auf ihr psychisches Wohlbefinden aus. Die gesellschaftliche Abwertung der Homosexualität beeinflusst auch das HIV-Testverhalten: Schwule und andere MSM mit hoher internalisierter Homonegativität, die ihre Homosexualität geheim halten, sind auch in dieser Studie häufiger ungetestet und seltener aktuell auf HIV getestet.

Gewalt gegen homosexuelle Männer ist an ihre Sichtbarkeit geknüpft: Je offener sie mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen, desto angreifbarer machen sie sich für Diskriminierung.³⁹

Eine Metaanalyse zur gesundheitlichen Lage von LSBTIQ*-Personen⁴⁰ betont, dass sich ein akzeptierendes und unterstützendes soziales Umfeld gesundheitsfördernd auswirkt.

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: LSBTIQ*-Antidiskriminierungskampagnen sind in Deutschland die Ausnahme (z. B. Erfolg durch Vielfalt und Zusammenhalt des Bündnisses gegen Homophobie in Berlin von 2018 und die Aktion #Ihr könnt auf uns zählen der Fußballer*innen von 2021). Außerhalb jeweils aktueller Gesetzesreformen wie der Abschaffung des § 175 und der Ehe für Alle gab es in Deutschland bisher keine gesamtgesellschaftliche Sichtbarkeit oder bundesweite staatlich geförderte Aufklärungskampagne für Akzeptanz und gegen Diskriminierung von LSBTIQ*-Personen.

Die meisten Aidshilfen, andere Präventionsakteur*innen und LSBTIQ*-Communitystrukturen bieten im Rahmen der Präventionsarbeit für und mit jungen Menschen sexuelle Aufklärung/Bildung in Schulen/Betrieben sowie weiteren Einrichtungen und Netzwerken für junge Menschen an. Diese Angebote sind jedoch darauf angewiesen, von den Bildungseinrichtungen eingeladen zu werden. Ein flächendeckendes und einheitlich qualitätsgesichertes Angebot existiert nicht.

38 Drewes und Kruspe 2016

39 Sander 2016

40 Pöge et al. 2020

Handlungsempfehlungen

1. Ein offenes gesellschaftliches Klima schaffen

Um Minderheitenstress und andere psychische Belastungen zu reduzieren, müssen die Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt, Antistigmatisierung und Antidiskriminierung gestärkt werden. Realistische Darstellungen von LSBTIQ*-Lebenswelten tragen zur Sensibilisierung bei. Ein offenes gesellschaftliches Klima ermöglicht es LSBTIQ*-Personen, im Alltag sichtbarer zu werden.

Umsetzungsschritte:

- Die Präventionsakteur*innen initiieren eine Kooperation mit Verbänden und staatlichen Stellen (z. B. Antidiskriminierungsstellen, Familienministerien etc.) mit dem Ziel, eine bundes- und bevölkerungsweite Kampagne zu LSBTIQ*-Akzeptanz, Antistigmatisierung und Antidiskriminierung durchzuführen.

*Die folgenden ergänzenden Handlungsempfehlungen orientieren sich am Bericht *Coming-out und dann?! des Deutschen Jugendinstituts*.⁴¹*

2. Diskriminierung in Schule, Ausbildung, Hochschule und Arbeit abbauen

Die Behandlung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Unterrichtsmaterialien, im Rahmen von Projekttagen oder Aufklärungsprojekten wie z. B. „LIEBESLEBEN – Das Mitmach-Projekt“ oder „SCHLAU“ führt zu einer Sichtbarkeit und Auseinandersetzung mit diesen Themen. Zusammen mit einer entsprechenden Aus- und Weiterbildung von Lehrer*innen können Schulen und Ausbildungseinrichtungen angenehmere Orte für junge LSBTIQ*-Personen werden. Es bedarf dazu verbindlicher Lehrinhalte in den relevanten Studiengängen und Fortbildungen, und zwar zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt, zur (Anti-)Diskriminierung sowie den psychosozialen Bedarfen von LSBTIQ*-Personen.

41 Krell et al. 2015

Umsetzungsschritte:

3. LSBTIQ*-freundliche Bildungs- und Freizeiteinrichtungen

Trägerorganisationen müssen eine offene Haltung vertreten, diese nach außen hin sichtbar machen und damit für entsprechende Akzeptanz seitens der Besucher*innen sorgen und nach Bedarf weiterverweisen können.

- Bildungs- und Freizeiteinrichtungen stellen jungen Menschen, deren sexuelle bzw. geschlechtliche Identität nicht den heteronormativen Erwartungen entspricht, geschützte Räume mit niedrigschwelligen Zugängen und Kontaktmöglichkeiten (z. B. auch Begleitung durch heterosexuelle Freund*innen) sowie Beratungsangebote und Weiterverweisung bereit.

Kooperationen

Maßnahmen im Kontext eines syndemischen, ganzheitlichen Präventionsansatzes im Hinblick auf die EMIS-Ergebnisse zum Alkoholkonsum, zur psychischen Gesundheit und zu Outness und Diskriminierungserfahrungen erfordern den Ausbau existierender (z. B. mit LSBTIQ*-Communitystrukturen und Schulen) sowie den Aufbau neuer Kooperationen (z. B. mit Akteur*innen im Bereich Sucht, Substanzkonsum, Pflege im Alter).

Programme, die sexuelle Vielfalt valorisieren sowie Risiko- und Krisenkompetenzen vermitteln, müssen entwickelt und weiter ausgebaut werden.⁴² Eine Metaanalyse⁴³ zur gesundheitlichen Lage von LSBTIQ*-Personen stellt fest, dass sie auf der individuellen Ebene Gesundheitsangebote aufgrund erwarteter oder erfahrener Diskriminierungen bzw. mangelnden Fachwissens und Kompetenzen beim medizinischen Personal seltener in Anspruch nehmen oder zeitlich hinauszögern. Sie konstatiert außerdem strukturelle, organisatorische und regionale Zugangsbarrieren.

Bestehende Strukturen und Maßnahmen: Der eingengegte Blick auf gesundheitliche Bedarfe von schwulen und anderen MSM über ihre erhöhte Verwundbarkeit für bestimmte Infektionen sowie die psychosozialen Bedarfe, die LSBTIQ*-Personen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stigmatisierung gemein haben, spiegeln sich in den Förder- und Organisationsstrukturen wider. Fragmentierte und zeitlich be-

⁴² Sander 2016

⁴³ Pöge et al. 2020

grenzte Förderquellen erschweren einen nachhaltigen und ganzheitlichen gesundheitsfördernden Ansatz.

Die aktuelle Angebotslandschaft spiegelt den sprichwörtlichen föderalen Flickenteppich der deutschen Verwaltungsstrukturen wider sowie lokal unterschiedliche historische Entwicklungen der HIV/Aids- und zivilgesellschaftlichen Organisationen, ihre Konflikte und Kooperationen. Die Verwaltungssprache der Förderstrukturen findet ihren Weg in die Außenkommunikation der Angebote und macht sie hochschwellig. Unter der Vielfalt und Komplexität der Angebotslandschaft verbergen sich andererseits guter Wille und vielversprechende Kooperationsansätze.

In ihrem aktuellen Zukunftspapier hat sich die DAH eine flächendeckende Versorgung für alle zum Ziel gesetzt. Auch themenspezifische oder lokale Kooperationen sind ein fester Bestandteil der Präventionsarbeit bei vielen Aidshilfen und anderen Akteur*innen.

Beauftragte in der Verwaltung, landesweite oder kommunale Runde Tische und Aktionspläne zum Thema LSBTIQ*-Gleichstellung gab bzw. gibt es in mehreren Bundesländern. Um strukturelle Veränderungen herbeizuführen und nachhaltig zu verankern, müssen sie langfristig planen (können) und aktiv bleiben.

Handlungsempfehlungen

1. Strukturelle Kooperationen verstetigen

Auf Landesebene und evtl. regional müssen die Gesundheit und das Wohlbefinden von schwulen und anderen MSM (als Teil von LSBTIQ*) bei regelmäßigen Kooperationsgesprächen thematisiert werden können.

Umsetzungsschritte:

- Aidshilfen und schwule Präventionsprojekte kartieren ihre lokale bzw. regionale Angebotslandschaft, sammeln Daten und initiieren, moderieren bzw. verstetigen Kooperationsverbände (z. B. von Antidiskriminierungsbeauftragten und ähnlichen Amtstragenden organisiert „Runde Tische“, Gremien etc.).
- Fördergeber*innen berücksichtigen Aufwand und Kosten dieser Arbeit bei der Finanzierung von Aidshilfen, schwulen Präventionsprojekten, LSBTIQ*-Angeboten und weiteren gesundheitsfördernden Projekten.

2. Qualität sichern

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zu wichtigen Kriterien wie Reichweite, Niedrigschwelligkeit, Ansprache und Inklusion sind in allen Themenbereichen notwendig, um in den Kooperationen Transparenz und Vertrauen aufzubauen.

Umsetzungsschritte:

- Die Kooperationsverbände machen die regelmäßige Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zum festen Bestandteil gemeinsamer Aktivitäten.
- Sie entwickeln Weiterverweisungskonzepte (z. B. „Nabe und Speichen“) als Anlaufstellen sowie Versorgungspfade, die sowohl aus der Nutzenperspektive als auch aus der Angebotsperspektive gut navigierbar sind.

3. Fachübergreifende Kooperation fördern

Die fachübergreifende Arbeit ist notwendig, um den Zusammenhängen zwischen einzelnen Aspekten der Gesundheit und des Wohlbefindens von schwulen und anderen MSM Rechnung zu tragen. Zum Beispiel können Angebote im Bereich Substanzkonsum mit Angeboten im Bereich psychische Gesundheit zusammenarbeiten.

Umsetzungsschritte:

- Die DAH entwickelt Fachinformationen für Personal in Gesundheitsdiensten, die auf wichtige syndemische Zusammenhänge bei schwulen und anderen MSM aufmerksam machen, z. B. Substanzkonsum und psychische Gesundheit oder Outness, Diskriminierung und Testverhalten.

11. SKALEN UND DEFINITIONEN, ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS, LITERATURVERZEICHNIS

11.1. Skalen und Definitionen

11.1.1. Rezenszskala

Antwortmöglichkeiten

- Noch nie
- In den letzten 24 Stunden
- In den letzten 7 Tagen
- In den letzten 4 Wochen
- In den letzten 6 Monaten
- In den letzten 12 Monaten
- In den letzten 5 Jahren
- Vor mehr als 5 Jahren

11.1.2. Stadtgröße

- Metropole: 1.000.000+ Einwohner*innen
- große Stadt: 500.000–999.999 Einwohner*innen
- mittelgroße Stadt: 100.000–499.999 Einwohner*innen
- kleine Stadt: 10.000–99.999 Einwohner*innen
- kleinere Gemeinde: >10.000 Einwohner*innen

11.1.3. Anzahl

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

11.1.4. Bundesländer

- BW Baden-Württemberg
- BY Bayern
- BE Berlin
- BB Brandenburg
- HB Bremen
- HH Hamburg
- HE Hessen
- MV Mecklenburg-Vorpommern
- NI Niedersachsen
- NW Nordrhein-Westfalen
- RP Rheinland-Pfalz
- SL Saarland
- SN Sachsen
- ST Sachsen-Anhalt
- SH Schleswig-Holstein
- TH Thüringen

11.1.5. Städte

- **B** Berlin
- **M** München
- **HH** Hamburg
- **K** Köln
- **F** Frankfurt am Main
- **RR** Ruhr-Region
- **L** Leipzig
- **S** Stuttgart
- **D** Düsseldorf
- **DD** Dresden
- **H** Hannover
- **N** Nürnberg
- **HB** Bremen

11.1.6. Zustimmungsskala

- Stimme gar nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Weder noch
- Stimme eher zu
- Stimme voll zu

11.1.7. Wissensskala

- Das wusste ich bereits
- Darüber war ich mir nicht sicher
- Das wusste ich noch nicht
- Ich verstehe das nicht
- Ich glaube nicht, dass das stimmt

11.2. Abkürzungsverzeichnis

ART	Antiretrovirale Therapie
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
CAGE-4	Fragebogen zur Erhebung von Alkoholkonsum (Akronym als Merkhilfe für 4 Fragen)
CAI	Analverkehr ohne Kondom, condomless anal intercourse
DAH	Deutsche Aidshilfe, e.V.
DDM	Dublin Declaration Monitoring
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäische Seuchenschutzbehörde
EMIS-2017	Europäische MSM-Internetumfrage 2017, European Men who have Sex with Men Internet Survey, 2017
EHIS	European Health Interview Survey (EHIS)2
ESTICOM	Europäische Umfragen und Schulungen zur Verbesserung der Gesundheit der MSM-Gemeinschaft
GEDA	Gesundheit in Deutschland Aktuell (RKI-Studie)
GHB/GBL	γ -Hydroxybutyric acid (4-Hydroxybutansäure)/ γ -Butyrolacton (Oxolan-2-on)
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIC	Länder mit hohem Einkommen (High Income Countries)

HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humane Papillomviren
ISCED	Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens (International Standard Classification of Education)
IWWIT	Ich weiss was ich tu (Kampagne der DAH)
LGV	Lymphogranuloma venerum
LMIC	Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (Low and Middle Income Countries)
MSM	Männer die Sex mit Männern haben (men who have sex with men)
N=N	bei nicht nachweisbarer Viruslast sind Menschen mit HIV nicht infektiös; nicht nachweisbar = nicht übertragbar
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Cooperation and Development)
PEP	Post-Expositionsprophylaxe
PHQ	Gesundheitfragebogen für Patient*innen (Patient Health Questionnaire)
PrEP	HIV-Prä-Expositionsprophylaxe
SIHS	Kurze Homonegativitätsskala (Short Internalized Homonegativity Scale)
TasP	Treatment-as-Prevention

11.3. Literaturverzeichnis

- [0] **The EMIS Network.** EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
- Weatherburn P., Hickson F., Reid D. S., Marcus U., Schmidt J. A.:** European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. *Sexuality Research and Social Policy.* 2020; 17:543–557
- [1] **The EMIS Network.** EMIS 2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm; 2013 2013.
- [2] **Scholz S. M., Damm O., Elkenkamp S., Marcus U., Greiner W., Schmidt A. J.:** Population size and self-reported characteristics and sexual preferences of men-who-have-sex-with-men (MSM) in Germany based on social network data. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212175.
- [3] **Marcus U., Schmidt A. J., Hamouda O., Bochow M.:** Estimating the regional distribution of men who have sex with men (MSM) based on Internet surveys. *BMC Public Health.* 2009;9:180.
- [4] **Marcus U., Schmidt A. J., Kollan C., Hamouda O.:** 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.* 2009;9:181.
- [5] **an der Heiden M., Marcus U., Kollan C., Schmidt D., Voß L., Gunsenheimer-Bartmeyer B., et al.:** Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2017. *Epidemiologisches Bulletin.* 2018;2018(47):509–22.
- [6] **Marcus U., Hickson F., Weatherburn P., Schmidt A. J.:** Age biases in a large HIV and sexual behaviour-related internet survey among MSM. *BMC Public Health.* 2013;13:826.
- [7] **OECD. Education at a Glance 2019.:** 2019. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/f8d7880d-en>.
- [8] **OECD, Eurostat, UNESCO Institute for Statistics.:** ISCED 2011 Operational Manual 2015.
- [9] **OECD:** (2020), Adult education level (indicator).
- [10] **Igartua K. J., Gill K., Montoro R.:** Internalized homophobia: a factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Can J Commun Ment Health.* 2003;22(2):15–30.

- [11] Sikkema K. J., Watt M. H., Drabkin A. S., Meade C. S., Hansen N. B., Pence B. W.: Mental health treatment to reduce HIV transmission risk behavior: a positive prevention model. *AIDS Behav.* 2010;14(2):252–62.
- [12] Ploderl M., Tremblay P.: Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2015;27(5):367–85.
- [13] Bretschneider J., Kuhnert R., Hapke U.: Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring.* 2017;2(3):81–8.
- [14] Hapke U., Cohrdes C., Nübel J.: Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring.* 2019;4(4):62–70.
- [15] Shields A. L., Guttmanova K., Caruso J.C.: An examination of the factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test in two high-risk samples. *Subst Use Misuse.* 2004;39(7):1161–82.
- [16] Mayfield D., McLeod G., Hall P.: The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974;131(10):1121–3.
- [17] **SurvStat@RKI 2.0.**: *SurvStat@RKI 2.0.* Berlin, Robert Koch-Institut 2020.
- [18] **WHO Regional Office for Europe**: Hepatitis A outbreaks in European Region mostly affecting men who have sex with men. 2017 08.05.2019.
- [19] **Drewes J., Kruspe M.**: *Schwule Männer und HIV/AIDS 2013.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe; 2016 03/2016.
- [20] **Bochow M., Wright M. T., Lange M.**: *Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit.* Berlin; 2004 2004.
- [21] Li L., Vlisides P. E.: Ketamine: 50 Years of Modulating the Mind. *Front Hum Neurosci.* 2016;10:612.
- [22] **Hickson F.**: Chemsex as edgework: towards a sociological understanding. *Sex Health.* 2018;15(2):102–7.
- [23] **Berg R. C., Ross M. W., Weatherburn P., Schmidt A. J.**: Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Soc Sci Med.* 2013;78:61–9.
- [24] **Tran H., Ross M. W., Diamond P. M., Berg R. C., Weatherburn P., Schmidt A. J.**: Structural Validation and Multiple Group Assessment of the Short Internalized Homonegativity Scale in Homosexual and Bisexual Men in 38 European Countries: Results From the European MSM Internet Survey. *J Sex Res.* 2018;55(4–5):617–29.

- [25] **European AIDS Clinical Society. EACS:** Guidelines version 9.1. Brussels: European AIDS Clinical Society; 2018 October 2018.
- [26] **European Centre for Disease Prevention and Control:** HIV treatment and care: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 April 2017.
- [27] **Bohn A., Sander D., Köhler T., Hees N., Oswald F., Scherbaum N., Deimel D., Schecke H.:** (2020) Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front. Psychiatry* 11:542301. doi: 10.3389/fpsy.2020.542301
- [28] **Krell C., Oldemeier K., Müller S.:** (2015) Coming-out – und dann...?!, Deutsches Jugendinstitut e. V., Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen, ISBN: 978-3-86379-172-8
- [29] **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:** (2018), Queeres Brandenburg: Ergebnisse der Online-Befragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ* in Brandenburg, www.masgf.brandenburg.de
- [30] **Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz:** (2015) RHEINLAND-PFALZ UNTERM REGENBOGEN, Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transsexuellen, Transgender und Intersexuellen in Rheinland-Pfalz, Auswertungsbericht zur Online-Befragung von Juni bis Oktober 2013
- [31] **Pöge K., Dennert G., Koppe U., Güldenring A., Matthigack E. B. et al.:** (2020) Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring* 5(S1): 2–30. DOI 10.25646/6448
- [32] **Sander D.,** I can't get no satisfaction: Herausforderung Chemsex 2021 Deutsche Aids-hilfe 2021 (unveröffentlicht)
- [33] **Statistisches Landesamt Baden-Württemberg:** (2014), Onlinebefragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ-Menschen in Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
- [34] **Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Burkhart, Q., Abel, G. A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M. K., Schuster, M. A., Roland, M.:** Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine* 2014
- [35] **Sander D.,** Die besondere Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer. Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 5.-6. Jg., H. 4/2016, S. 270-276

