

AIDS-FORUM DAH

Band

48

Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit

Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Michael Bochow

Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

Michael Lange, MA

**Bibliografische Information
der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
E-Mail: dah@aidshilfe.de

August 2004
Bestellnummer: 030048

Bearbeitung: Christine Höpfner, Rainer Metz,
Holger Sweers
Gestaltung: moniteurs
Grafiken und Satz: Carmen Janiesch
Druck: Heenemann
alle Berlin

Spendenkonto

Berliner Sparkasse
Konto 220 220 220
BLZ 100 500 00

Sie können die DAH auch unterstützen,
indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter
<http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und
besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge
sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Vorbemerkungen	6
I. Zusammensetzung der Stichprobe	
1. Zur Anlage der Erhebung	7
2. Regionale Herkunft: Ost- und Westdeutschland	9
3. Alter	9
4. Wohnort	10
5. Bildung und berufliche Position	11
6. Staatsangehörigkeit	12
II. Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homosexueller Männer	
1. Wohnsituation	13
2. Akzeptanz der Homosexualität im Familien- und Freundeskreis	14
3. Aufsuchen subkultureller Orte	19
4. Mitgliedschaft in Schwulengruppen, Aidshilfen, gesellschaftlichen Organisationen und Religionsgemeinschaften	21
5. Feste Freundschaften, Beziehungsdauer und eingetragene Partnerschaften	22
6. Gewalt gegen Schwule	25
III. Sexualität und Risikoverhalten	
1. Sexualkontakte	27
2. Vorkommen und Häufigkeit sexueller Praktiken	28
3. Präventives Verhalten und Häufigkeit von Risikokontakten	32
3.1 Kondomgebrauch – Erfahrungen und Widerstände ...	32
3.2 Zur Häufigkeit von HIV-Risikokontakten ...	37
3.3 Negative Reaktionen auf das Kondom und Frequenz der Risikokontakte ...	46
3.4 Risikomanagementstrategien ...	48
3.5 Partnerzahl und HIV-Risiko ...	53
3.6 Orale Aufnahme von Sperma als Risikoverhalten ...	56
3.7 Zum Risikoverhalten von Männern mit heterosexuellen Kontakten ...	57
4. Drogenkonsum und HIV-Infektionsrisiken	59
5. Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)	67
IV. Informationsverhalten und Informationsniveau	
1. Informationsquellen	73
2. Informationsniveau	78
3. Zur Verbreitung der DAH-Materialien	80

V. Auswirkungen der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten

1. Informationsniveau und präventive Vorkehrungen	83
2. Inanspruchnahme der Kombinationstherapien	94
3. Inanspruchnahme der Post-Expositions-Prophylaxe	96

VI. Der HIV-Antikörpertest

1. Gründe für und gegen einen Test	99
2. Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests	101
3. Testergebnisse	102
4. Thematisierung des Tests im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis	103
5. Serostatus und Safer Sex	104
6. Gleicher und verschiedener Serostatus in festen Beziehungen	110

VII. Gruppenspezifische Unterschiede

1. Alter	113
1.1 Lebenssituation ... 114	
1.2 Feste Freundschaften, Beziehungsdauer und eingetragene Partnerschaften ... 115	
1.3 Besuch subkultureller Orte ... 116	
1.4 Sexualverhalten und HIV-Infektionsrisiken ... 118	
1.5 Drogenkonsum ... 119	
1.6 Testverhalten und Serostatus ... 120	
1.7 Informationsquellen und Informationsniveau ... 120	
1.8 Sexuell übertragbare Krankheiten (STD) ... 123	
2. Größe des Wohnorts	123
3. Soziale Schicht	129
3.1 Sexuelle Identität und Akzeptanz der Homosexualität ... 131	
3.2 Aufsuchen subkultureller Orte ... 132	
3.3 Informationsniveau und Informationsquellen ... 133	
3.4 Sexualverhalten und HIV-Infektionsrisiken ... 135	
3.5 Testverhalten, Serostatus und sexuell übertragbare Krankheiten (STD) ... 136	
4. Migrantenspezifische Aspekte	137
4.1 Soziodemographische Merkmale ... 137	
4.2 Sexuelle Identität, Aufsuchen subkultureller Orte und Akzeptanz der Homosexualität ... 138	
4.3 Informationsniveau und Informationsquellen ... 140	
4.4 Sexualverhalten, HIV-Infektionsrisiken und sexuell übertragbare Krankheiten (STD) ... 142	
4.5 Testverhalten und Serostatus ... 144	

VIII. Faktoren, die das Eingehen von Risikokontakten beeinflussen	145
IX. Zusammenstellung wichtiger Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Prävention	
1. Zusammenstellung wichtiger Ergebnisse	147
1.1 Die Befragung ... 147	
1.2 Zusammensetzung der Stichprobe ... 147	
1.3 Zur Lebenssituation der Befragten ... 148	
1.4 Sex und Safer Sex ... 149	
1.5 Sexuell übertragbare Krankheiten (STD) ... 151	
1.6 Informationsverhalten und Informationsniveau ... 152	
1.7 Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests und Testergebnisse ... 152	
1.8 Kombinationstherapien ... 154	
1.9 Gruppenspezifische Unterschiede ... 156	
1.10 Faktoren, die das Eingehen von HIV-Risikokontakten beeinflussen ... 161	
2. Schlussfolgerungen für die Prävention	162
X. Literatur	167
XI. Anhang	
1. Fragebogen	171
2. Autoren	190

Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Band präsentieren wir die Ergebnisse der im Frühjahr 2003 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführten siebten Befragung homosexueller Männer in Deutschland zu ihrem Sexualverhalten vor dem Hintergrund von Aids. Diese Erhebung, die mittels Fragebögen in den wichtigsten Monatsmagazinen der Schwulenpresse und erstmals auch über drei Internetportale für Schwule durchgeführt wurde, schließt an vier gleich gelagerte „gesamtdeutsche“ Befragungen aus den Jahren 1991, 1993, 1996 und 1999 sowie an zwei Befragungen in den alten Bundesländern aus den Jahren 1987 und 1988 an. Seit 1987 besteht ein Diskussions- und Kooperationszusammenhang mit Forschern in anderen westeuropäischen Ländern (vor allem in Frankreich, Großbritannien und der Schweiz), sodass die Ergebnisse der vorliegenden Befragung mit denen aus anderen Ländern aufgrund sehr ähnlicher Erhebungsinstrumente verglichen werden können. Durch die erstmals auch über das Internet ermöglichte Teilnahme an der Befragung ist es gelungen, den Mittelschichtsbias zu mildern und mehr jüngere Schwule zu erreichen als in den vorangegangenen Erhebungen.

6

Die Stichprobe bildet wichtige Aspekte jener Gruppen homosexuell lebender Männer in Deutschland ab, die einerseits von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten besonders betroffen sind, andererseits einen wichtigen Beitrag zur Bildung und Verbreitung von Normen in der Subkultur leisten. Die Ergebnisse sind deshalb für die Präventionsarbeit von besonderer Relevanz. So zeigt sich z. B., dass es besonders für jüngere schwule Männer, Männer aus unteren sozialen Schichten und aus bestimmten Migrantengruppen, Schwule mit einer hohen Zahl von Sexualpartnern, Männer aus der Club- oder Party- sowie Lederszene, positiv Getestete sowie schwule Männer in festen Beziehungen spezifischer und nachhaltiger Informations- und Präventionsangebote bedarf.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wurde der von den Autoren vorgelegte Bericht von Dr. Rainer Metz und vom DAH-Lektorat bearbeitet. In diesem Zusammenhang ein Hinweis zur Darstellung der Ergebnisse in den Abbildungen und Tabellen: Aufgrund von Auf- bzw. Abrundungen ergibt die Summe der Prozentsätze nicht immer 100 %.

Berlin, im Juli 2004

Rainer Schilling

DAH-Referent für Schwule und Stricher

I. Zusammensetzung der Stichprobe

1. Zur Anlage der Erhebung

7

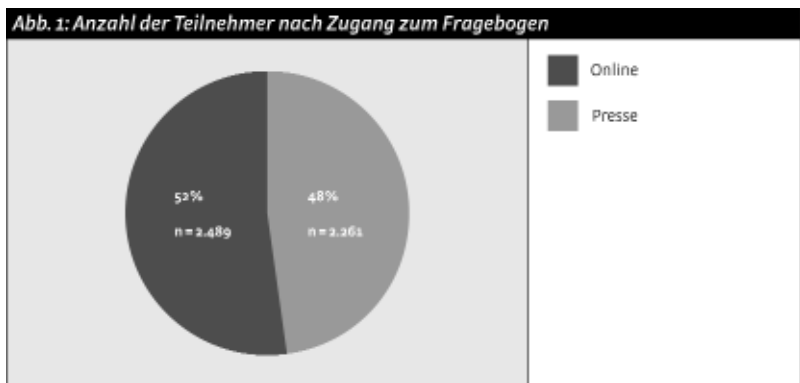
Im Februar 2003 wurde zum siebten Mal ein vierseitiger Fragebogen in den wichtigsten Monatsmagazinen der Schwulenpresse geschaltet, mit dem homosexuelle Männer zu ihrem Sexualverhalten vor dem Hintergrund von Aids befragt wurden. Die Erhebung schließt an vier „gesamtdeutsche“ Befragungen zu diesem Thema an (1991, 1993, 1996 und 1999). Zum ersten Mal bestand auch die Möglichkeit, den Fragebogen über drei Internetportale für Schwule online auszufüllen.

Alle Befragungen erfolgten im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln. Sie knüpfen an Erhebungen gleichen Typs an, welche die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1987 und 1988 in den alten Ländern der Bundesrepublik veranlasst hatte. Seit 1987 besteht ein Diskussions- und Kooperationszusammenhang mit Kollegen in anderen westeuropäischen Ländern (vor allem in Frankreich, Großbritannien und der Schweiz), die ähnliche Befragungen durchführen oder durchgeführt haben.

Um die Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Erhebungen zu gewährleisten, musste ein analoger Verteiler gewählt und zugleich den Veränderungen bei den Monatsmagazinen für schwule Männer Rechnung getragen werden. Der Fragebogen von 1996 und 1999 wurde in insgesamt zehn Monatszeitschriften abgedruckt, 2003 lag die Zahl der kooperierenden Zeitschriften bei neun. Drei der ausgewählten Magazine sind nur im Zeitschriftenhandel oder im Abonnement erhältlich („Adam“, „Homoh“, „Männer aktuell“). Sechs kostenlose Anzeigenblät-

ter liegen in Bars, Cafés, Saunen, Buchläden und Kinos aus, deren Kunden überwiegend oder zu einem hohen Anteil Homosexuelle sind; sie wurden auch nach dem Kriterium ihrer Präsenz in den großen Ballungszentren mit einem bedeutenden Bevölkerungsanteil homosexueller Männer ausgewählt: Die „Siegessäule“ liegt im Berliner und Potsdamer Raum aus, „Hinnerk“ in Hamburg, Hannover, Bremen, Schwerin und Rostock, „Sergej München“ in München, „GAB“ im Rhein-Main-Gebiet. „Eurogay“ (früher „Queer“) wird deutschlandweit verbreitet, hat aber Schwerpunkte im Ruhrgebiet, in Köln/Bonn, Berlin und Hamburg. „Box“ liegt in Berlin, Hamburg, München und einigen weiteren Orten in Westdeutschland aus.

Die Gesamtzahl der im Jahr 2003 berücksichtigten Fragebögen beträgt 4.750. Dies ist die höchste Teilnehmerzahl seit Beginn der Befragungen; von 1991 bis 1999 lag der Durchschnitt bei 3.049 (Range¹: 2.868–3.285). Die stärkere Teilnahme an der Befragung 2003 ist auf die zusätzliche Beteiligung über das Internet zurückzuführen (vgl. Abbildung 1):



8

Eine ausführliche Darstellung des Rücklaufs und eine Diskussion der Unterschiede zwischen den „Online-“ und den „Offlineteilnehmern“ ist bei Dr. Michael T. Wright erhältlich.²

¹ Range (engl.) = Spannweite

² Kontakt: Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Arbeitsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin; E-Mail: wright@wz-berlin.de

2. Regionale Herkunft: Ost- und Westdeutschland

Von den 4.750 berücksichtigten Fragebögen kommen 3.840 aus Westdeutschland und Westberlin (= 81 %), 835 (= 18 %) aus Ostdeutschland und Ostberlin. Der Anteil der ostdeutschen Befragungsteilnehmer, der seit 1993 bei ca. 17 % liegt, entspricht damit dem Anteil der Ostdeutschen an der Gesamtbevölkerung.

3. Alter

Über das Internet konnte im Vergleich zu 1999 die Beteiligung jüngerer Männer bzw. männlicher Jugendlicher deutlich erhöht werden. Dadurch wurde das Problem einer rückläufigen Teilnahme von Personen unter 30 Jahren gelöst und eine mit den ersten Jahren der Befragung vergleichbare Altersverteilung erreicht.

Tabelle 1 zeigt, dass der Anteil der Männer mittleren und höheren Alters seit 1996 deutlich zugenommen hat, während sich der Anteil der unter 30-jährigen von 1991 bis 1999 fast halbierte. Als Erklärung für diese Tendenz wurde ein Generationseffekt vermutet, wonach sich die jüngeren Männer weniger von Aids angesprochen fühlten, da sie die Aidskrise der 80er Jahre nicht erlebten und kaum unmittelbare Kontakte zu Betroffenen hatten. Die hohe Beteiligung der Männer unter 30 Jahren über das Internet widerlegt jedoch diese Hypothese. Interesse am Thema Aids ist offenkundig auch in dieser Altersgruppe nach wie vor vorhanden. Die Erreichbarkeit der jüngeren Männer für Erhebungen scheint jedoch stark vom Medium abhängig zu sein.

Tabelle 1: Altersstruktur der Befragten im Zeitvergleich (Anteil in Prozent)

Altersgruppe	Erhebungsjahr						
	1991	1993	1996	1999	2003		
					Online	Magazin	Gesamt
< ³ 30	46	45	33	26	61	20	42
30–44	40	43	51	57	28	57	42
> ⁴ 44	13	11	16	17	9	23	15
keine Angabe	1	1	–	–	2	–	1
%	100	100	100	100	100	100	100
n	3.285	2.868	3.048	2.995	2.489	2.261	4.750

3 <= unter
4 >= über

Obwohl das Durchschnittsalter der Befragten über die Jahre nahezu gleich geblieben ist, wurde der Anteil der jüngsten Altersgruppe (unter 23 Jahren) immer geringer. 2003 konnte durch die Schaltung des Fragebogens im Internet die stärkste Beteiligung von Männern/Jugendlichen in diesem Alter seit Beginn der Studie erreicht werden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Durchschnittsalter der Befragten und Anteil der unter 23-jährigen im Zeitvergleich

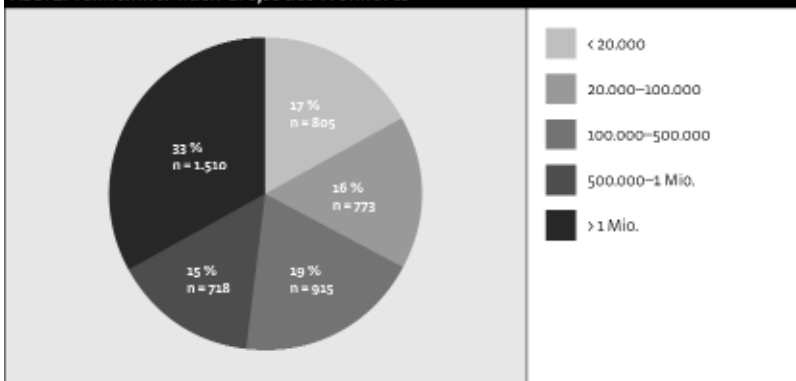
	1991	1993	1996	1999	2003
arithmetisches Mittel	32,7	32,6	34,9	36,1	33,5
Median	30	30	33	34	33
< 23 Jahre	8 % (n = 281)	7 % (n = 209)	6 % (n = 156)	5 % (n = 173)	18 % (n = 833)
n	3.285	2.868	3.048	2.995	4.750

10

4. Wohnort

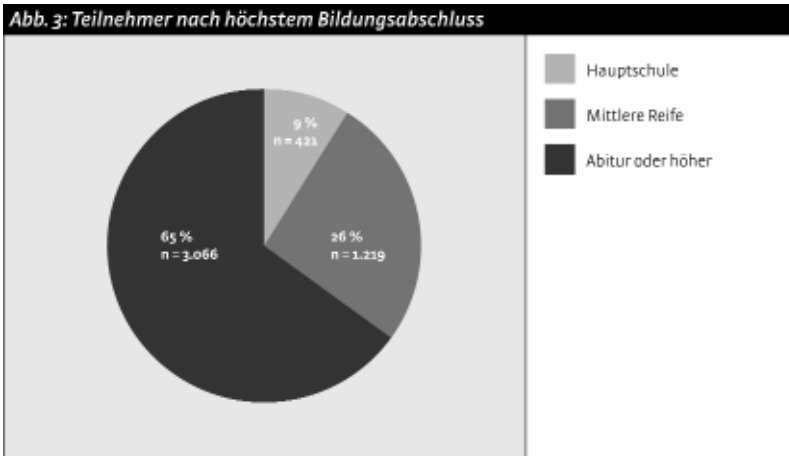
Wie in den vorangegangenen Erhebungen ist auch 2003 beim Wohnort der Befragten eine Konzentration auf Großstädte mit über 500.000 Einwohnern zu verzeichnen (48 %; vgl. Abbildung 2). Über die Internetbefragung wurde im Vergleich zu 1999 jedoch eine stärkere Beteiligung von Menschen aus Orten mit unter 100.000 Einwohnern ermöglicht; ihr Anteil lag 1999 bei 23 % (649 Personen), 2003 bei 34 % (1.578 Personen). Mit 26 % wohnte 2003 ein etwas höherer Anteil der befragten Männer außerhalb von großstädtischen Ballungsräumen (mehr als 50 km von einer Großstadt mit mehr als 500.000 Einwohnern entfernt); 1999 waren es 22 %.

Abb. 2: Teilnehmer nach Größe des Wohnorts



5. Bildung und berufliche Position

Die Angaben zum höchsten erreichten Bildungsabschluss zeigen, dass wie in den vorangegangenen Erhebungen Personen mit Abitur oder Hochschulabschluss dominieren (vgl. Abbildung 3).



65 % der Befragten haben Abitur oder einen höheren Abschluss. 26 % geben als höchsten Schulabschluss die 10. Klasse der Polytechnischen Oberschule oder die Mittlere Reife an. Nur 9 % haben lediglich die Haupt- oder Volksschule abgeschlossen. Diese Verteilung ist vergleichbar mit derjenigen in den Befragungen aus den vergangenen Jahren. Auch die „Spontanstichprobe“ von 2003 ist damit durch einen starken Mittelschicht-Bias⁵ gekennzeichnet, was an der Erhebungsmethode (selbst auszufüllender, langer Fragebogen) und zum Teil am Verteiler des Erhebungsinstruments (Magazine) liegt.

Was die beruflichen Positionen anbetrifft, sind entsprechend den Bildungsabschlüssen der Befragungsteilnehmer Mittelschichtpositionen stärker vertreten (z. B. höhere und leitende Angestellte: 21 %) als Berufsgruppen, die andere Schulabschlüsse voraussetzen (z. B. Arbeiter und Facharbeiter: 5 %). Der gegenwärtige Beschäftigungsstatus der Befragten zeigt, dass Letztere überproportional von Arbeitslosigkeit betroffen sind (10 % der Arbeiter und Facharbeiter im Vergleich zu 2 % der höheren und leitenden Angestellten).

⁵ Bias = Verzerrung, die durch bestimmte Faktoren im Forschungsprozess (z. B. die Erhebungsmethode) hervorgerufen wird und die Gültigkeit des Messergebnisses beeinträchtigt.

6. Staatsangehörigkeit

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer (95 %) besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft. In der relativ kleinen Gruppe der Nichtdeutschen (4 % oder 203 Personen) stammen die meisten Befragten aus Westeuropa einschließlich der Türkei. Die nichteuropäischen Befragungsteilnehmer kommen aus dem Nahen Osten (7), Afrika (3), Lateinamerika (9) und Ostasien (2). Befragungsteilnehmer, die nicht in Deutschland ansässig sind (in ihrer großen Mehrheit aus den Nachbarstaaten), wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

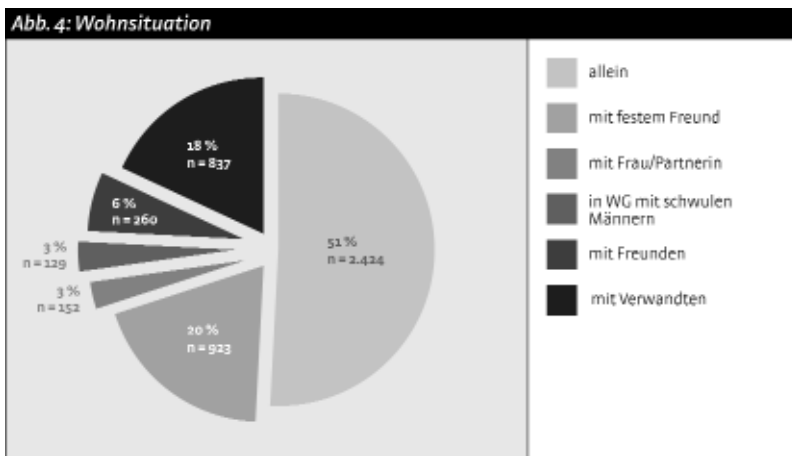
Vor dem Hintergrund, dass Menschen ohne deutschen Pass ca. 9 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachen, ist der Anteil von Migranten unter den Teilnehmern gering, und auch die Verteilung nach Herkunftsland spiegelt nicht die Verteilung der hier am stärksten vertretenen Migrantengruppen wider. Unter den Zuwanderern in Deutschland bilden Menschen aus der Türkei mit etwa 30 % die größte Gruppe, doch sind nur 6 % der Befragten ohne deutschen Pass türkischer Herkunft. Ein Blick auf die Angaben zum religiösen Hintergrund (nicht zur religiösen Bindung) bestätigt, dass schwule Migranten aus der Türkei und aus arabischen Ländern durch die Befragung kaum erreicht werden: Lediglich 26 Personen (0,5 % aller Teilnehmer) geben den Islam, 31 Personen (0,7 %) das Judentum an, wobei in Deutschland annähernd drei Millionen Moslems und ungefähr 100.000 Juden leben. Mit Sicherheit aber wohnen in den großstädtischen Ballungsräumen Westdeutschlands und in Westberlin mehr türkische, kurdische und arabische Männer der zweiten und dritten Generation, die weitgehend sozial integriert und „akkulturiert“ sind und sich als schwul oder homosexuell definieren, als es in dieser Erhebung zum Ausdruck kommt. Diese „Minderheit in der Minderheit“ (als Türken, Kurden und Araber sind sie in Deutschland Teil einer Minderheit, als schwule Männer sind sie in ihrer eigenen Bevölkerungsgruppe eine – stark stigmatisierte – Minderheit; vgl. Bochow/Marbach 2003) wird nur durch andere Erhebungsmethoden anzusprechen sein.

II. Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homosexueller Männer

1. Wohnsituation

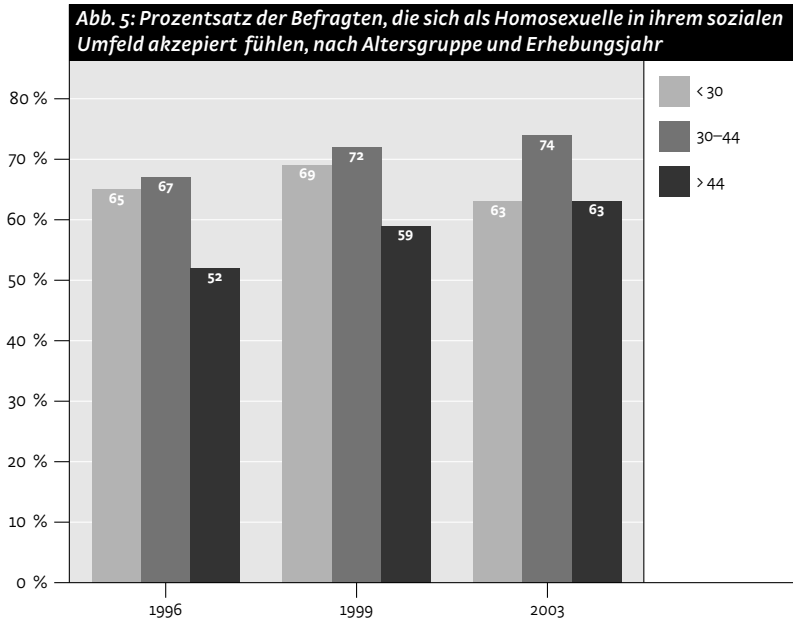
13

Die Hälfte der Befragten wohnt alleine; in früheren Befragungen war dies bei der Mehrheit (ca. 60 %) der Teilnehmer der Fall. Die Zunahme des Anteils der Männer, die mit Verwandten und Freunden zusammenwohnen, ist auf den größeren Anteil junger Männer zurückzuführen.



2. Akzeptanz der Homosexualität im Familien- und Freundeskreis

Die Daten der seit 1987 durchgeführten Erhebungen lassen vermuten, dass in der Bundesrepublik immer mehr homosexuelle Männer Akzeptanz oder Duldung ihrer sexuellen Orientierung erfahren. Abbildung 5 dokumentiert den steigenden Anteil von Männern über 29 Jahren, die sich in ihrem sozialen Umfeld akzeptiert fühlen.



14

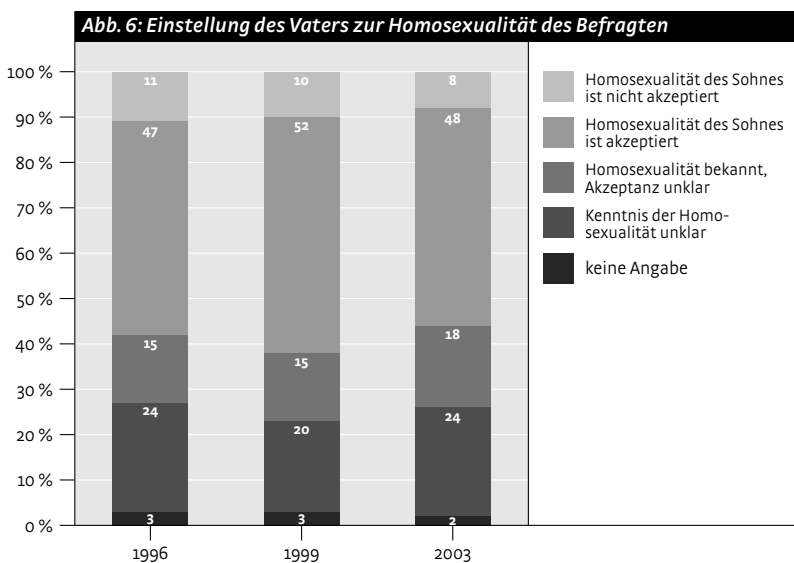
Dass dieser Anteil bei den unter 30-Jährigen geringer ist, hängt wahrscheinlich mit den längeren Phasen des Coming-out zusammen (Dannecker 1996). Bei der Befragung von 2003 kommt hinzu, dass sich darunter dank der Online-Beteiligung viele unter 21-Jährige befinden, die ihr Coming-out zum großen Teil noch nicht abgeschlossen haben.

Die stärkere Akzeptanz und soziale Sichtbarkeit homosexueller Männer muss allerdings relativiert werden, da sich an den Befragungen, wie bereits hervorgehoben, überdurchschnittlich viele Mittelschichtsmänner aus großstädtischen Ballungsräumen beteiligen, die offen und selbstbewusst „schwul leben“ und sich in formellen und informellen Netzwerken der „Gay Community“ engagieren. Zwar werden seit 1987 auch Männer, die ihre Homosexualität verheimlichen, über die Schwulenpresse erreicht, sie dürften jedoch unterrepräsentiert sein.

Männer schließlich, die (häufiger oder seltener) gleichgeschlechtliche Sexualkontakte eingehen, sich aber weder als homo- noch als bisexuell definieren, sind durch Befragungen dieser Art überhaupt nicht zu erreichen; hier müssen andere Erhebungsmethoden eingesetzt werden.

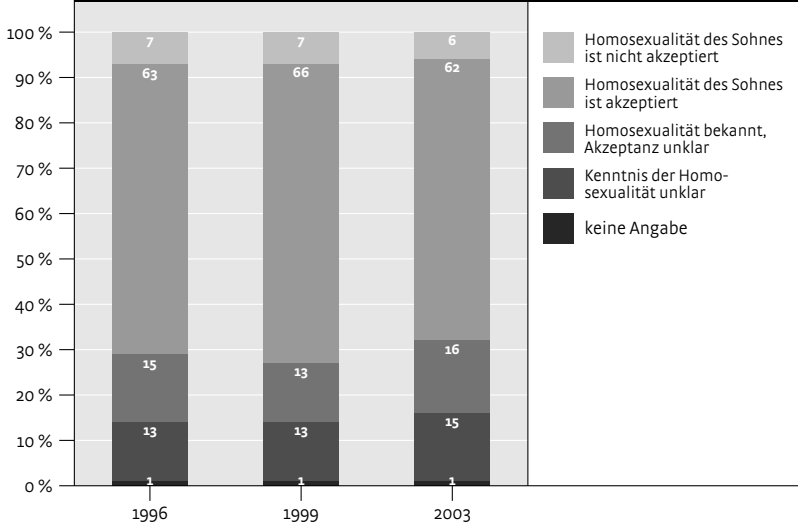
Da die Homosexualität seltener gegenüber dem Vater als gegenüber der Mutter und den Geschwistern thematisiert wird und der Vater diese seltener akzeptiert als die anderen Familienmitglieder, kann seine Haltung als guter Indikator für die gesellschaftliche Akzeptanz angesehen werden. 1991 zeigte ein europäischer Vergleich, dass die Väter dort am aufgeschlossensten sind, wo die Einstellungen und Werthaltungen der Gesellschaft (wie in Dänemark und den Niederlanden) am liberalsten sind (vgl. Bochow u. a. 1994).

Die folgenden Prozentangaben beziehen sich nur auf jene Befragten, deren Väter noch leben: Während 1991 lediglich ein Drittel der Väter die Homosexualität ihres Sohnes akzeptierte, stieg dieser Anteil 1996 auf 47 % und hat sich seitdem kaum geändert (vgl. Abbildung 6).



Die Mütter werden weiterhin häufiger von ihren Söhnen ins Vertrauen gezogen als die Väter, und häufiger als Väter akzeptieren sie die Homosexualität ihres Sohnes (vgl. Abbildung 7). Auch diese Tendenz zeigte sich nicht nur in den deutschen Befragungen, sondern ebenso im europäischen Vergleich (vgl. Bochow u. a. 1994).

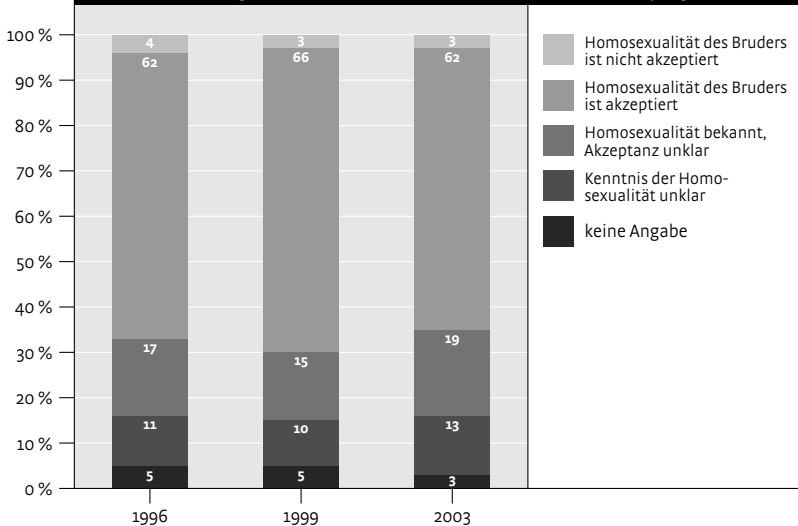
Abb. 7: Einstellung der Mutter zur Homosexualität des Befragten



Unter den Geschwistern – so vorhanden – ist die Akzeptanz der Homosexualität des Bruders ebenfalls hoch (vgl. Abbildung 8).

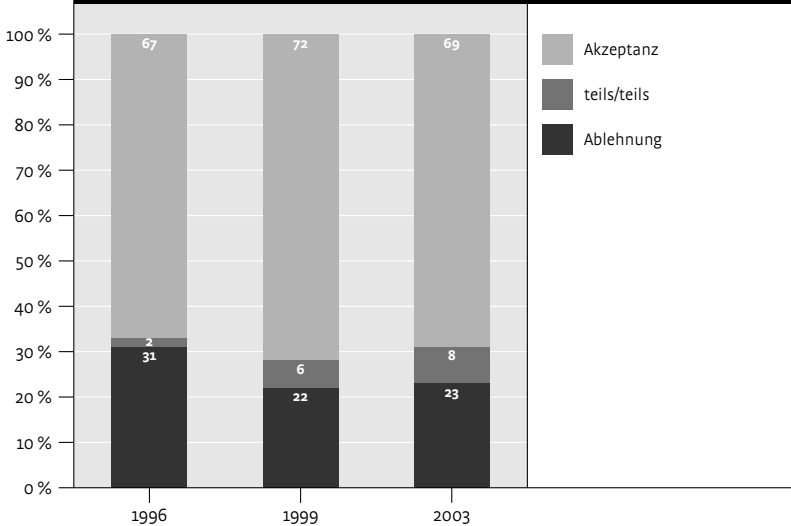
16

Abb. 8: Einstellung der Geschwister zur Homosexualität des Befragten



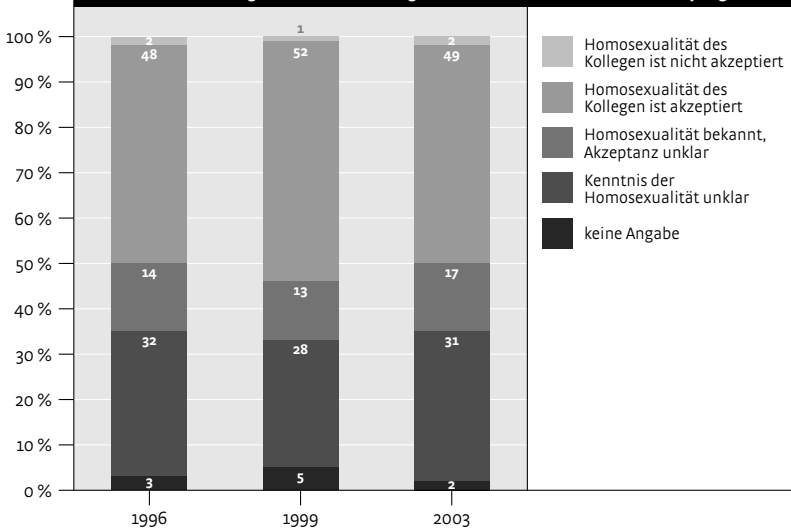
Bildet man einen Index, so zeigt sich, dass die Homosexualität in der Mehrheit der (engeren Herkunfts-)Familien akzeptiert wird (vgl. Abbildung 9).

Abb. 9: Einstellung der Familie zur Homosexualität des Befragten

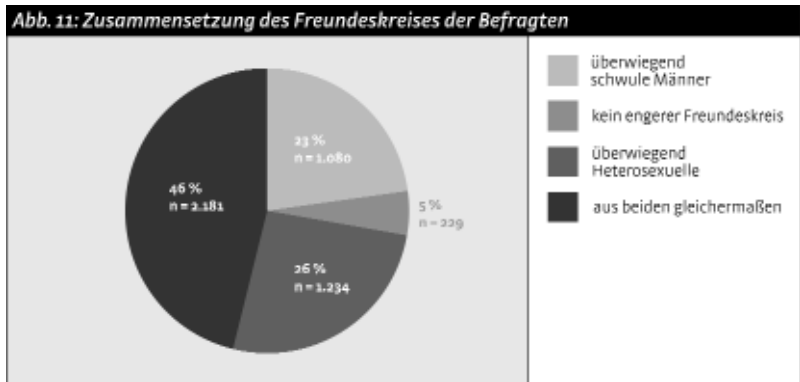


Im Kollegenkreis wählen homosexuelle Männer andere Strategien, um ihre homosexuelle Orientierung zu thematisieren, als in ihrer Familie. Befürchteten sie, dass sich aus der Offenlegung der Homosexualität Nachteile ergeben, verheimlichen sie diese. So erklärt sich, dass die Homosexualität nur bei weniger als 2 % der Befragungsteilnehmer im Kollegenkreis bekannt ist, aber nicht akzeptiert wird (vgl. Abbildung 10).

Abb. 10: Einstellung der Arbeitskollegen zur Homosexualität des Befragten

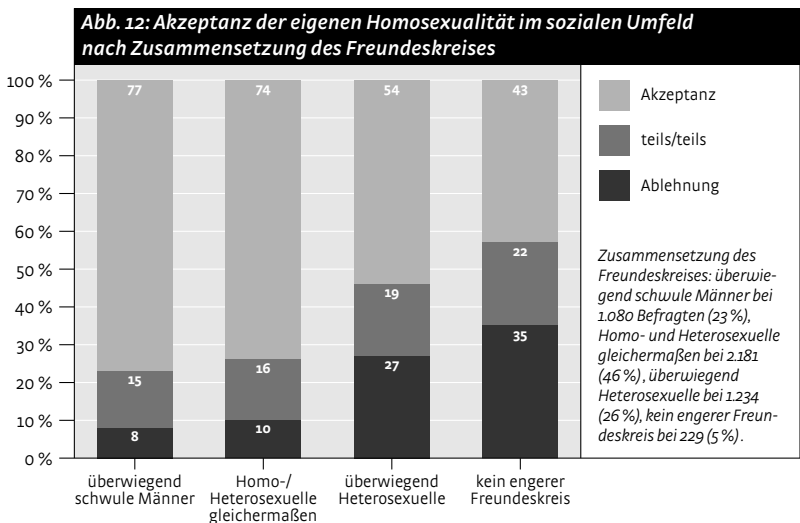


Die Zusammensetzung des Freundeskreises der Befragten ist ähnlich wie in den vorangegangenen Befragungen: Fast die Hälfte der Befragungsteilnehmer gibt an, dass sie gleichermaßen hetero- und homosexuelle Freunde und Freundinnen haben, je etwa ein Viertel hat einen überwiegend schwulen bzw. einen überwiegend heterosexuellen, eine kleine Minderheit der Befragten (5 %) hat keinen engeren Freundeskreis (vgl. Abbildung 11).



18

Wie bei den früheren Befragungen zeigt sich auch 2003 eine Beziehung zwischen der Zusammensetzung des Freundeskreises und der erlebten Akzeptanz der eigenen Homosexualität: Am höchsten ist sie bei Männern, in deren Freundeskreis schwule Männer und Heterosexuelle gleichermaßen vertreten sind oder schwule Männer dominieren, am niedrigsten bei Männern ohne Freundeskreis (vgl. Abbildung 12).



Es besteht demnach ein Wechselverhältnis zwischen sozialer Isolierung und Verheimlichung der eigenen Homosexualität: Männer ohne engeren Freundeskreis verheimlichen sie häufiger als andere, und ihre Verheimlichungsstrategien führen wiederum dazu, dass sie keinen engeren Freundeskreis aufbauen können – sei dieser nun eher homosexuell, heterosexuell oder „gemischt“.

3. Aufsuchen subkultureller Orte

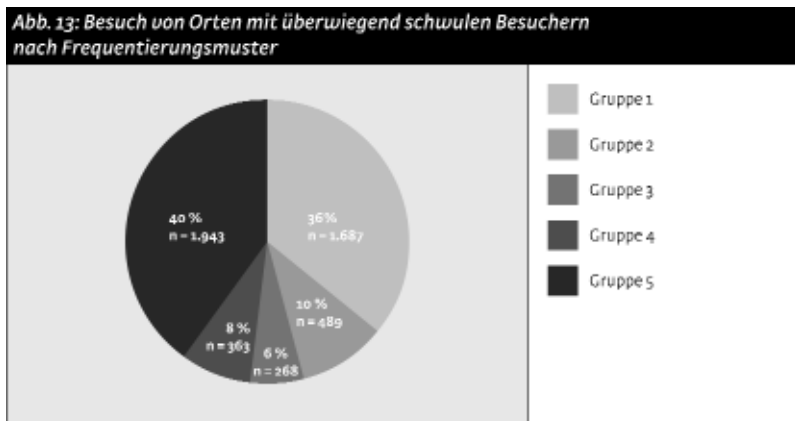
Um den Grad der Einbindung in schwule Netzwerke zu ermitteln, die neben dem schwulen Freundeskreis die Möglichkeit für „homosoziale“ Geselligkeit bieten, wurde seit 1991 regelmäßig erhoben, ob und ggf. welche Orte der Schwulenszenen die Befragten in den zwölf Monaten vor der Befragung besuchten und wie häufig sie dies taten. Die Orte wurden unterschieden nach a) Cafés und Buchläden, b) Bars und Discos, c) Lederlokalen und -clubs, d) Schwulensaunen sowie e) öffentlichen Toiletten („Klappen“) und Parks. (1996 wurden zusätzlich die Kategorien „Kontaktläden für Schwule“, „Pornokinos“ und „Techno-Partys“ aufgenommen, 1999 die Kategorie „Sportstudios“; 2003 wurde „Kontaktläden für Schwule“ in „Infoläden für Schwule“ umbenannt und der Begriff „Techno-Partys“ durch „Club-Partys“ ersetzt, „Sex-Partys“ als neue Kategorie aufgenommen.) Die Häufigkeit des Besuchs wurde unterschieden nach „täglich/fast täglich“, „mehrere Male in der Woche“, „mehrere Male im Monat“, „gelegentlich“ und „überhaupt nicht“.

Mit Hilfe dieser Angaben wurde eine Gruppentypologie gebildet, die die verschiedenen Orte und die Frequenz ihres Besuchs verknüpft:

- Gruppe 1: Besucher von Schwulenlokalen = Männer, die mehrmals im Monat (oder öfter) schwule Cafés, Buchläden, Infoläden, Sportstudios, Bars, Discos und Club-Partys besuchen, Orte dagegen, an denen Sex im Vordergrund steht („Klappen“ = öffentliche Toiletten, Parks, Saunen und Sex-Partys), gar nicht oder nur selten.
- Gruppe 2: Besucher von Schwulenlokalen und Cruising-Orten = Männer, die mehrmals im Monat (oder öfter) Cafés, Bars, Discos usw. besuchen und zusätzlich mehrmals im Monat (oder öfter) „Klappen“, Parks, Saunen oder Pornokinos.
- Gruppe 3: Besucher von Lederlokalen = Männer, die mehrmals im Monat (oder häufiger) Lederlokale oder -clubs besuchen, unabhängig davon, welche anderen Treffpunkte sie sonst noch frequentieren.
- Gruppe 4: Besucher von Cruising-Orten, die Schwulenlokale eher meiden = Männer, die seltener oder gar nicht Cafés, Infoläden, Bars, Discos oder Lederlokale besuchen, hingegen mehrmals im Monat (oder häufiger) Schwulensaunen, Pornokinos, Sex-Partys oder „Klappen“ und Parks.

Gruppe 5: Männer, die alle bisher genannten Treffpunkte mit einer geringeren Frequenz als mehrmals monatlich (gelegentlich, überhaupt nicht) besuchen.

Die Befragten verteilen sich wie folgt auf diese fünf Gruppen (vgl. Abbildung 13):

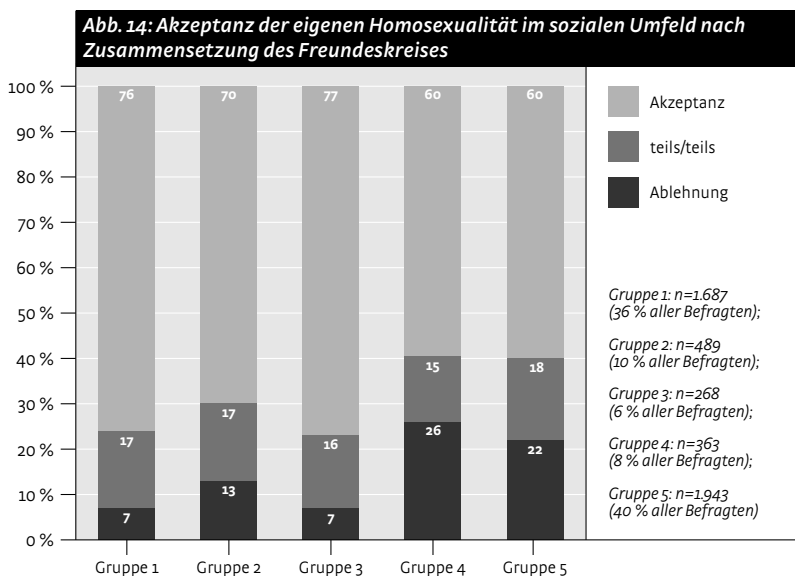


20

Saunen und zum Teil auch Pornokinos bilden eindeutig einen Teil der kommerziellen Subkultur schwuler Männer. Sie zu besuchen hat aber eine andere soziale und symbolische Bedeutung als der Besuch von Cafés, Infoläden oder Bars. Der Anteil der Besucher von Saunen oder Pornokinos, die dort lediglich auf der Suche nach sexuellen Kontakten sind, ohne sich auf andere Formen der sozialen Interaktion (vor allem der verbalen) einzulassen, ist beträchtlich. Gleiches gilt für Cruising-Orte wie Parks oder öffentliche Toiletten; auch hier ist die verbale Kommunikation bei vielen sexuellen Interaktionen auf ein Minimum reduziert oder wird ganz ausgeblendet. Das (fast) ausschließliche Aufsuchen solcher Orte kann ein Indikator für die geringere Selbst- und Fremdakzeptanz der eigenen Homosexualität sein.

Der Vergleich zeigt, dass die Befragten der Gruppe 4 (häufiger Besuch von Saunen, Pornokinos, Parks und öffentlichen Toiletten, aber Meiden von Schwulenlokalen) den höchsten Anteil der eher verdeckt homosexuell lebenden Männer ausmachen und ein großer Teil dieser Männer ihre Homosexualität auch gegenüber ihnen nahe stehenden heterosexuellen Menschen verbirgt. Der Anteil der Männer, die verdeckt homosexuell leben und auf Ablehnung stoßen, ist in dieser Gruppe und in der Gruppe von Männern, die sich auf sporadische Besuche aller Treffpunkte der schwulen Subkultur beschränken oder diese ganz meiden (Gruppe 5), vergleichbar (vgl. Abbildung 14).

Der hohe Anteil der Männer, die Orte der Geselligkeit von schwulen Männern nur sporadisch oder gar nicht besuchen (Gruppe 5), zeigt, dass mit dieser Befragung viele „szeneferne“ Männer erreicht werden konnten.



4. Mitgliedschaft in Schwulengruppen, Aidshilfen, gesellschaftlichen Organisationen und Religionsgemeinschaften

Wie schon mit den vorangegangenen Erhebungen wurden erneut überdurchschnittlich viele schwulenpolitisch engagierte Männer angesprochen: 13 % der Befragten sind Mitglieder in Schwulengruppen, 6 % in Aidshilfen, 2 % in beiden. Dies bedeutet andererseits, dass die große Mehrheit (79 %) weder Mitglied in einer Aidshilfe noch in einer Schwulengruppe ist.

Mitglied einer politischen Partei sind 10 % der Befragten; der politische Organisationsgrad ist damit wie in den vorangegangenen Erhebungen höher als in der Gesamtbevölkerung. In Anbetracht des hohen Anteils von Akademikern und Studenten unter den Befragten spiegelt dies zum Teil den höheren politischen Organisationsgrad von Personen mit akademischem Ausbildungsabschluss wider.

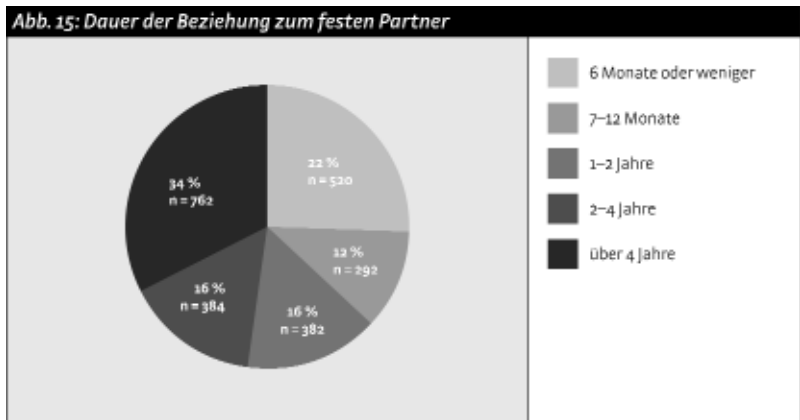
Einer Religionsgemeinschaft gehören 16 % der Befragungsteilnehmer an. Da sich die beiden großen christlichen Kirchen in Deutschland mit der Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Lebensweisen noch immer schwer tun, ist der Unterschied zur Gesamtbevölkerung nicht erstaunlich (knapp zwei Drittel der deutschen Bevölkerung sind Mitglied in einer der beiden „Volkskirchen“). Zusätzlich zur Religionszugehörigkeit wird regelmäßig erhoben, welche Glaubensgemeinschaft die Befragten in ihrer Sozialisation am meisten beeinflusst hat: Von der

evangelischen Kirche fühlen sich 29 % beeinflusst, von der katholischen Kirche 27 %, von der jüdischen Religion 0,7 % (31 Personen) und vom Islam 0,5 % (26 Personen).

In Bürgerinitiativen engagiert sind 6 % der Befragten. 54 % der Befragungsteilnehmer gehören keiner der genannten Organisationen an.

5. Feste Freundschaften, Beziehungsdauer und eingetragene Partnerschaften

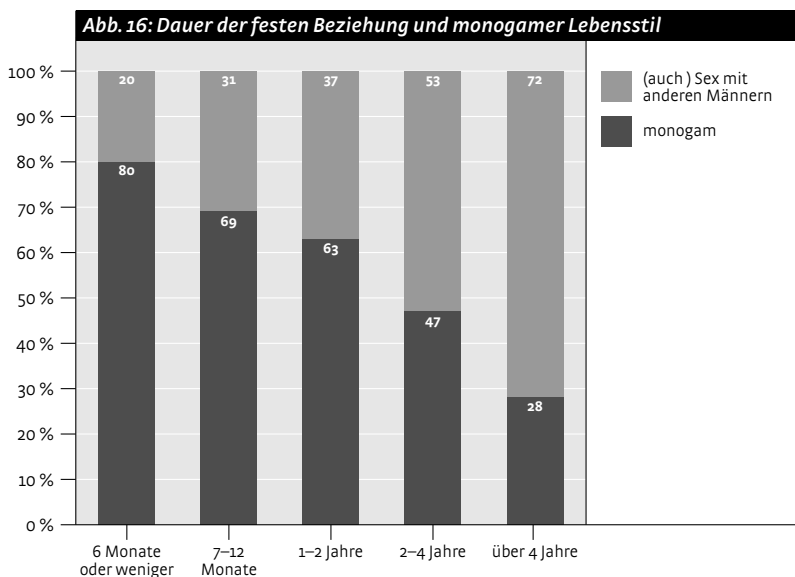
Bei allen in der Bundesrepublik über die Schwulenpresse durchgeführten Befragungen wie auch bei den Erhebungen in anderen europäischen Ländern (vgl. Bochow u. a. 1994) gab jeweils ungefähr die Hälfte der Männer an, in einer festen Beziehung mit einem Mann zu leben. Das ist auch bei der Befragung 2003 der Fall (49,5 %). 34 % dieser Männer sind länger als vier Jahre mit ihrem Freund zusammen, die Hälfte der dokumentierten Beziehungen besteht seit mehr als zwei Jahren (vgl. Abbildung 15).



22

Wie auch in den vergangenen Jahren definiert etwa die Hälfte (47 %) der in einer festen Beziehung lebenden Männer (= 23 % aller Befragten) diese Beziehung als „offen“, das heißt, sie schließen sexuelle Kontakte mit anderen nicht aus, die andere Hälfte (53 %; 27 % aller Befragten) definiert sie als eher „monogam“ (nach Übereinkunft der Partner sind keine sexuellen Kontakte außerhalb der Beziehung vorgesehen).

Der Anteil der offenen Beziehungen nimmt mit der Dauer der Partnerschaft zu (vgl. Abbildung 16).



Je länger die Beziehung dauert, umso wahrscheinlicher sind sexuelle Kontakte mit anderen Partnern: 80 % der Partnerschaften, die weniger als ein halbes Jahr dauern, werden als „monogam“ definiert, aber nur noch 28 % der länger als vier Jahre dauernden Beziehungen. Im Gegensatz zur traditionellen Sexualmoral scheint die Möglichkeit zu „außerehelichem“ Sex für viele schwule Beziehungen eher „Kitt“ denn Bedrohung zu sein.

Nicht alle sich als „monogam“ bezeichnenden Männer haben auch tatsächlich nur Sex mit ihrem festen Freund; 19 % der Befragten, die länger als ein Jahr mit einem festen Partner zusammen waren (121 Personen), geben mehr als einen Sexualpartner für die zwölf Monate vor der Befragung an, die große Mehrheit von ihnen (104 von 121, das sind 86 %) zwei bis fünf. Aber auch wenn diese Befragungsteilnehmer nicht ganz so monogam leben, wie sie es zunächst erklären, haben sie doch deutlich weniger Partner als Männer, die in „offenen“ Beziehungen leben; von ihnen geben 74 % mehr als fünf Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung an.

Die bisher in Deutschland durchgeführten umfangreichen Befragungen (vgl. Dannecker/Reiche 1974; Dannecker 1990; Starke 1994) dokumentieren ausnahmslos „eine ausgeprägte Tendenz, feste Freundschaften einzugehen“ (Dannecker 1990, S. 117). Diese Tendenz wird durch den Sachverhalt bestätigt, dass 60 % (1996: 70 %; 1999: 69 %) der Männer in den fünf Jahren vor der Befragung eine feste Beziehung mit einem Mann hatten, die länger als sechs Monate dauerte (der geringere Anteil im Jahr 2003 erklärt sich durch die stärkere Beteiligung der jüngeren Al-

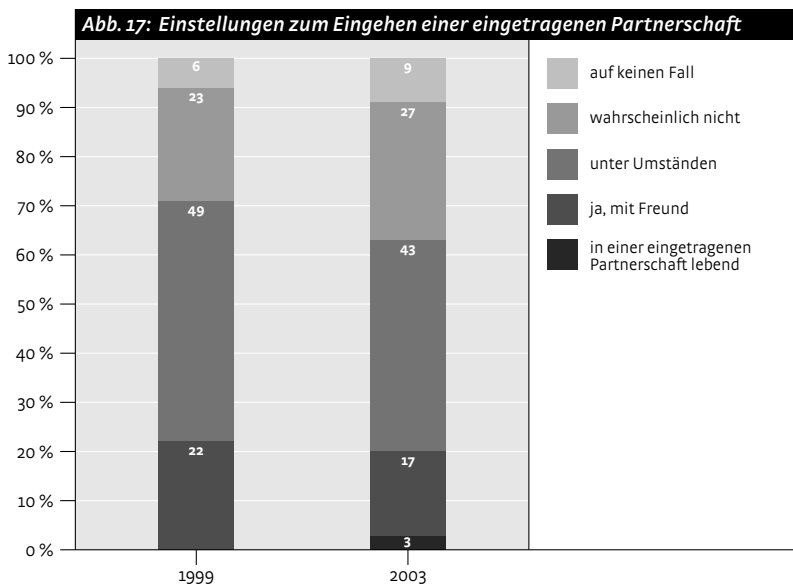
tersgruppe). Die Durchschnittsdauer einer festen Beziehung ist bei jüngeren Männern kürzer als bei älteren (11 Monate bei den Befragten unter 30 Jahren, zwei Jahre bei den Männern zwischen 30 und 44 und sieben Jahre bei den Männern über 44). Die Antworten auf die Frage nach der Art der gewünschten Partnerschaft weisen in die gleiche Richtung (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Art der erwünschten Partnerschaft (in Prozent)

Art der erwünschten Partnerschaft	1996	1999	2003
mit festem Freund in gemeinsamer Wohnung	44	46	52
mit festem Freund ohne gemeinsame Wohnung	24	24	22
mit mehreren festen (Sex-)Partnern	5	5	5
je nach Lebensphase unterschiedlich	19	20	15
keine feste Partnerschaft angestrebt	2	3	4
keine Angabe	6	2	2
Gesamt	100	100	100

24

Vor dem Hintergrund des 2001 in Kraft getretenen Lebenspartnerschaftsgesetzes für Schwule und Lesben wurde erhoben, ob die Befragten eine staatlich anerkannte Partnerschaft eingehen würden bzw. schon eingegangen sind (vgl. Abbildung 17):



1999 war das Lebenspartnerschaftsgesetz noch nicht verabschiedet. 2003 leben 3 % der Befragten in einer eingetragenen Partnerschaft (= 6 % der Männer in einer festen Beziehung) 17 % der Befragten erwägen, eine solche mit ihrem Freund einzugehen, für 43 % bleibt dies eine Möglichkeit. Diese relativ deutliche Zustimmung zu einer eingetragenen Partnerschaft ist vor dem Hintergrund der schon beschriebenen starken Orientierung auf eine feste Beziehung zu sehen, wobei das Vorhandensein einer solchen in signifikantem Zusammenhang mit der Befürwortung der eingetragenen Partnerschaft steht. Eher nicht oder auf keinen Fall eingehen würden eine solche 45 % der Männer, die zum Befragungszeitpunkt nicht in einer Beziehung leben, 33 % der in einer „offenen“ Beziehung und 26 % der in einer eher „monogamen“ Beziehung Lebenden.

6. Gewalt gegen Schwule

In der Befragung von 1991 wurde zum ersten Mal in Deutschland im größeren Umfang erhoben, ob schwule Männer im Jahr vor der Befragung Opfer von Gewalttaten waren; seit 1993 werden diese Fragen bei jeder Erhebung wiederholt. Der Anteil der Männer, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung „symbolische Gewalt“ erlitten, d. h. beschimpft, beleidigt oder angepöbeln wurden, ist relativ konstant geblieben (1996: 12 %, 1999: 13 %, 2003: 11 %), der Anteil der Befragten, die Erfahrungen mit physischer Gewalt angeben, hat abgenommen (1996: 4 % der Befragten, 1999: 3 %, 2003: 2 %). Hierbei bestehen kaum Unterschiede nach Herkunft aus den neuen und den alten Bundesländern oder nach Größe des Wohnorts der Befragten, wohl aber nach Alter (dies war auch in den vorangegangenen Erhebungen der Fall): Der Anteil der befragten Männer unter 30, die nach eigenen Angaben Opfer von (hauptsächlich symbolischer) Gewalt gewesen sind, ist mit 18 % doppelt so hoch wie derjenige bei den Befragten ab 30. Die einzige berichtete lebensgefährliche Verletzung traf einen jüngeren Befragten.

„Offen schwul“ lebende Befragte sind ebenso wie jene, die häufiger verschiedene Schwulenszenen besuchen, in höherem Maße von Beleidigungen und Pöbeleien betroffen: 2003 sind dies 15 % (1999: ebenfalls 15 %) der Männer, deren heterosexueller Freundeskreis von ihrer Homosexualität weiß, und 5 % (1999: 7 %) der Männer, die ihre Homosexualität verbergen. Ihre Homosexualität verdeckt lebende Männer hingegen sind häufiger Opfer körperlicher Gewalt mit leichten oder schweren Verletzungen als die offen schwul lebenden Befragten (1999 etwa doppelt so häufig, 2003 waren es 1,4 % der verdeckt gegenüber 1 % der offen lebenden Männer).

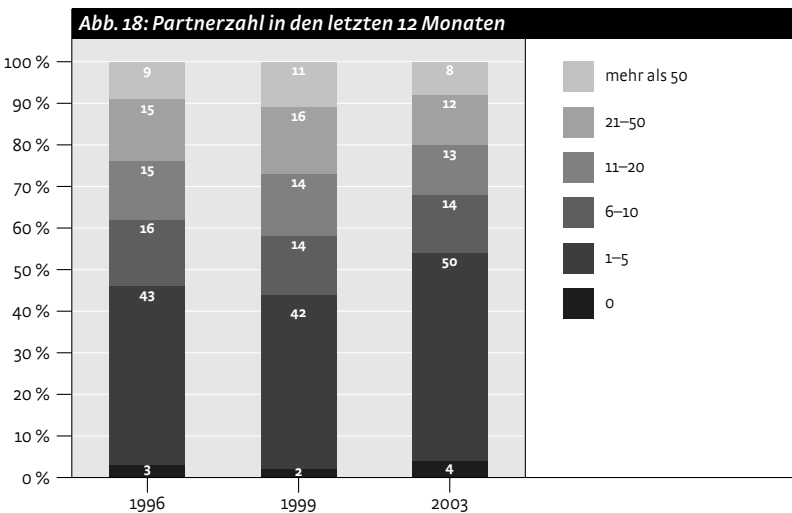
Wie im Jahre 1999 (vgl. Bochow 2001) sind Männer, die häufiger öffentliche Toiletten und Cruising-Gebiete aufsuchen, nicht überdurchschnittlich von körperli-

cher Gewalt betroffen. Ein Grund hierfür mag die Schließung der traditionellen Toiletten und ihre Ersetzung durch Münztoiletten in den deutschen Großstädten sein, ein weiterer die stärkere Polizeipräsenz in bestimmten Cruising-Gebieten der Millionenmetropolen Berlin, Hamburg und Köln.

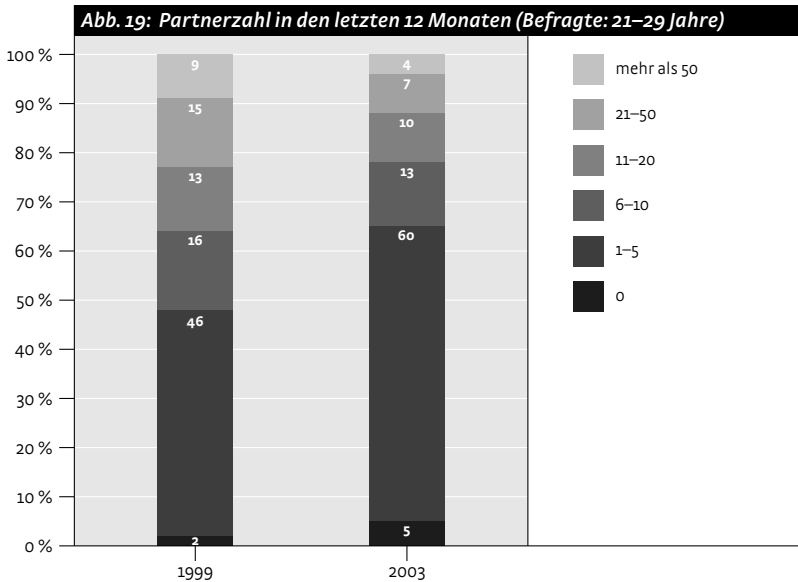
III. Sexualität und Risikoverhalten

1. Sexualkontakte

Die Hälfte der befragten Männer hat in den zwölf Monaten vor der Befragung Sexualkontakte mit weniger als sechs Sexualpartnern gehabt (eingeschlossen ist hier ggf. der feste Freund), acht Prozent hatten mehr als 50 Sexualpartner (vgl. Abbildung 18).



Die im Vergleich mit den letzten zwei Befragungen feststellbare leichte Tendenz zu einer geringeren Partnerzahl ist vor allem auf die Altersgruppe von 21 bis 29 Jahren zurückzuführen (vgl. Abbildung 19).

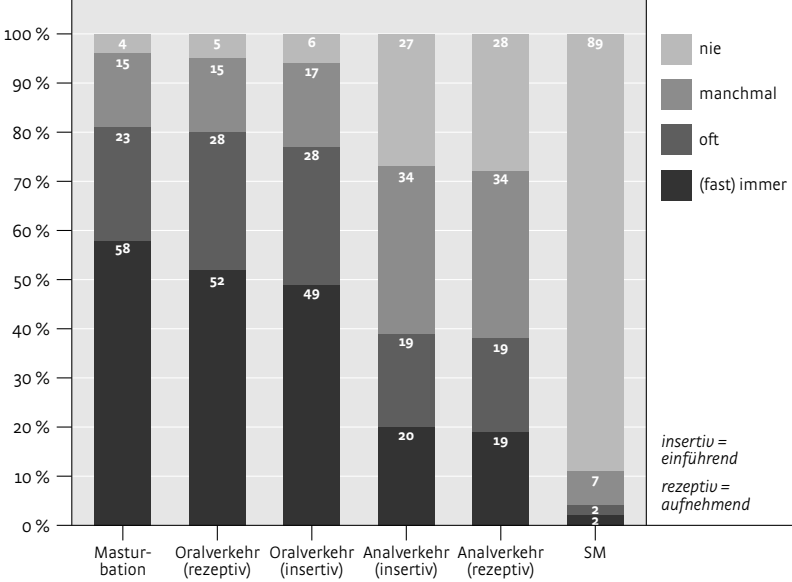


2. Vorkommen und Häufigkeit sexueller Praktiken

Die häufigste Praktik in den sexuellen Interaktionen der befragten homosexuellen Männer ist die mutuelle⁶ Masturbation, die zweithäufigste der Oralverkehr. Sadomasochistische Praktiken (SM) dagegen werden – wie auch die Ergebnisse der vorangegangenen Erhebungen belegen – nur von einer Minderheit ausgeübt (vgl. Abbildungen 20 und 21).

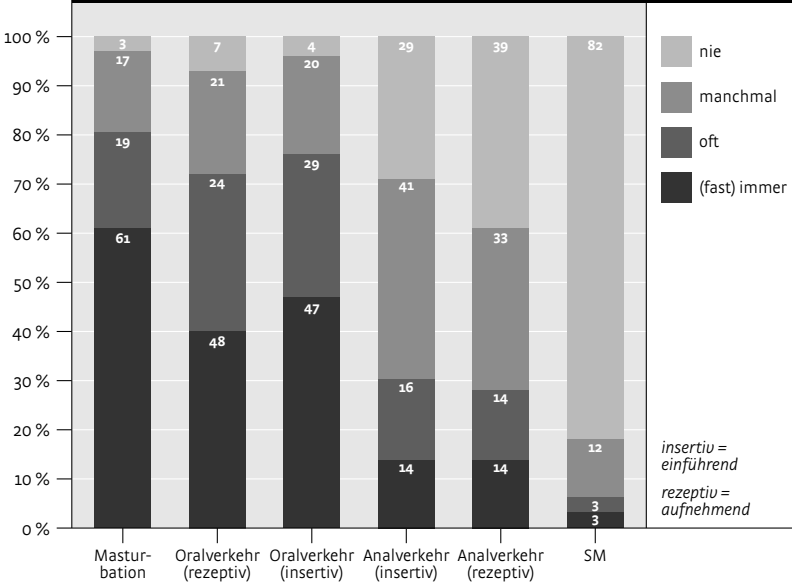
⁶ *mutuell* = gegenseitig

Abb. 20: Häufigkeit ausgewählter Sexualpraktiken mit dem festen Freund



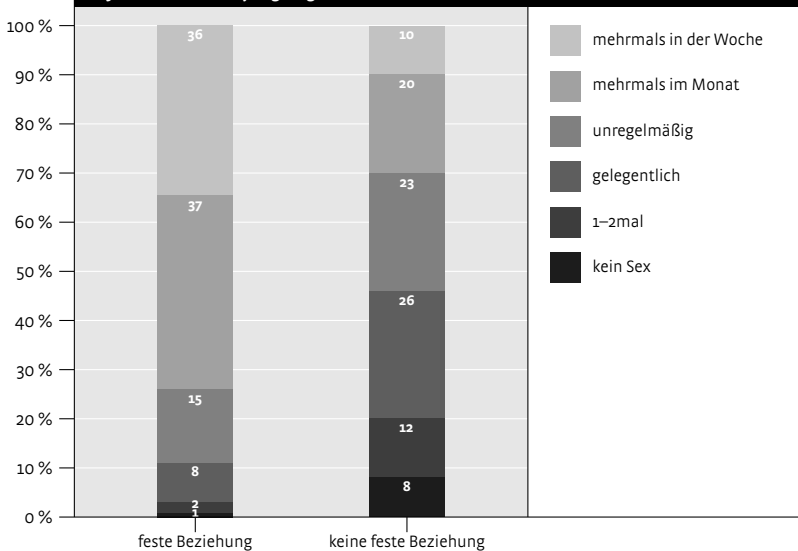
Berücksichtigt sind ausschließlich Sexpartner, mit denen die Befragten nicht fest befreundet waren.

Abb. 21: Häufigkeit ausgewählter Sexualpraktiken mit anderen Partnern



Werden alle Sexualpraktiken berücksichtigt, so zeigt sich, dass Männer in einer festen Beziehung häufiger Sexualkontakte haben als Männer ohne festen Partner – ein weiterer Hinweis auf die großen Unterschiede zwischen den sexuellen Lebensstilen homosexueller Männer. Die Ergebnisse belegen zudem, dass über die gewählte Verteilungsart des Fragebogens keineswegs nur sexuell aktive Männer erreicht werden, obgleich diese im realisierten „convenience sample“⁷ mit Sicherheit überrepräsentiert sind. Die Befragten ohne Sexualkontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung gehören zum großen Teil den jüngeren Altersgruppen an (vgl. Abbildung 22).

Abb. 22: Häufigkeit der sexuellen Kontakte mit einem Mann im Jahr vor der Befragung



30

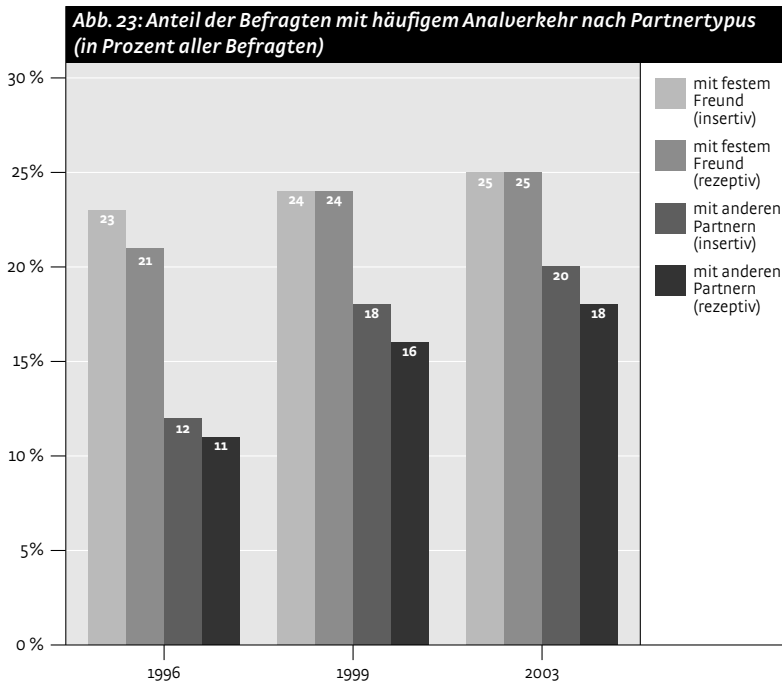
Alle bundesweit durchgeführten Befragungen homosexueller Männer seit 1971 ergaben, dass ungefähr vier Fünftel (80 %) der Befragten zumindest manchmal Analverkehr praktizieren (vgl. Bochow 1997b; 2001). 2003 lag der Anteil der Männer, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Analverkehr praktiziert haben, bei 81 % (1996: 81 %; 1999: 84 %). Ob und wie häufig die Befragten Analverkehr haben, ist in hohem Maße von ihrem Beziehungsstatus abhängig: 27 % der Männer, die zum Befragungszeitpunkt keine feste Beziehung hatten, 13 % der

⁷ *convenience sample (engl.): convenience bedeutet Zweckmäßigkeit; sample bedeutet Stichprobe. Bei Bevölkerungsgruppen, die schwer oder gar nicht über Repräsentativbefragungen erreicht werden können, greift man auf andere Auswahlverfahren zurück, in unserem Fall auf Magazine und Internetportale für schwule Männer.*

Männer in einer festen, eher monogamen Beziehung und 6 % der in einer „offenen“ (nicht monogamen) Beziehung Lebenden hatten im Jahr vor der Befragung keine anal-genitalen Kontakte. Darüber hinaus kommt Analverkehr in festen Beziehungen auch häufiger vor: 47 % der Männer mit festem Partner hatten mehrmals im Monat (oder in der Woche) anal-genitale Kontakte (insertiv und rezeptiv), bei den Männern ohne festen Partner waren das nur 18 %.

55 % der Befragten praktizieren sowohl rezeptiven wie insertiven Analverkehr, 11 % haben ausschließlich rezeptive, 16 % ausschließlich insertive anal-genitale Kontakte. Auch dies hängt mit dem Beziehungsstatus zusammen: 61 % der Männer ohne feste Beziehung haben sowohl rezeptive wie insertive anal-genitale Kontakte, dagegen 72 % der Männer in (eher) monogamen und 73 % der Befragten in nichtmonogamen Beziehungen.

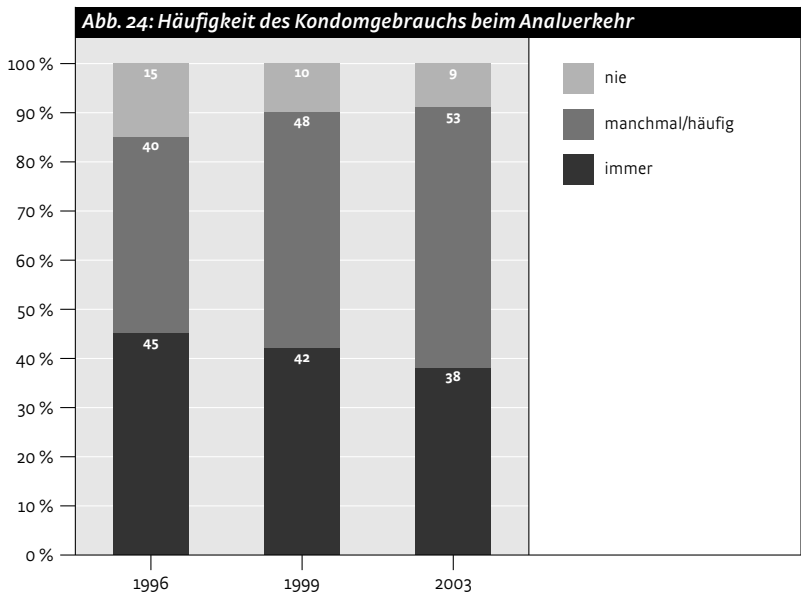
Während der Anteil der Männer, die Analverkehr praktizieren, sich über die Jahre kaum verändert hat, steigt seit 1996 die Häufigkeit, mit der er ausgeübt wird. Werden alle Angaben berücksichtigt, so ergibt sich ein Anteil von 33 % aller Befragten, die häufig anal-genitalen Sex praktizieren (1996: 27 %; 1999: 32 %). Abbildung 23 zeigt den Anteil der Männer (nach Partnertypus), die „fast immer“ oder „oft“ Analverkehr praktizieren; der stärkste Anstieg ist bei Partnern zu verzeichnen, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind.



3. Präventives Verhalten und Häufigkeit von Risikokontakten

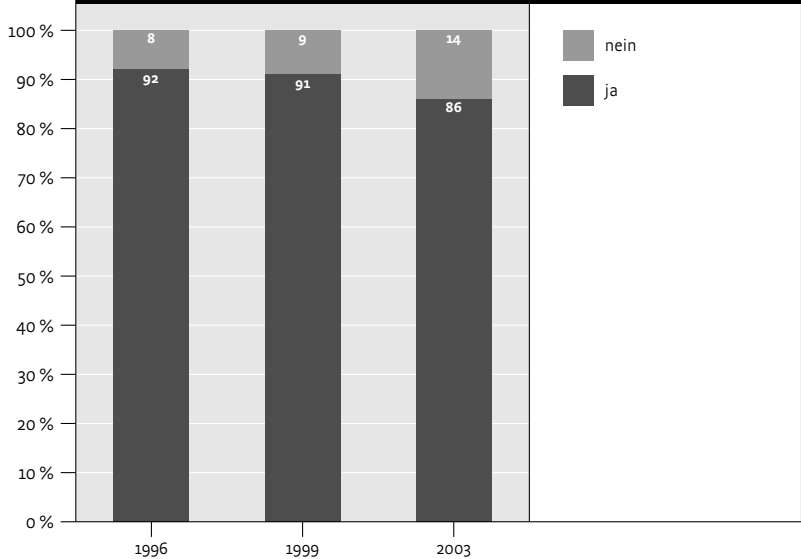
3.1 Kondomgebrauch – Erfahrungen und Widerstände

Immer weniger der Männer, die Analverkehr praktizieren (2003: 81 % der Befragten), benutzen dabei durchgängig Kondome, immer mehr sind bereit, manchmal oder häufiger darauf zu verzichten (vgl. Abbildung 24). Während sich der Anteil der Männer, die nie ein Kondom gebrauchen, zwischen 1999 und 2003 kaum verändert hat, ist der Anteil derjenigen, die das immer tun, von 1996 bis 2003 von 45 auf 38 % gesunken.



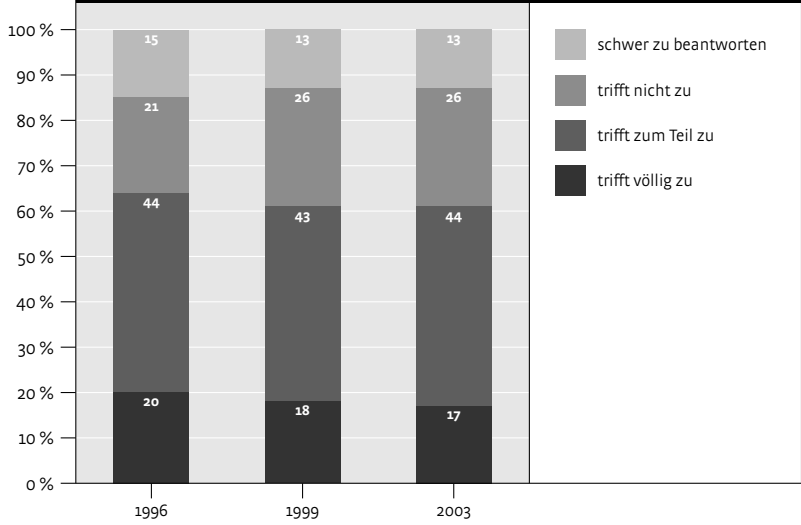
Die Frage, ob sie ein Kondom in der Tasche oder zu Hause haben, beantwortet auch 2003 die große Mehrheit der Befragten mit „ja“; dieser Anteil ist allerdings über die Jahre etwas geringer geworden (vgl. Abbildung 25).

Abb. 25: Vorhandensein eines Kondoms



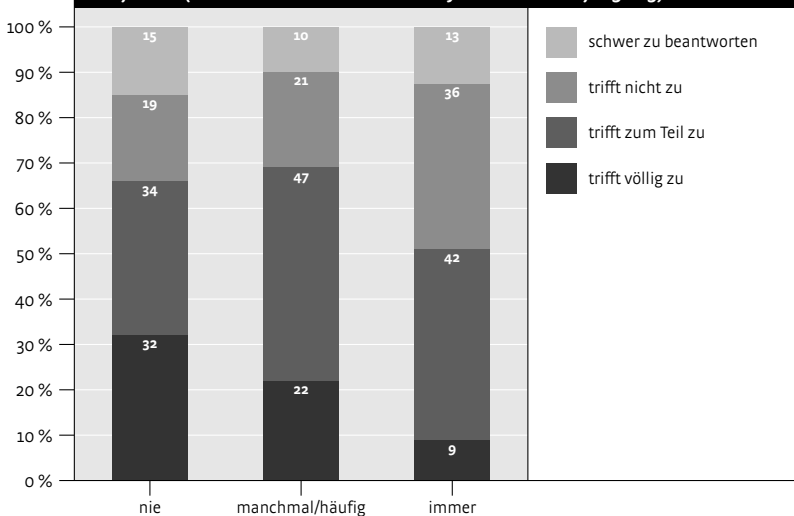
Der routinierte Umgang mit Kondomen hat bisher nicht zu einer Abnahme der Widerstände gegenüber ihrem Gebrauch geführt. Die Aussagen der Befragten zum Kondom als Störfaktor beim Sex haben sich seit 1996 kaum verändert (vgl. Abbildung 26).

Abb. 26: Wahrnehmung des Kondoms als Beeinträchtigung (in Prozent aller Befragten)



Unter den Männern, die beim Analverkehr keine Kondome benutzen, ist der Anteil derer, die sich stark beeinträchtigt fühlen, am höchsten, unter denen, die durchgängig Kondome benutzen, am niedrigsten. Dies bestätigt den Befund aus früheren Befragungen (vgl. Abbildung 27).

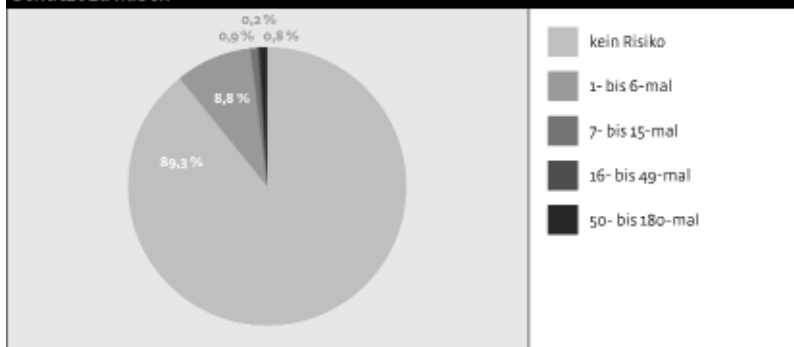
Abb. 27: Häufigkeit des Kondomgebrauchs und Aussage zum Kondom als Störfaktor (Männer mit Analverkehr im Jahr vor der Befragung)



34

Wie bei den früheren Befragungen zeigt sich auch 2003, dass der habitualisierte⁸ Kondomgebrauch gelegentliche Risikokontakte nicht ausschließt: Auch Männer, die angeben, beim Analverkehr *immer* ein Kondom zu benutzen, berichten über sporadische Risikokontakte – ein Beleg dafür, dass (nicht nur in der empirischen Sozialforschung) „immer“ häufig als „fast immer“ zu verstehen ist (vgl. Abbildung 28).

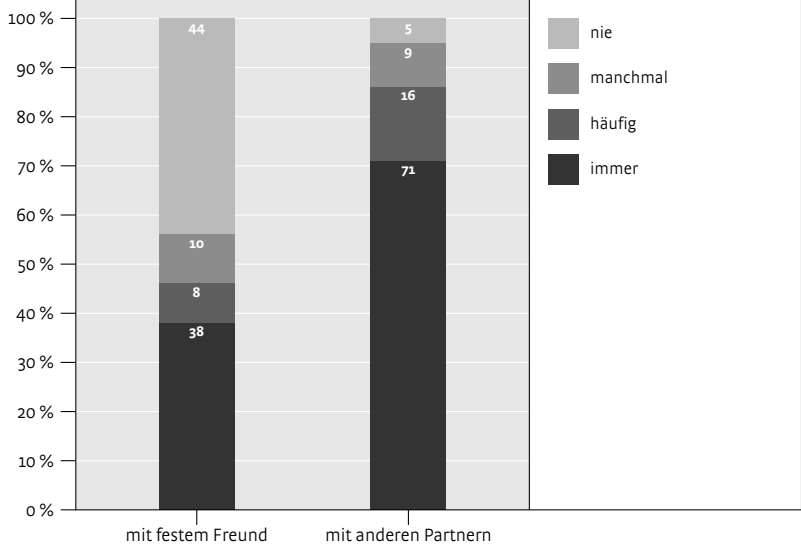
Abb. 28: Anzahl der Risikokontakte von Befragten, die angeben, „immer“ ein Kondom benutzt zu haben



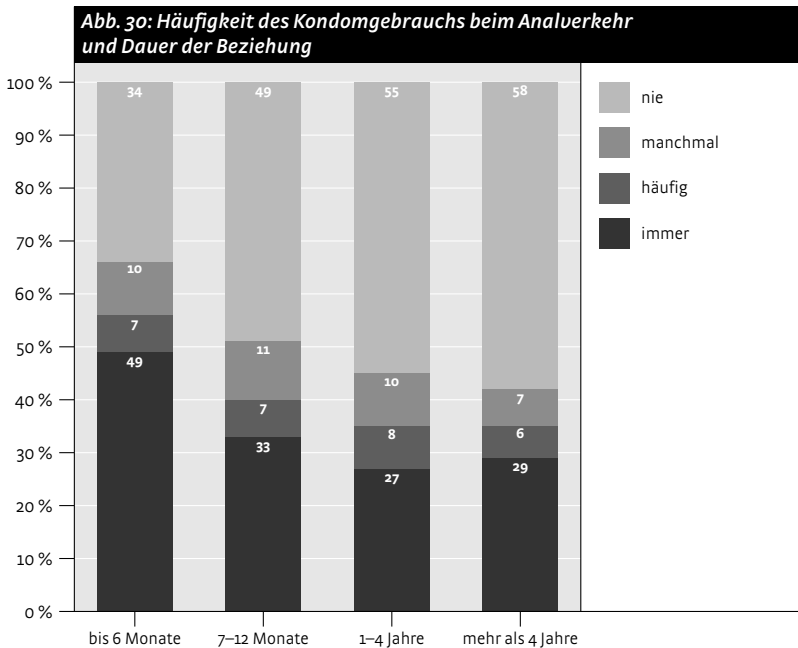
⁸ *habitualisiert* = zur Gewohnheit geworden

Während die Häufigkeit sexueller Kontakte (vor allem auch anal-genitaler) innerhalb fester Beziehungen höher ist als außerhalb, ist das Ausmaß der Habitualisierung des Kondomgebrauchs hier geringer. 71 % der Befragten, die Analverkehr mit Partnern hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren, haben hierbei *immer* ein Kondom benutzt; bei ihnen kann davon ausgegangen werden, dass sie den Kondomgebrauch habitualisiert haben. Weitere 16 % haben dabei *häufig* ein Kondom benutzt, sie haben das Kondom somit zumindest weitgehend in ihre sexuellen Interaktionen integriert. Bei ihrem letzten anal-genitalen Kontakt mit einem nicht fest mit ihnen befreundeten Partner benutzten 81 % der Befragten ein Kondom. Innerhalb fester Beziehungen hat ein sehr viel geringerer Anteil von Männern den Kondomgebrauch bei anal-genitalen Kontakten habitualisiert. Lediglich 38 % der Befragten, die Analverkehr mit dem festen Freund haben, benutzen dabei *immer* ein Kondom, 44 % hingegen tun dies nie (vgl. Abbildung 29). Zwischen Männern, die ausschließlich insertive, ausschließlich rezeptive und sowohl insertive wie rezeptive anal-genitale Kontakte hatten, gibt es keine wesentlichen Unterschiede in der Häufigkeit der Kondombenutzung.

Abb. 29: Häufigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr



Die Habitualisierung des Kondomgebrauchs ist abhängig von der Dauer der festen Beziehung: je länger die Beziehung dauert, umso eher wird auf das Kondom verzichtet (vgl. Abbildung 30).



Eine analoge Tendenz zeigt sich hinsichtlich der Kondombenutzung beim letzten anal-genitalen Kontakt mit dem festen Freund. Ein Kondom benutzten hierbei 55 % der Männer in einer Beziehung, die bis zu sechs Monaten dauerte, 38 % der Befragten in einer sieben bis zwölf Monate alten Beziehung und 36 % der Männer in über vierjährigen Beziehungen.

Ein Vergleich der Angaben zur Häufigkeit des Kondomgebrauchs aus den Jahren 1996, 1999 und 2003 zeigt Einbrüche vor allem beim Analverkehr mit Partnern, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind (vgl. Abbildungen 31 und 32).

Abb. 31: Häufigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr mit festem Freund nach Jahr der Befragung

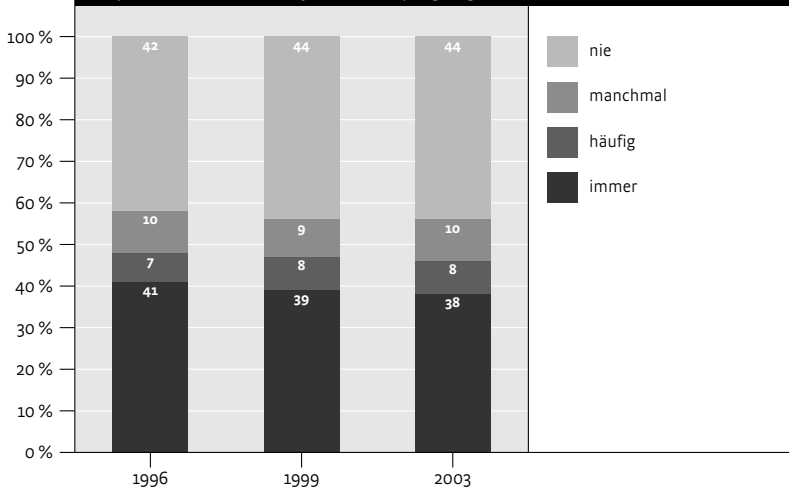
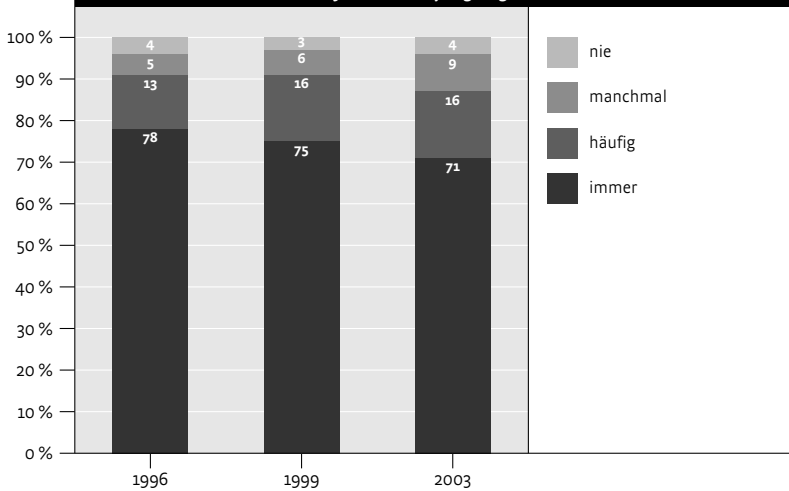


Abb. 32: Häufigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr mit anderen Partnern nach Jahr der Befragung



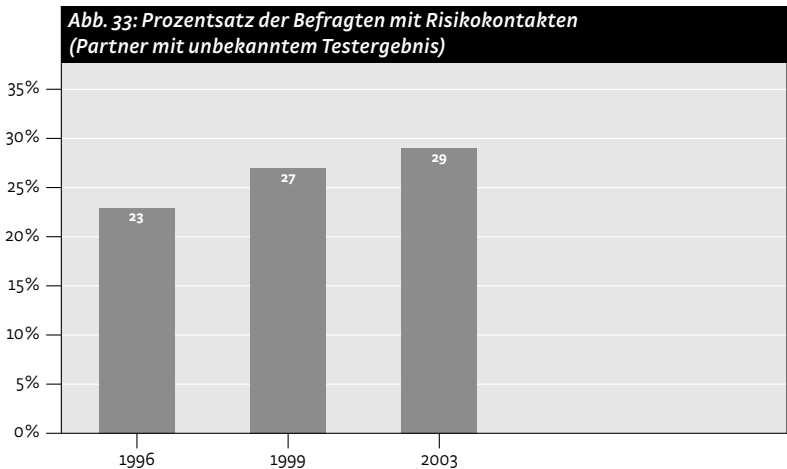
3.2 Zur Häufigkeit von HIV-Risikokontakten

Seit 1996 wird die Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte mit Partnern erhoben, deren Testergebnis unbekannt oder anders als das des Befragten war; hierbei wird unterschieden zwischen dem festen Freund, Partnern, die der Befragte schon vor dem Sexualkontakt kannte, und unbekanntem Partnern.

Die Häufigkeit der Risikokontakte wurde nicht mit einer offenen Frage erfasst, sondern im Fragebogen, bezogen auf den Zeitraum von zwölf Monaten vor der Befragung, vorgegeben. Eine offene Frage, so die Vermutung, hätten wahrscheinlich weniger Männer beantwortet; außerdem hätte sie mit Sicherheit auch den „Einmal-ist-keinmal-Effekt“ erhöht. Mit den Antwortvorgaben wird deutlich zwischen sporadischen (ein- bis zweimal, drei- bis viermal), häufigeren (fünf- bis zehnmal) und sehr häufigen Risikokontakten (jeden Monat, jede Woche) unterschieden, doch schließt selbstverständlich auch dieses Frageschema nicht aus, dass eine gewisse Anzahl von Männern aus Gründen der sozialen Erwünschtheit weniger Risikokontakte angibt, als sie tatsächlich hatte. Abgeschreckt jedenfalls hat die Art und Weise der Abfrage im Fragebogen kaum; lediglich 50 Männer (1 %) haben die Frage, ob sie ungeschützte anal-genitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis hatten, nicht beantwortet.

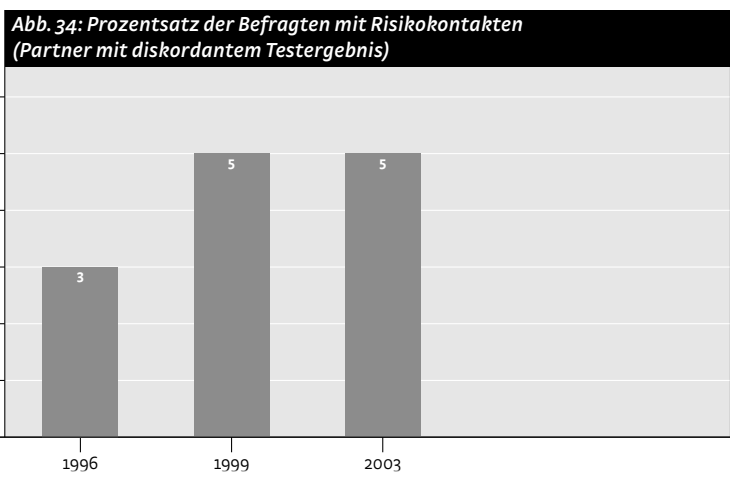
Wie schon 1996 und 1999 macht ein bedeutender Anteil derer, die Risikokontakte mit Männern mit *unbekanntem* Serostatus verneinen, keine Angaben mehr zu der Frage nach Risikokontakten bei *diskordantem*⁹ Serostatus (11 % aller Befragten; 1999: 12 %; 1996: 13 %). Diesen Männern Risikokontakte zu unterstellen, die sie verschweigen wollen, wäre unangemessen. Wie schon in allen vorherigen Befragungen geben wesentlich mehr Befragte ungeschützten Analverkehr mit Partnern an, deren Testergebnis unbekannt ist, als mit Partnern, die ein anderes Testergebnis haben als sie selbst.

Allerdings hat der Anteil der Befragten, die Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis angeben, zugenommen (vgl. Abbildungen 33 und 34).

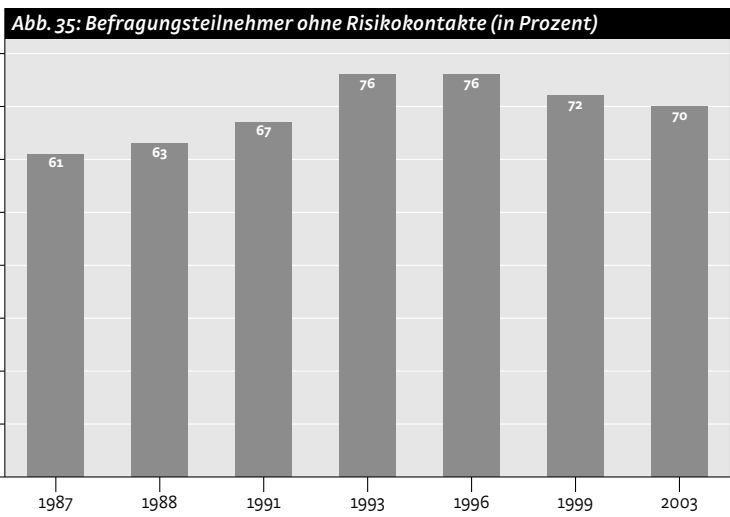


⁹ *diskordant* = nicht übereinstimmend

Der Anteil der Befragten, die in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner hatten, dessen Testergebnis anders war als das eigene, hat von 1996 bis 1999 von drei auf fünf Prozent zugenommen und ist im Jahr 2003 unverändert (vgl. Abbildung 34).

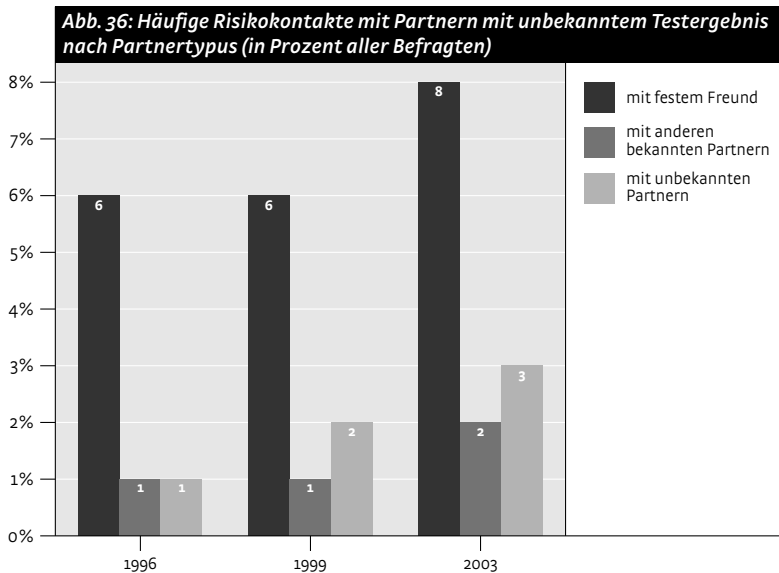


Seit 1996 ist ein gewisser Rückgang der Bereitschaft zu Safer Sex erkennbar: 1996 gaben 74,4 % der Befragten keine Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung an, 1999 waren dies 71,5 %, 2003 liegt der Anteil bei 69,6 %. Verfolgt man das Safer-Sex-Verhalten seit 1987 – dem Beginn der Befragungen über die Schwulenpresse –, so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 35):



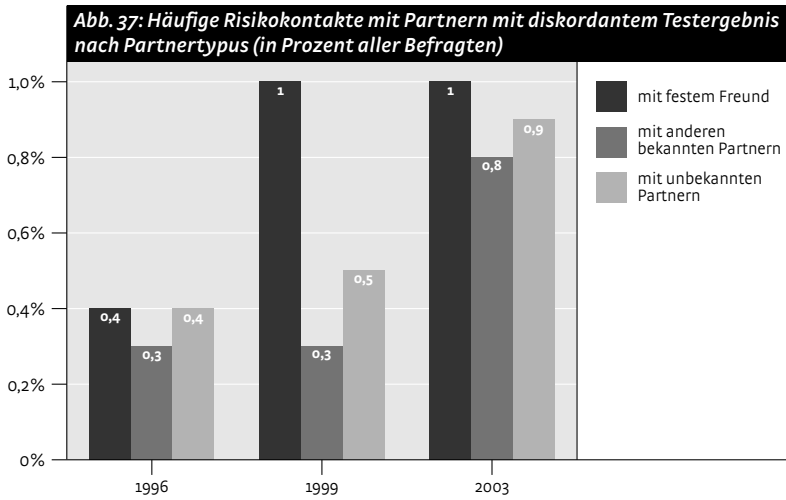
Die Auswertungen der Erhebungen von 1991 bis 1999 wie auch die Ergebnisse anderer Befragungen in Deutschland (Dannecker 1990) und in Westeuropa (z. B. Davies u. a. 1993; Schiltz 1998; Schiltz/Adam 1995) zeigen übereinstimmend, dass Analverkehr – auch ungeschützter – überwiegend in festen Beziehungen häufig praktiziert wird (siehe Bochow 1994, 1997b, 2001). Die Erhebung von 2003 bestätigt diesen Befund. Der Anteil der Befragten mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Erhebung war bei Männern in festen Beziehungen genau so hoch wie bei Männern ohne festen Partner. Bei Männern in festen Beziehungen ist jedoch der Anteil derer, die häufig Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus eingehen (ungeschützter Analverkehr jeden Monat/jede Woche), deutlich höher als bei Männern außerhalb fester Beziehungen. Bei Risikokontakten mit Partnern mit anderem Serostatus ist dieser Unterschied wesentlich geringer ausgeprägt (vgl. Abbildungen 36¹⁰ und 37).

40

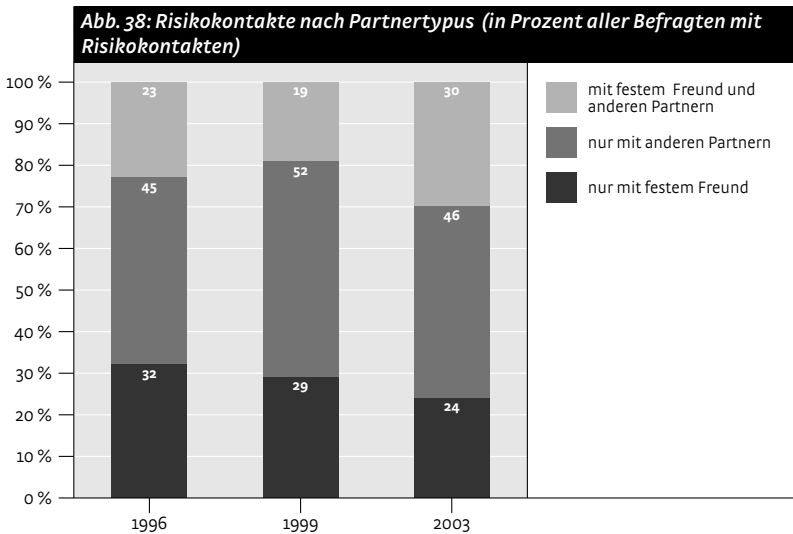


Die Abbildungen 36 und 37 dokumentieren die Zunahme der Risikobereitschaft bei Kontakten mit Partnern, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind. Dass diese Zunahme stärker ist als bei Kontakten zwischen fest befreundeten Männern, bedeutet, dass ein wachsender Anteil der Risikokontakte außerhalb fester Beziehungen stattfindet. Der Prozentsatz der Männer, die sehr häufig Risikokontakte mit einem festen Partner mit unbekanntem Serostatus haben, ist seit 1996 um zwei Punkte oder ein Drittel gestiegen, bei Risikokontakten mit unbe-

¹⁰ Zu jenen Befragten, die beim „anonymen“ oder flüchtigen Sex Risikokontakte eingingen: Auch wenn im Fragebogen die Kategorie „Partner, die Sie nicht kannten“ verwendet wurde, scheint eine Reihe der Männer dennoch eine Vermutung zu deren Serostatus zu haben, sonst wäre dieser Teil der Frage nicht beantwortet worden.

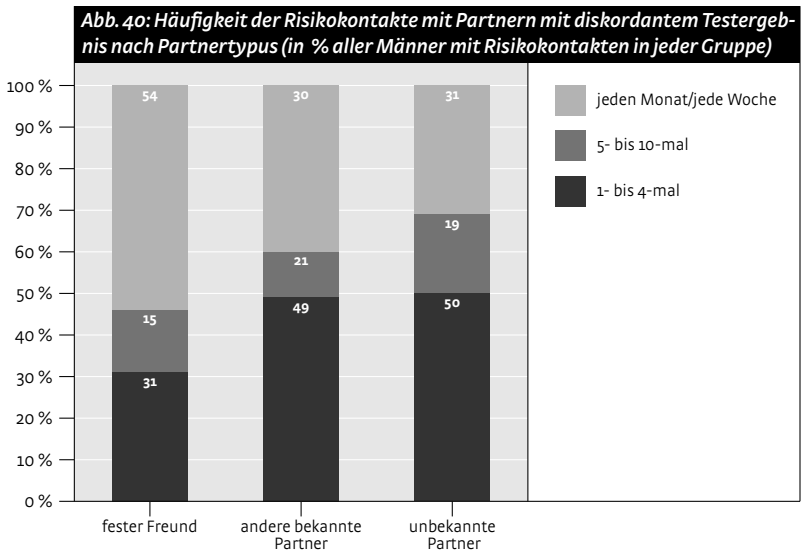
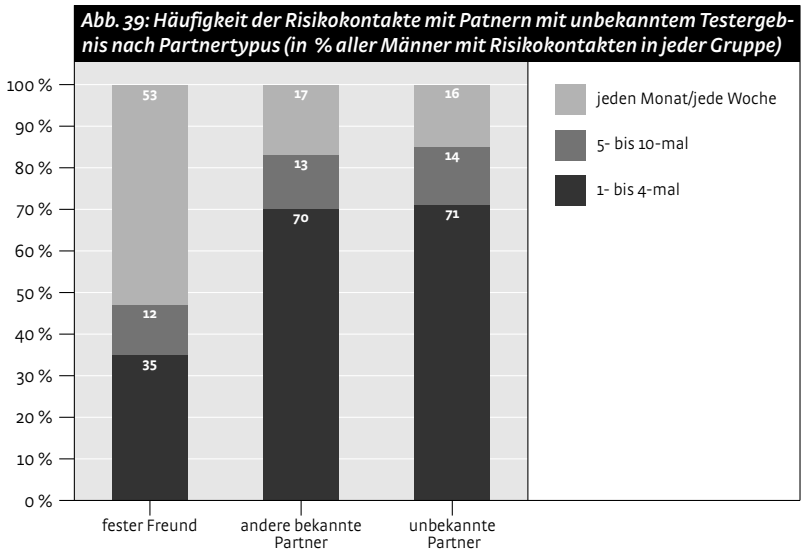


kannten Partnern hat er sich verdreifacht. Betrachtet man die steigende Risikobereitschaft außerhalb fester Beziehungen unabhängig vom Serostatus des Partners und der Häufigkeit solcher Kontakte, zeigt sich eine deutliche Tendenz (vgl. Abbildung 38): Der Anteil der Männer, die lediglich Risikokontakte mit ihrem festen Freund eingingen, hat abgenommen, jener der Männer, die mit dem festen Freund und anderen Partnern Risikokontakte eingingen, hat deutlich zugenommen, der Anteil der Männer, die ausschließlich mit anderen Partnern Risikokontakte eingingen, ist seit 1996 weitgehend stabil geblieben.



Wie schon erwähnt, ist zwar der Anteil der Befragten mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Erhebung bei Männern in festen Beziehungen genau so hoch wie bei Männern ohne festen Partner, doch unterscheidet sich die Häufigkeit von Risikokontakten nach Partnertypus. Risikokontakte mit Partnern, mit denen keine feste Beziehung besteht, kommen eher sporadisch, Risikokontakte in festen Beziehungen kommen häufiger vor (vgl. Abbildungen 39 und 40).

42



Wie in früheren Befragungen stellen die Männer, die wissentlich ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit diskordantem Testergebnis praktiziert haben, eine kleine Minderheit dar (4 % oder 211 Personen). 65 Männer (1,4 % aller Befragten) hatten mehr als viermal im Jahr ungeschützten Analverkehr mit diskordanten Partnern, die sie kannten, 70 Männer (1,5 % aller Befragten) mehr als viermal im Jahr mit Partnern, die sie nicht kannten, bei denen sie aber ein diskordantes Testergebnis vermuteten. Ob es sich bei dem häufigen Eingehen von Risiken unter diesen Männern um programmatisches *Barebacking*¹¹ handelt, kann auf der Basis der erhobenen Daten nicht eingeschätzt werden, da die Motive der Beteiligten bei dieser Art von quantitativen Befragungen nicht erhoben werden.

Bei Zusammenfassung *aller erhobenen Risikokontakte* (unabhängig vom Partnertypus)¹² zeigt sich, dass der Anteil der Befragten mit häufigen Risikokontakten (7 oder mehr) auf einem relativ niedrigen Niveau bleibt, der Prozentsatz von 1996 bis 2004 aber gestiegen ist (um 5 % bei Partnern mit unbekanntem Testergebnis, um 1 % bei Partnern mit diskordantem Testergebnis). Der Anteil der Befragten mit sporadischen Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Status ist von 1996 bis 1999 von 12 auf 15 Prozent gestiegen und seitdem beinahe konstant geblieben (vgl. Tabellen 4 und 5).

- 11 Der Begriff „Barebacking“ (engl., ursprünglich „Reiten ohne Sattel“, übertragen Sex ohne Kondom) zielt ja gerade auf etwas Spezifischeres als das „naturwüchsige“ Eingehen von Infektionsrisiken ab, das bereits in mehreren europäischen Studien in den 90er Jahren dokumentiert wurde (vgl. Davies u. a. 1993; Bochow 1997b; Schiltz 1998), nämlich auf das bewusste Eingehen solcher Risiken. Die neue Qualität dieses Risikoverhaltens soll hier nicht in Frage gestellt werden.
- 12 Zur Berechnung der Häufigkeit von Risikokontakten wurde folgendes Vorgehen gewählt: Ein bis zwei Risikokontakte erhielten den Wert 1,5, drei bis vier den Wert 3,5, fünf bis zehn den Wert 7,5, jeden Monat eingegangene Risikokontakte den Wert 14, jede Woche eingegangene den Wert 60. Die Summe der Risikokontakte bei Männern, die häufig ungeschützten Sex haben, wird mit dieser Berechnungsweise vermutlich unterschätzt. Dies ist für unsere Analyse jedoch nicht weiter von Belang, da es uns vornehmlich auf den Vergleich der Teilgruppen ankommt: 1. Männer ohne Risikokontakte, 2. Männer mit wenigen/sporadischen Risikokontakten, 3. Männer mit häufigeren und 4. Männer mit sehr häufigen Risikokontakten. Die Unterscheidung zwischen ein bis sechs, sieben bis 15 und mehr als 15 Risikokontakten ist willkürlich; die Ergebnisse werden so gedeutet, dass bei allen Befragten, die mehr als sechs Risikokontakte angeben, nicht mehr von sporadischen Risiken die Rede sein kann.

Tabelle 4: Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis (in Prozent aller Befragten)

Häufigkeit	1996	1999	2003
kein Risikokontakt dieser Art	77	73	70
1- bis 6-mal	12	15	14
7- bis 15-mal	5	7	6
16- bis 49-mal	1	1	2
50- bis 180-mal	4	4	7
keine Angabe	1	unter 1	unter 1
Insgesamt	100	100	100
Gesamtzahl (n)	2.958	2.995	4.750

44

Tabelle 5: Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs mit Partnern mit diskordantem Testergebnis (in Prozent aller Befragten)

Häufigkeit	1996	1999	2003
kein Risikokontakt dieser Art	96	95	95
1- bis 6-mal	2	2	2
7- bis 15-mal	1	1	1
16- bis 180-mal	1	1	2
keine Angabe	1	unter 1	unter 1
Insgesamt	100	100	100
Gesamtzahl (n)	2.958	2.995	4.750

Die graphische Darstellung dieser Daten macht deutlich, dass der Anteil der Männer mit häufigeren Risikokontakten von 1999 bis 2003 gestiegen ist (vgl. Abbildungen 41 und 42).

Abb. 41: Frequenz der Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus (in Prozent aller Männer mit Risikokontakten)

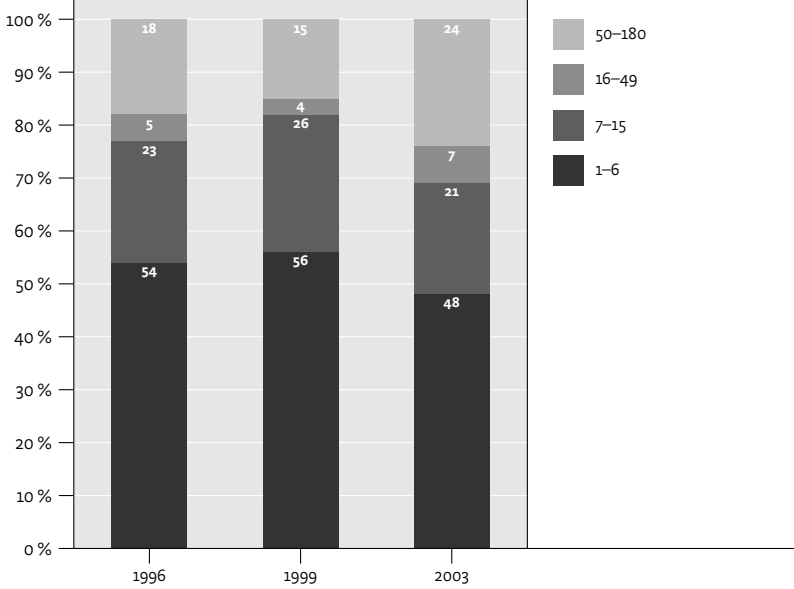
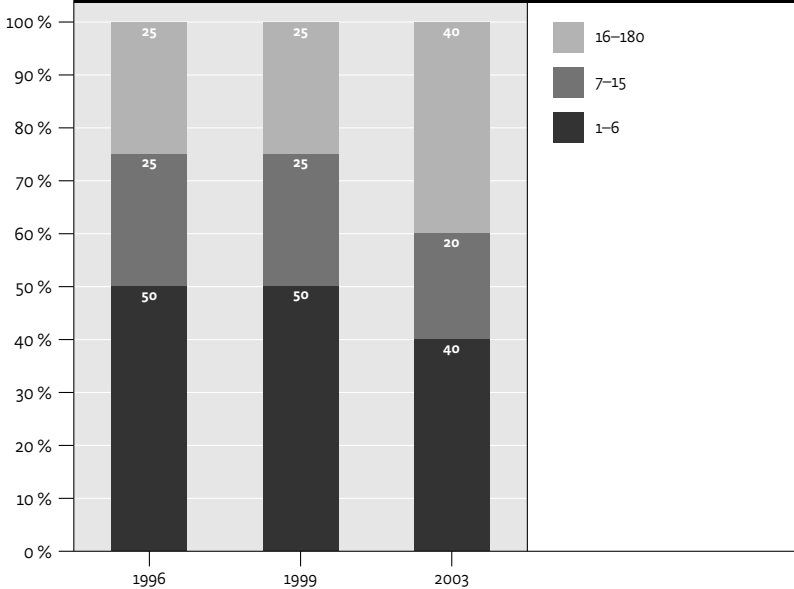


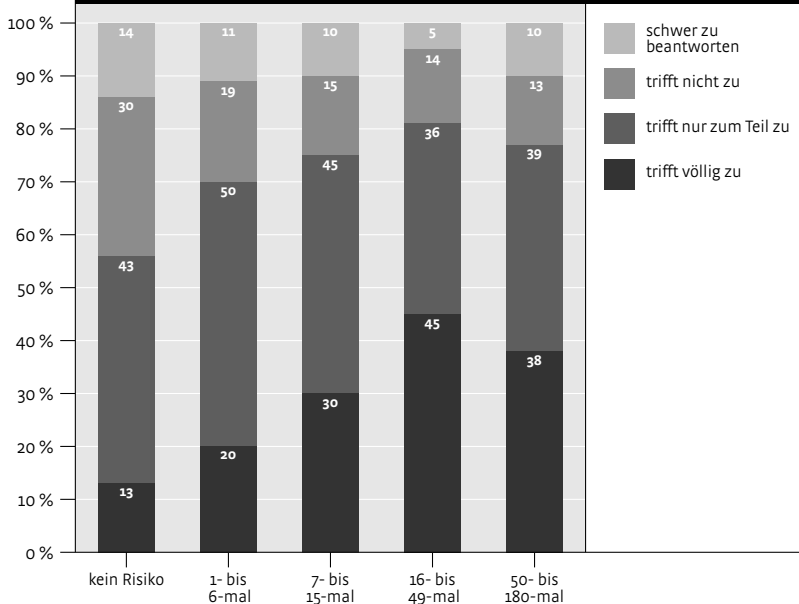
Abb. 42: Frequenz der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus (in Prozent aller Männer mit Risikokontakten)



3.3 Negative Reaktionen auf das Kondom und Frequenz der Risikokontakte

Wie die Abbildungen 43 und 44 zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen der Abneigung gegenüber Kondomen und der Häufigkeit von Risikokontakten: Männer, die häufiger Risiken eingehen, erleben das Kondom stärker als Beeinträchtigung.

Abb. 43: Aussage zum Kondom als Störfaktor beim Sex nach Anzahl der Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus



Ein Vergleich zwischen den Erhebungen von 2003 und von 1999 (vgl. Abbildungen 43–46) zeigt, dass das Antwortverhalten hinsichtlich des Kondoms als Störfaktor bei den Männern mit wenigen Risikokontakten weitgehend gleich geblieben ist, während sich die empfundene Einschränkung durch Kondome bei Männern, die eine höhere Zahl von Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis hatten, verstärkt hat.

Abb. 44: Aussage zum Kondom als Störfaktor beim Sex nach Anzahl der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem serostatus

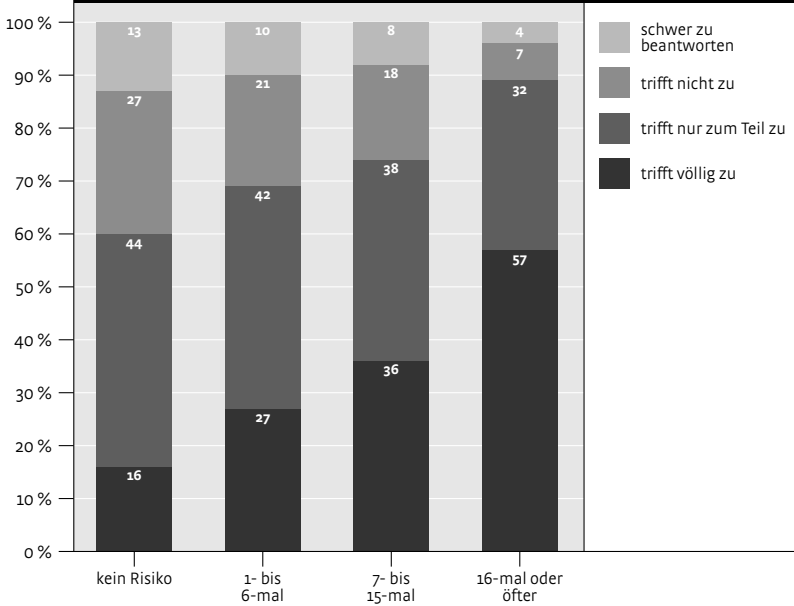


Abb. 45: Aussage zum Kondom als Störfaktor beim Sex nach Anzahl der Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus (1999)

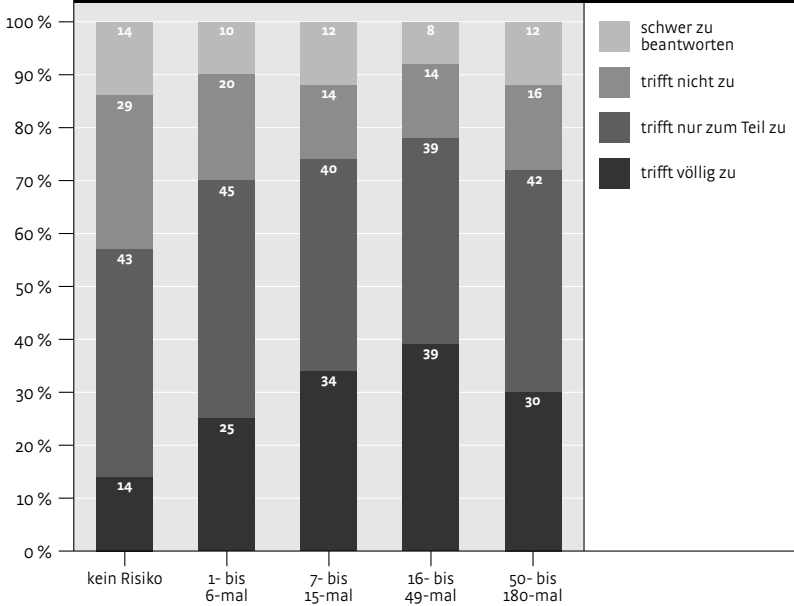
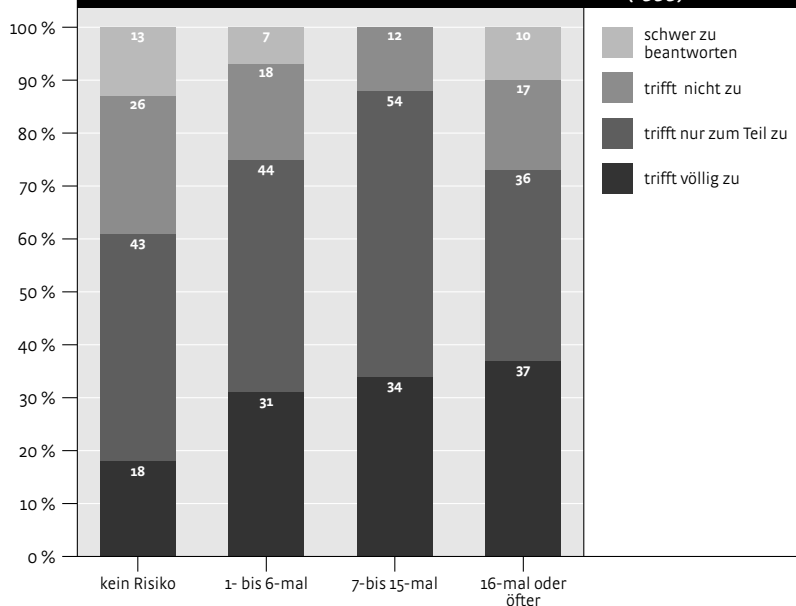


Abb. 46: Aussage zum Kondom als Störfaktor beim Sex nach Anzahl der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus (1999)



48

3.4 Risikomanagementstrategien

Eingegangene Risikokontakte sind vor dem Hintergrund unterschiedlicher Strategien der Risikominimierung zu sehen. Die bisherigen Erhebungen in Deutschland und Frankreich lassen drei dominierende Muster erkennen (vgl. Bochow u. a. 2003):

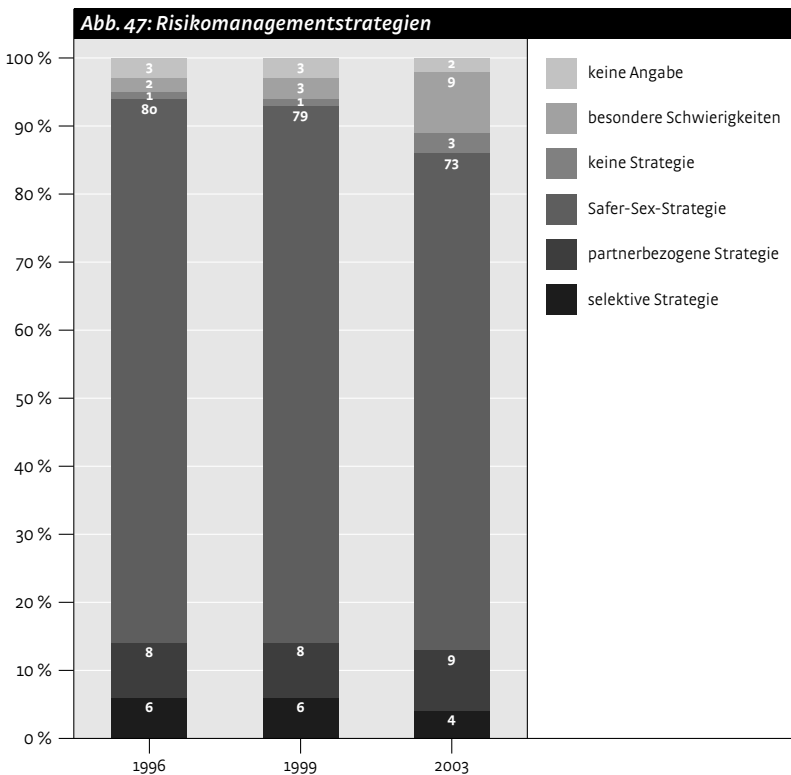
- » **Selektive¹³ Strategien** bestehen darin, die Anzahl der Sexualpartner zu verringern, bestimmte Treffpunkte zu meiden oder auf das Aussehen der Sexualpartner zu achten. Allerdings ist es ein Trugschluss, sich durch solche Strategien schützen zu können.
- » Die zweite Strategie beruht auf dem *Rückhalt in einer festen Beziehung*, in der die Partner entweder monogam leben oder aber mit anderen Personen nur geschützten Sex haben. Zwar ist diese „partnerorientierte“ Strategie gewiss angemessener als die selektive Strategie, doch unterliegen die Befragten auch hier möglicherweise einer Schutzillusion, wenn sie den Serostatus der beiden fest befreundeten Partner nicht präzise abklären.
- » Die einzige wirkliche „Schutzstrategie“ ist, Safer Sex zu praktizieren, nur noch sexuelle Kontakte mit Männern mit dem gleichen Testergebnis zu haben oder sich bei Sexualkontakten auf gegenseitige Masturbation zu beschränken. Allerdings vermeiden wahrscheinlich auch die Männer aus dieser Gruppe Risikokontakte nicht durchgängig; zweifelhaft ist, ob die Annahmen über den

¹³ selektiv = auf Auswahl beruhend

Serostatus des Sexualpartners immer zutreffen und ob tatsächlich immer Safer Sex praktiziert wird.

Die große Mehrheit der Befragten verfolgt die zuletzt beschriebene „protektive“¹⁴ Strategie, die bei vielen Männern jedoch zusätzlich Elemente der „partnerorientierten“ oder der selektiven Strategien enthält. 73 % (1999: 79 %) erklären, dass sie sich (relativ durchgängig) an die Safer-Sex-Regeln halten, sich auf Sexualkontakte mit Partnern mit gleichem Testergebnis beschränken oder bei Sexualkontakten lediglich gegenseitige Masturbation praktizieren. 9 % (1999: 8 %) der Befragten gehen davon aus, dass ihre feste Beziehung genug Schutz vor einer HIV-Infektion bietet, 4 % (1999: 6 %) verfolgen lediglich eine „selektive“ Strategie und vertrauen darauf, dass die Verringerung der Zahl ihrer Sexualpartner und deren sorgfältige Auswahl das Infektionsrisiko hinreichend senkt. 3 % (1999: 1 %) der Befragten erklären, sich nicht an die Safer-Sex-Regeln zu halten, auch wenn dies ein Risiko bedeute, 9 % (1999: 3 %) fällt es schwer, sich an diese Regeln zu halten.

Vergleicht man die Daten der letzten drei Erhebungen zu den Risikomanagementstrategien (vgl. Abbildung 47), zeigt sich folgendes Bild: Nach wie vor ver-

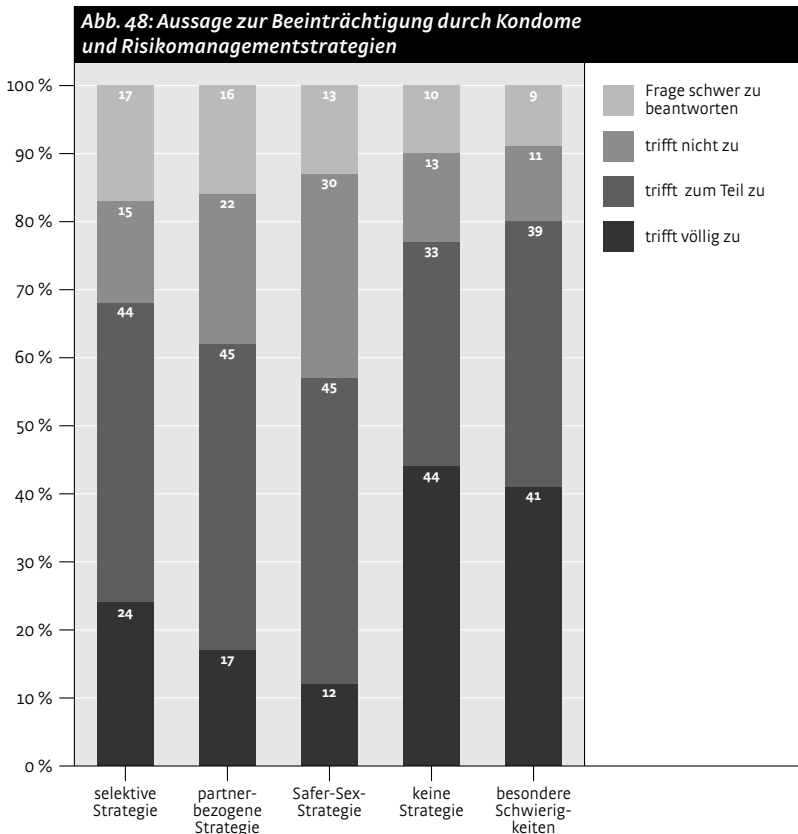


¹⁴ protektiv = schützend

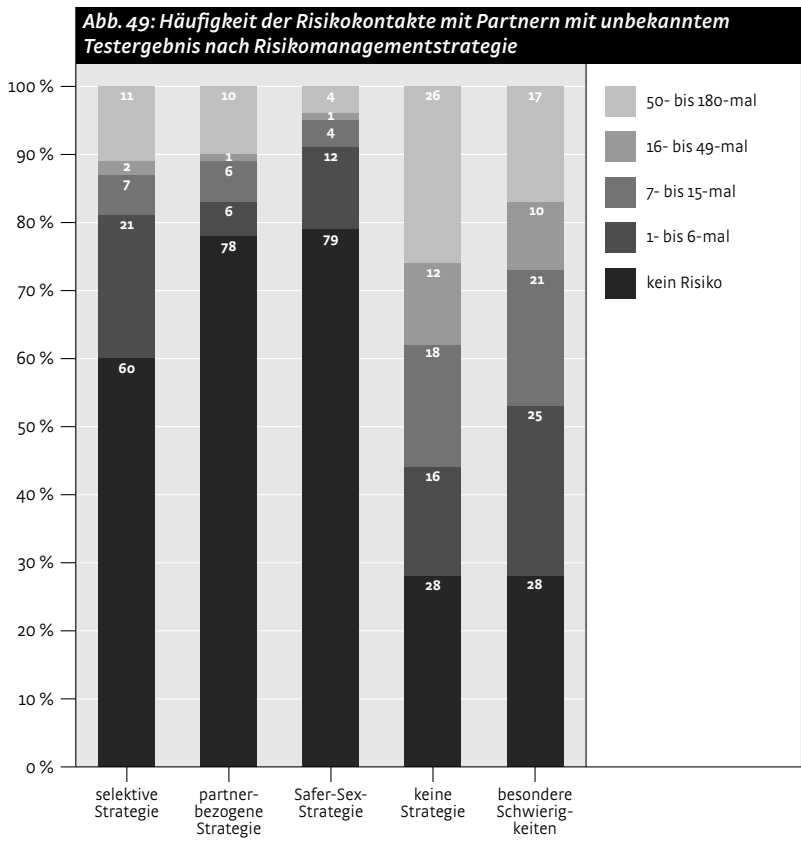
folgt die Mehrheit der Männer eine Safer-Sex-Strategie, wenngleich ihr Anteil gesunken ist. Gewachsen ist der Anteil der Befragten ohne Strategie („keine Strategie“ bedeutet: keine Änderung des Sexualverhaltens, auch wenn dies ein Risiko darstellt) und derjenigen, denen es schwer fällt, ihr Sexualverhalten zu ändern, um das Infektionsrisiko zu vermeiden („besondere Schwierigkeiten“). Diese Veränderungen sind nicht auf die stärkere Beteiligung jüngerer Männer an der Befragung zurückzuführen, denn in allen Altersgruppen ist eine ähnliche Entwicklung festzustellen.

Die Männer in den Kategorien „keine Strategie“ und „besondere Schwierigkeiten“ haben besondere Probleme, das Kondom in ihre sexuellen Interaktionen zu integrieren. Auch die Männer, die eine selektive Strategie der Risikominimierung verfolgen, fühlen sich stärker durch Kondome beeinträchtigt als diejenigen, die in der Regel Safer Sex praktizieren (vgl. Abbildung 48).

50



Wie bei früheren Befragungen verweisen die im Jahr 2003 erhobenen Daten auf eine hohe Übereinstimmung zwischen den verfolgten Risikominderungsstrategien und dem berichteten Risikoverhalten. Unter den Personen, denen die Einhaltung der Safer-Sex-Regeln schwer fällt oder die dies gar nicht erst versuchen, finden sich die höchsten Anteile von Männern mit Risikokontakten. Hingegen hatten über drei Viertel der Männer, die eine Safer-Sex- oder eine partnerbezogene Strategie verfolgen, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keine Risikokontakte (vgl. Abbildung 49).



Welche Risikomanagementstrategie bevorzugt wird, ist auch vom Beziehungsstatus abhängig. Männer in eher monogamen Beziehungen verfolgen überdurchschnittlich häufig partnerorientierte Strategien, Männer in nicht monogamen Beziehungen und ohne feste Beziehung eher „protektive“. 57 % der Männer, die keine Risikominderungsstrategie verfolgen und denen es schwer fällt, die Safer-Sex-Regeln einzuhalten, leben nicht in einer festen Beziehung.

Im Jahr 2003 wurden zum ersten Mal Fragen zum (ungeschützten) Analverkehr ohne Ejakulation¹⁵ als Risikominderungsstrategie gestellt (unterschieden nach Partnertypus und rezeptivem und insertivem Analverkehr), eine Praktik, die in der internationalen Literatur unter dem Stichwort „dipping“ (etwa „tunken“) erscheint und schon in anderen Ländern dokumentiert wurde (vgl. Bochow 2002). 10 % der Befragungsteilnehmer praktizieren ungeschützten Analverkehr ohne Ejakulation, um einer HIV-Übertragung vorzubeugen. Die Aufschlüsselung der Angaben ergibt folgendes Bild (vgl. Tabelle 6):

Tabelle 6: ungeschützter Analverkehr ohne Ejakulation

	% aller Befragten	Anzahl (n)
insertiv mit festem Freund	3,5	168
rezeptiv mit festem Freund	4,0	189
insertiv mit anderen Partnern	3,2	153
rezeptiv mit anderen Partnern	3,5	168

52

Erwartungsgemäß überschneiden sich die in Tabelle 6 getrennt dargestellten Gruppen, wie Tabelle 7 zeigt:

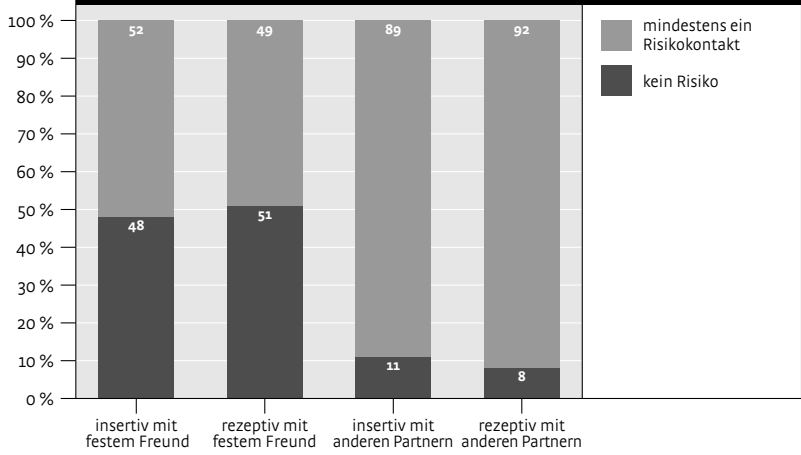
Tabelle 7: ungeschützter Analverkehr ohne Ejakulation (in Prozent aller Befragten)

	% aller Befragten	Anzahl (n)
insertiv und rezeptiv mit festem Freund	1,7	79
nur rezeptiv mit anderen Partnern	1,6	76
nur rezeptiv mit festem Freund	1,5	69
nur insertiv mit anderen Partnern	1,2	60
nur insertiv mit festem Freund	1,2	57
insertiv und rezeptiv mit anderen Partnern	1,2	57
insertiv und rezeptiv mit festem Freund und mit anderen Partnern	0,3	12
alle anderen Kombinationen	0,8	40
Gesamt	9,5	450

¹⁵ analog zum heterosexuellen coitus interruptus

Risikokontakte kamen eher bei Männern vor, die ungeschützten Analverkehr ohne Ejakulation mit Partnern hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren, als bei Männern, die diese Praktik mit ihrem festen Partner ausübten (vgl. Abbildung 50).

Abb. 50: Risikokontakte in den letzten zwölf Monaten nach Art des Analverkehrs ohne Ejakulation



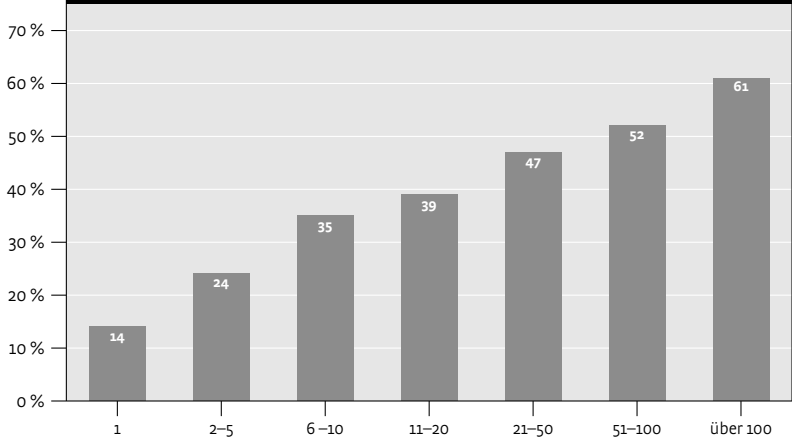
Dieser Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich ein hoher Anteil der Männer, die diese Art von Sex in festen Beziehungen praktizieren, den gleichen Serostatus beider Partner hat bestätigen lassen. Bei den Männern, die insertiven Analverkehr ohne Ejakulation mit ihrem festen Freund praktizieren, haben 47 % den gleichen Serostatus wie ihr Partner (38 % konkordant negativ, 9 % konkordant positiv), bei den Befragten, die passiven Analverkehr ohne Ejakulation praktizieren, sind dies 52 % (43 % konkordant negativ, 9 % konkordant positiv); vgl. hierzu Kapitel IV, 6. Die hohe Übereinstimmung der Gruppe der Männer, die ungeschützten Analverkehr ohne Ejakulation praktizieren, mit der Gruppe der Befragten, die Risikokontakte angeben, wirft die Frage auf, ob diese Praktik nicht schon in den 90er Jahren von vielen Beteiligten verfolgt wurde, ohne dass hierfür bereits eine Bezeichnung erfunden war. Wie auch immer: die Praxis des „Dipping“ scheint mit „traditionellerem“ Risikoverhalten einherzugehen, eine neue Untergruppe ist hiermit nicht entstanden.

3.5 Partnerzahl und HIV-Risiko

In den zwölf Monaten vor der Befragung hatten 50 % der Männer 1–5 Sexualpartner, 46 % 6 oder mehr (siehe Kapitel III, 1). Der seit 1993 dokumentierte Zusammenhang zwischen höherer Partnerzahl und Risikoverhalten hat sich auch

2003 bestätigt: Je mehr Sexualpartner ein Teilnehmer in den zwölf Monaten vor der Befragung hatte, umso wahrscheinlicher kam ein Risikokontakt vor (vgl. Abbildung 51).

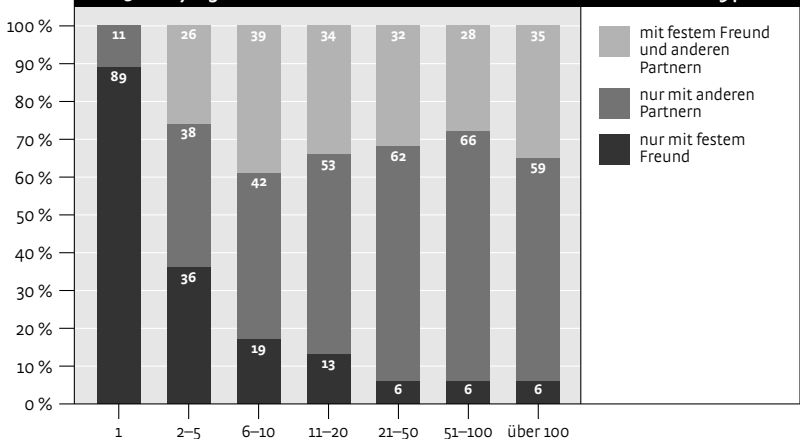
Abb. 51: Prozentsatz der Befragten mit mindestens einem Risikokontakt im Jahr vor der Befragung nach Gesamtzahl der Sexualpartner im Jahr



54

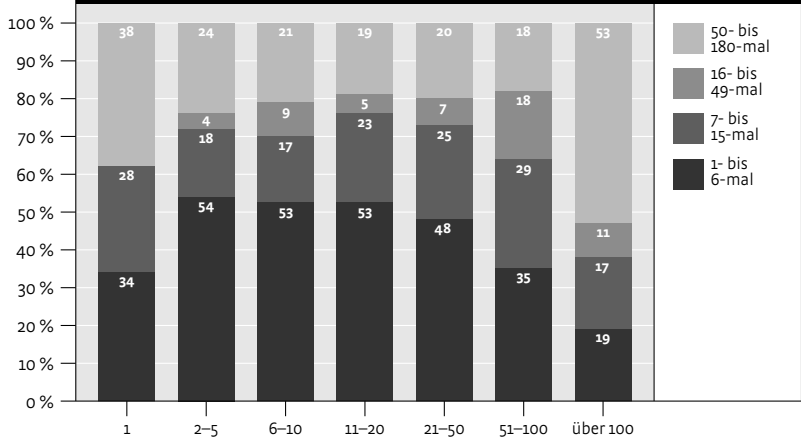
Abbildung 52 zeigt, dass Risikokontakte bei Befragten mit geringer Partnerzahl vor allem mit dem festen Freund erfolgen, bei Männern mit höherer Partnerzahl vor allem mit anderen Männern. Unter den Befragten mit höherer Partnerzahl (über 21) ist der Anteil derjenigen besonders hoch, die sowohl Risikokontakte mit anderen als auch mit ihrem festen Freund hatten.

Abb. 52: Befragte mit Risikokontakten nach Partnerzahl und Partnertypus



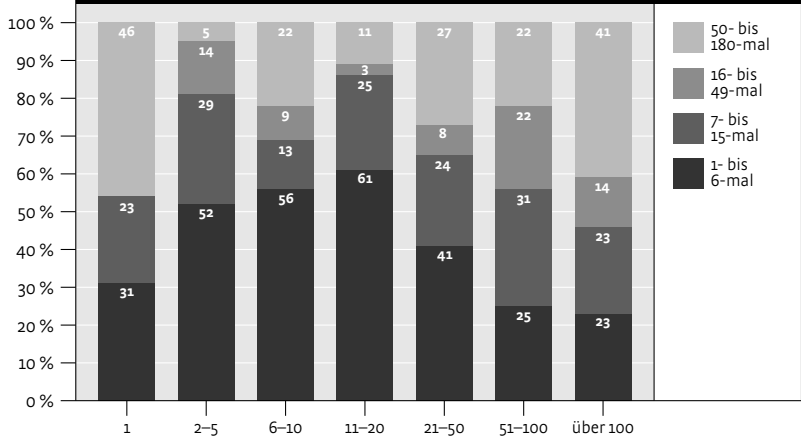
Die Abbildungen 53 und 54 zeigen, dass der Zusammenhang zwischen der Partnerzahl und der Häufigkeit von Risikokontakten nicht linear ist. Ein Großteil der Risikokontakte der Männer, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung nur einen Sexualpartner angeben, erfolgte mit dem festen Freund. Die Mehrheit der Männer, die zwei bis zwanzig Sexualpartner im Jahr vor der Befragung angeben, hatte sporadische Risikokontakte, die Mehrheit der Befragten mit mehr als zwanzig Sexualpartnern hatte häufiger Risikokontakte.

Abb. 53: Frequenz der Risikokontakte bei Partnern mit unbekanntem Serostatus nach Anzahl der Sexualpartner im Jahr



Ausschließlich Befragte mit Risikokontakten

Abb. 54: Frequenz der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus nach Anzahl der Sexualpartner im Jahr

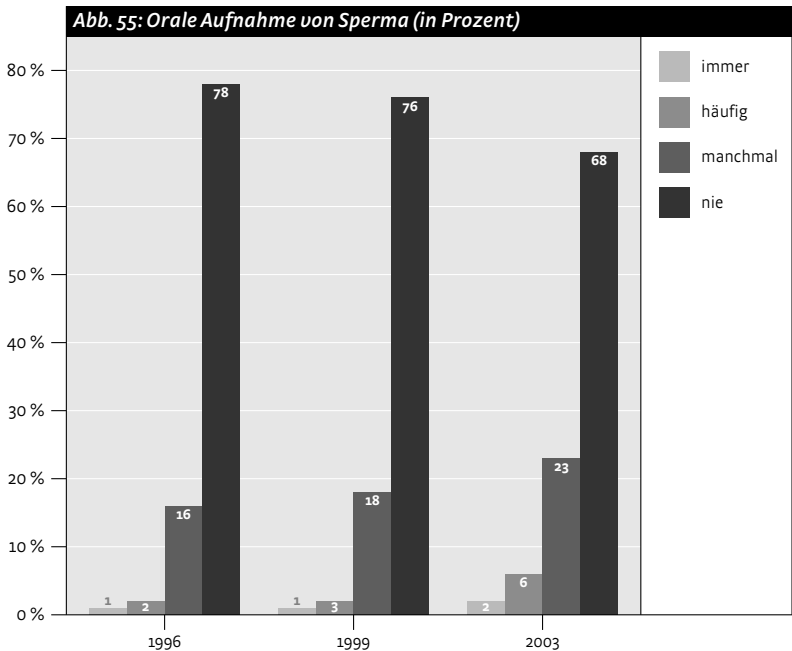


Ausschließlich Befragte mit Risikokontakten

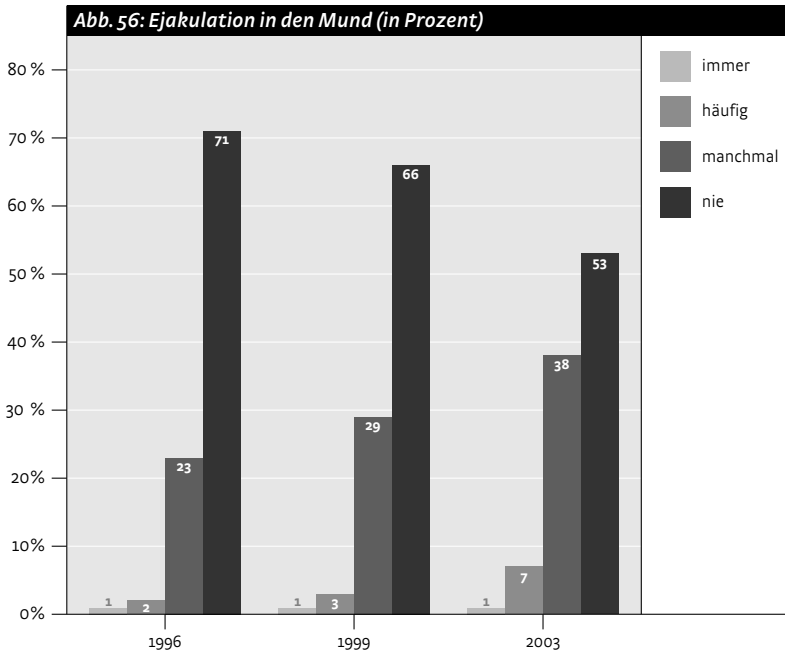
Schon in der 1999er Befragung war ein deutlicher Zusammenhang zwischen Partnerzahl und Zahl der Risikokontakte zu beobachten; bei der Befragung 2003 verstärkt sich dieser Trend, vor allem bei Männern mit 20 oder mehr Partnern im Jahr.

3.6 Orale Aufnahme von Sperma als Risikoverhalten

Ungeschützter Analverkehr ist im Hinblick auf die HIV-Übertragung als die risikoreichste Sexualpraktik unter homosexuellen Männern anzusehen; als etwas weniger riskant gilt die orale Aufnahme von Sperma (vgl. Vittinghoff u. a. 1999; Keet u. a. 1992). Obwohl die Mehrheit der Befragten die orale Aufnahme von Sperma vermeidet, ist der Anteil der Männer mit diesem Risikoverhalten seit 1996 gestiegen, wobei der stärkste Anstieg in den Kategorien „häufig“ und „immer“ zu finden ist (vgl. Abbildung 55).



Eine ähnliche Entwicklung ist bei der Ejakulation in den Mund des Sexualpartners zu beobachten (vgl. Abbildung 56).



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

3.7 Zum Risikoverhalten von Männern mit heterosexuellen Kontakten

Dass es zwischen der Definition der eigenen sexuellen Orientierung und dem tatsächlichen Sexualverhalten eine Diskrepanz geben kann, ist in der Sexualwissenschaft geläufig. Von den Befragten definieren sich 8 % als bisexuell (1999: 4 %), ihr *Sexualverhalten* charakterisieren 4 % (1999: 1 %) als bisexuell mit homosexueller Präferenz, 0,9 % (1999: 0,6) als bisexuell mit heterosexueller Präferenz und 1 % (1999: 0,6 %) als überwiegend heterosexuell.

Von den sich als bisexuell definierenden Männern hatte ein Drittel (32 %) in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen Sexualkontakt mit einer Frau. Dagegen hatte über ein Zehntel (14 %) der Männer, die sich als schwul definieren, auch heterosexuelle Kontakte. Häufige heterosexuelle Kontakte im Jahr vor der Befragung geben 3 % aller Befragten an (125 Personen). Um die Darstellung zu vereinfachen, wird im Folgenden vor allem auf das Risikoverhalten dieser Männer eingegangen.

Zunächst einige Anmerkungen zu ihrer Lebenssituation: 43 % der Männer, die häufiger heterosexuelle Kontakte haben (54 Personen), sind zum Zeitpunkt der Be-

fragung verheiratet, 6 % (7 Personen) sind geschieden, 43 % haben Kinder. Etwa ein Zehntel (14 % bzw. 18 Personen) hat eine feste Beziehung mit einem Mann, drei Viertel (75 % bzw. 94 Personen) leben in einer festen Beziehung mit einer Frau. Die Hälfte dieser Männer teilt sich mit der Ehefrau oder Lebensgefährtin eine Wohnung, nur drei Männer aus dieser Gruppe wohnen mit ihrem Freund zusammen.

Die Hälfte der Männer mit häufigeren heterosexuellen Kontakten verbirgt ihre gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte oder stößt auf Ablehnung ihrer Bisexualität. Nur ein Zehntel (13 % bzw. 16 Personen) lebt offen als bisexueller (oder homosexueller) Mann. Ungefähr ein Viertel (26 % bzw. 32 Personen) der Lebensgefährtinnen oder Ehefrauen dieser Männer akzeptiert deren bisexuelle oder homosexuelle Orientierung. Einem weiteren Zehntel der Frauen (14 % bzw. 17 Personen) sind die gleichgeschlechtlichen Kontakte des Partners bekannt. Ein Drittel der Männer (33 % bzw. 41 Personen) verheimlicht ihre sexuellen Kontakte mit Männern gegenüber der Partnerin. Die Bi- oder Homosexualität ihrer Partner wird von sechs Frauen nicht akzeptiert.

Wie in den vorangegangenen Erhebungen praktizieren Männer, die häufiger mit Frauen Sex haben, zu einem geringeren Anteil Analverkehr und gehen zu einem höheren Anteil ausschließlich insertive anal-genitale Kontakte ein. 25 % von ihnen hatten im Jahr vor der Befragung keinen Analverkehr mit Männern (verglichen mit 19 % aller Befragten), 22 % hatten ausschließlich insertiven Analverkehr (alle Befragte: 16 %), 8 % ausschließlich rezeptiven (alle Befragte: 10 %) und 45 % sowohl rezeptiven wie insertiven (alle Befragte: 55 %).

Männer mit häufigeren heterosexuellen Kontakten geben etwas geringere Partnerzahlen an; sie besuchen seltener Cafés und Bars der Schwulenszene und häufiger Orte, an denen anonymer Sex praktiziert wird (wie öffentliche Toiletten und Parks). 22 % der Männer mit häufigeren heterosexuellen Kontakten berichten über ungeschützte anal-genitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus (verglichen mit 30 % aller befragten Männer).

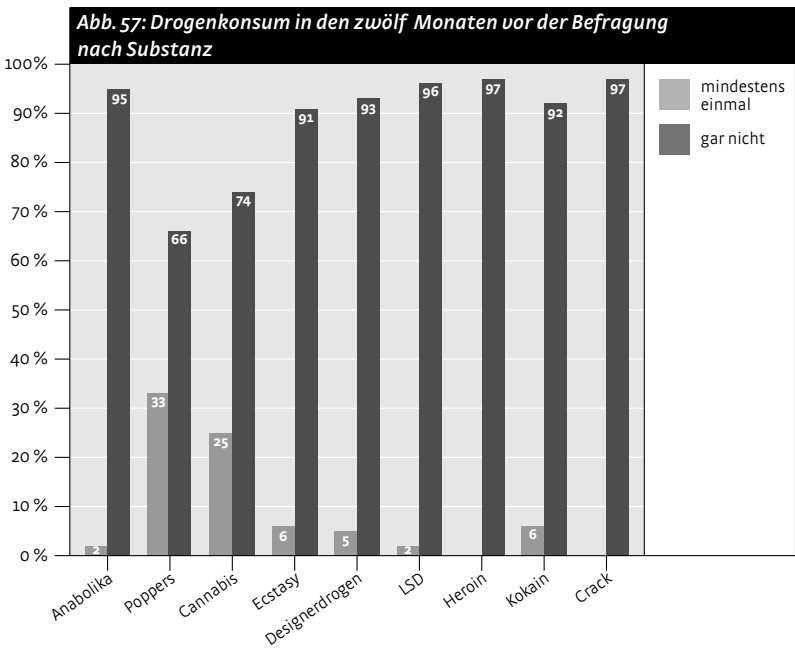
Risikokontakte kommen bei Männern, die auch mit Frauen Sex haben, seltener vor. Von Risikokontakten mit serodiskordanten Sexualpartnern berichten drei Männer. In ihrem Risikoverhalten unterscheiden sich Männer mit heterosexuellen und gleichgeschlechtlichen Kontakten kaum von denen mit ausschließlich gleichgeschlechtlichen Kontakten. Welche Gefährdungen sich für ihre Partnerinnen ergeben, kann mit den Mitteln der Erhebung nicht geklärt werden, zumal mit einer Befragung über die Schwulenpresse nur ein bestimmter Teil der bisexuellen Männer erreicht wird. Männer, die sich als heterosexuell definieren und ihre gleichgeschlechtlichen Sexkontakte strikt verheimlichen, werden mit diesem Erhebungsinstrument mit Sicherheit nicht erreicht, ebenso wenig wie jene, die eine Definition ihrer sexuellen Orientierung verweigern und darauf verweisen, dass sie „ganz normale“ Männer sind (vgl. z. B. Prestage/Hood 1994).

4. Drogenkonsum und HIV-Infektionsrisiken

Die Ergebnisse der Befragung von 2003 zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Risikoverhalten¹⁶ (Fragen hierzu fanden sich erstmals in der Untersuchung von 1996) bestätigen die Ergebnisse der Befragung von 1999.

Eher aus „fragebogenpsychologischen“ Gründen denn aus zwingender Notwendigkeit wurde die Liste der Drogen mit „Poppers“ (Amylnitrit) eröffnet, das nicht nur in der Lederszene breite Verwendung findet. Gefragt wurde weiterhin nach Cannabis, Ecstasy, sonstigen Designerdrogen, LSD, Heroin, Kokain und Crack, auf die Anregung Londoner Kollegen hin (u. a. Jonathan Elford, City University London) auch nach Anabolika. Als Konsumhäufigkeit wurde im Fragebogen vorgegeben: ein- bis zweimal, gelegentlich, häufiger, regelmäßig, gar nicht (in den zwölf Monaten vor der Befragung).

Die Antwortbereitschaft war auch bei dieser Befragung sehr hoch, nur ca. 3 % der Befragten (129 Personen) verweigerten jegliche Antwort auf die Items¹⁷ zum Drogenkonsum. Berücksichtigt man auch den seltenen Konsum, so hat ein Drittel der Männer Poppers und ein Viertel Cannabis konsumiert (dies entspricht den 1996 und 1999 festgestellten Anteilen), lediglich 16 Männer (0,3 %) haben Heroin und 20 (0,4 %)

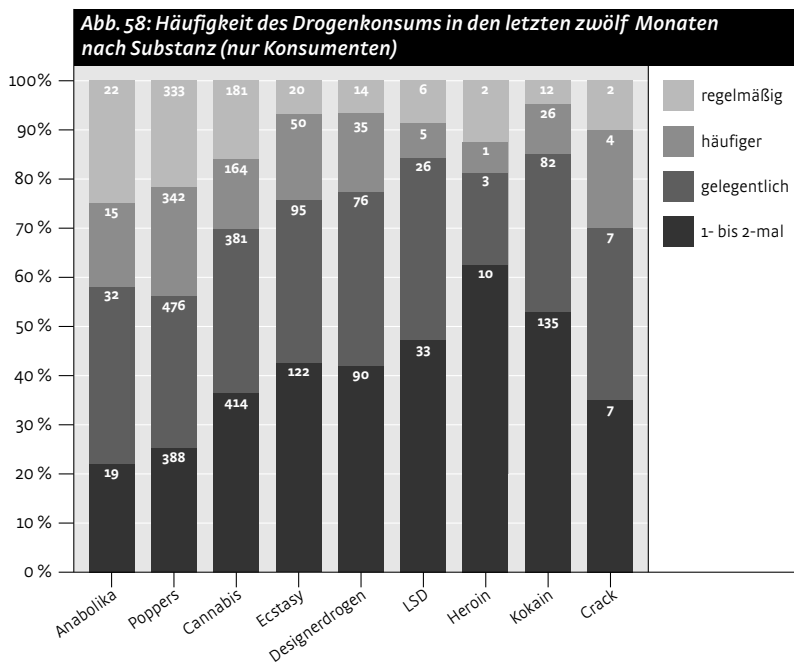


16 Um die vorgegebene Liste der Drogen nicht zu lang werden zu lassen, wurde nicht nach Alkohol gefragt; hier hätte die Konsumhäufigkeit anders erhoben werden müssen, vor allem hinsichtlich der konsumierten Mengen und Alkoholsorten (was zumindest eine Unterscheidung zwischen Bier, Wein und hochprozentigen Alkoholika erfordert hätte).

17 Item = (engl.) Bestandteil von Fragebogen, als Frage oder Urteil formulierte Aussage, zu der Befragte Zustimmung oder Ablehnung äußern

Crack genommen. Angesichts der gewählten Erhebungsmethode haben wir nicht erwartet, intravenös Drogen (Heroin) Gebrauchende zu erreichen (vgl. Abbildung 57).

Abbildung 58 zeigt die relative Konsumhäufigkeit; jeder Balken steht ausschließlich für diejenigen Befragten, welche die jeweilige Droge in den zwölf Monaten vor der Befragung genommen haben. Ein Vergleich zeigt große Unterschiede; so haben zum Beispiel die meisten Befragten, die Heroin konsumierten (ca. 60 %), dies nur ein- bis zweimal getan, die große Mehrheit der Befragten (ca. 80 %), die Anabolika konsumierten, hingegen häufiger.



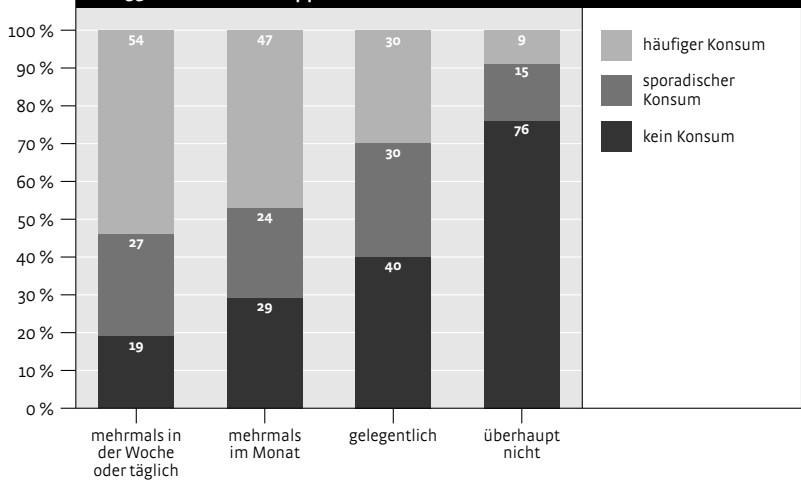
Wegen der geringen Fallzahlen wurden die Konsumenten von Heroin (n = 16) und Crack (n = 20) aus der weiteren Analyse ausgeklammert, und um die Darstellung zu vereinfachen, wurden Ecstasy, sonstige Designerdrogen, LSD und Kokain als „Partydrogen“ zusammengefasst (die Konsumenten dieser Substanzen unterscheiden sich kaum in ihrem Profil).

Mit Blick auf die Konsumhäufigkeit wurden drei Gruppen gebildet: „ein- bis zweimal“ und „gelegentlich“ wurden zu „sporadischem Drogenkonsum“ zusammengefasst, „häufiger“ sowie „regelmäßig“ zu „häufigem“ Drogenkonsum. Zwischen Männern, die häufiger Poppers, Cannabis und Partydrogen nehmen, zeigen sich bestimmte Unterschiede im Konsumentenprofil.

Wie schon geschildert, haben 33 % der Befragten *Poppers* konsumiert. Der Gebrauch dieser Droge ist bei Männern, die in der Lederszene verkehren, verbreite-

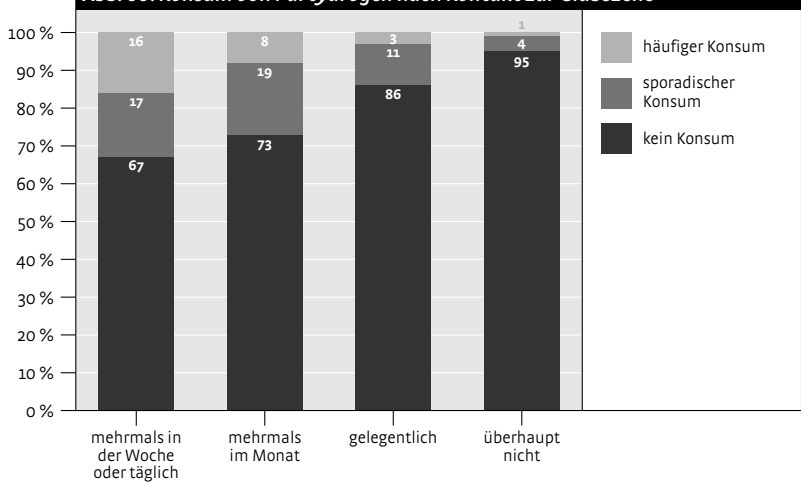
ter und erfolgt häufiger als bei den anderen Befragten: Poppers wird von 54 % der Männer häufiger konsumiert, die mehrmals in der Woche in der Lederszene sind, von 47 % der Männer, die mehrmals im Monat dort anzutreffen sind, und von 30 % der Männer, die nur gelegentlich Lederlokale aufsuchen (vgl. Abbildung 59).

Abb. 59: Konsum von Poppers nach Kontakt zur Lederszene



Konsumenten von *Partydrogen* finden sich, wie die Bezeichnung der Substanzen nahe legt, verstärkt unter denen, die häufiger in der Clubszene zu finden sind. Hervorzuheben ist aber, dass die Mehrheit dieser Szenegänger (67 %) keine Partydrogen konsumiert (verglichen mit 95 % der Männer ohne Clubbesuche; vgl. Abbildung 60).

Abb. 60: Konsum von Partydrogen nach Kontakt zur Clubszene



25 % der Befragten haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung *Cannabis* konsumiert; dieser Anteil ist höher bei Männern aus der Lederszene (36 %), der Clubszene (34 %) sowie der Sex-Party-Szene (36 %).

Die Konsumenten von Poppers, Cannabis und Partydrogen haben mehr Sexualpartner als Nichtkonsumenten, und in der Gruppe der Befragten, die diese Drogen häufiger konsumieren, haben mehr Männern oft Analverkehr als in den anderen Gruppen. Der Anteil derjenigen, die gelegentlich heterosexuelle Kontakte haben, ist unter den Konsumenten von Partydrogen und (weniger ausgeprägt) von Cannabis höher als unter den Nichtkonsumenten.

Das Profil der Drogenkonsumenten (höhere Partnerzahlen, häufigerer Analverkehr, häufigerer Szenebesuch) verweist auf einen lustbetonten („hedonistischen“) Lebensstil. Dieser schließt ein, dass häufiger riskante Sexualkontakte (im Hinblick auf HIV-Übertragungen) eingegangen werden. Die Abbildungen 61–63 zeigen, dass mit zunehmender Konsumhäufigkeit auch die Zahl der Risikokontakte steigt.

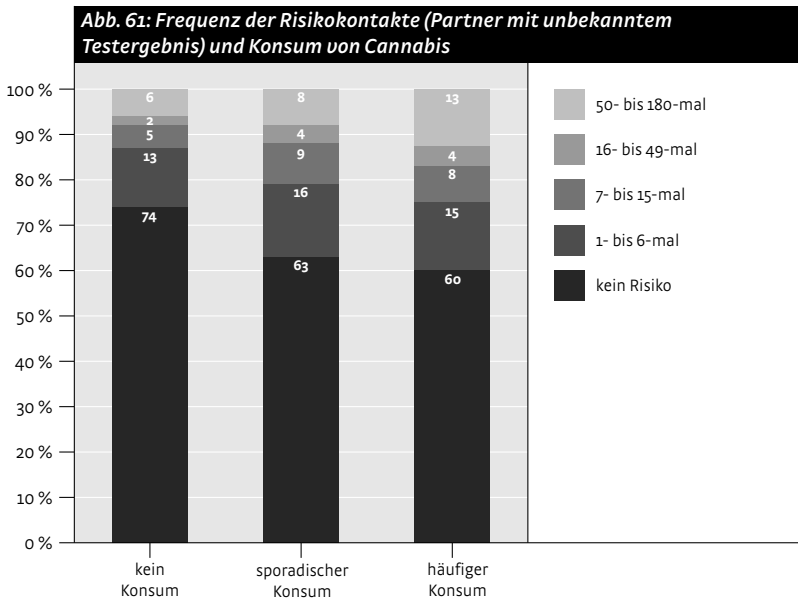


Abb. 62: Frequenz der Risikokontakte (Partner mit unbekanntem Testergebnis) und Konsum von Poppers

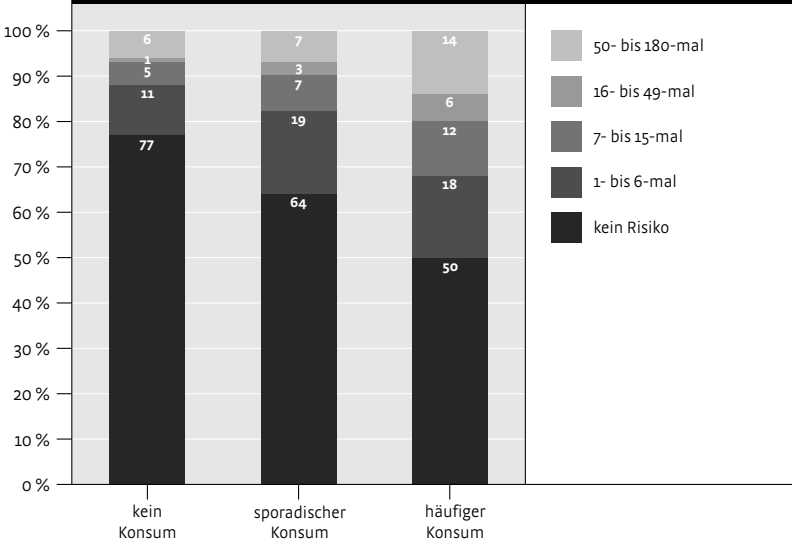
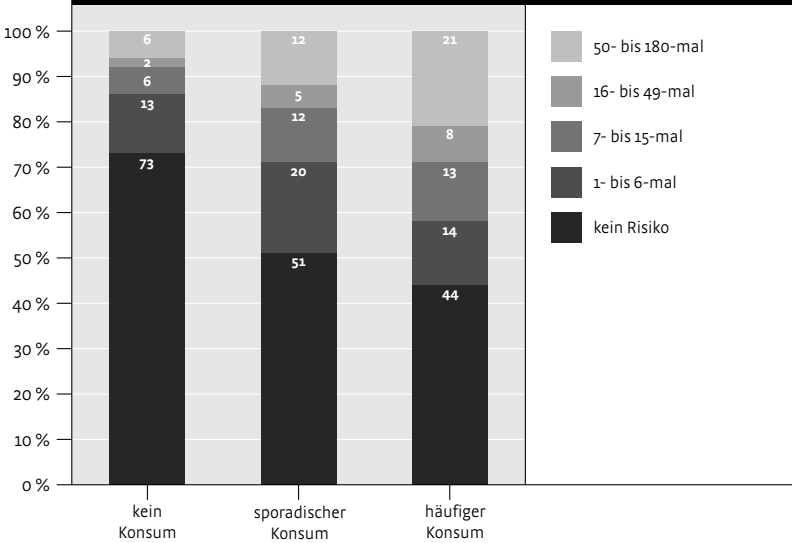


Abb. 63: Frequenz der Risikokontakte (Partner mit unbekanntem Testergebnis) und Konsum von Partydrugs



Doch obwohl ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Eingehen von Risiken und Drogenkonsum besteht, heißt dies nicht, dass der (häufige) Gebrauch der genannten Substanzen zwangsläufig zu Risikoverhalten führt: die Abbildungen 61–63 zeigen, dass je nach Substanz 44 bis 60 % derjenigen, die häufig konsumieren, im Jahr vor der Befragung kein Risiko eingegangen sind. Auch kann nicht ohne weiteres gefolgert werden, dass der Drogengebrauch die unmittelbare Ursache des Risikoverhaltens darstellt, was sich am Beispiel des Gebrauchs von Poppers verdeutlichen lässt. Poppers ist keine bewusstseinsverändernde Substanz, auch wenn sie zu einem kurzen „Rausch“ führt und viele Benutzer ein Gefühl der Zeitlosigkeit und ein intensiviertes Erleben beschreiben; außerdem wird sie wegen der gefäßerweiternden (muskelentspannenden) und krampf- und schmerzlösenden Wirkung als Hilfsmittel beim Analverkehr genommen. Der Konsum von Poppers (wie auch von Cannabis oder von Partydrogen) kann bei vielen Männern als Bestandteil der Risikobereitschaft angesehen werden, d. h., diese entsteht nicht durch das Einnehmen der Substanz, sondern die Substanz erleichtert es vielmehr, die Risikobereitschaft „auszuleben“ (d. h. ungeschützten Sex zu haben). Die Bereitschaft, Risiken einzugehen, die auch Bestandteil des lustbetonten Lebensstils ist, muss bei der Konzeption von Präventionsbotschaften für schwule Männer, die Drogen konsumieren, berücksichtigt werden; das Predigen von Abstinenz würde die Aufnahmebereitschaft für präventive Erinnerungsimpulse drastisch verringern.

Die risikoreicher gelebte Sexualität der Drogen konsumierenden Befragten führt dazu, dass diese stärker von HIV betroffen sind (vgl. Abbildungen 64–66). Unter den Männern, die häufiger Partydrogen, Cannabis und Poppers konsumieren, ist der Anteil der Nichtgetesteten geringer als unter den Nichtkonsumenten, und der Anteil der Infizierten und Erkrankten ist bei ihnen wesentlich höher. Aber auch hier sei vor dem Konstruieren von Kausalketten gewarnt. Die HIV-Infektion oder das Vollbild Aids können nämlich ihrerseits zum Drogenkonsum geführt haben; dies trifft zwar wahrscheinlich weniger auf den Konsum von Poppers zu, wohl aber auf den von Cannabis, dessen positive therapeutische Wirkung (Schmerzlinderung, Appetitförderung, Entspannungsunterstützung) bei Menschen mit Aids oder Krebs bekannt ist. Dass Partydrogen als „Gemütsaufheller“ benutzt werden, kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, unabhängig von der Frage, ob sie als Antidepressiva wirklich geeignet sind.

Abb. 64: Testergebnis und Konsum von Partydrogen

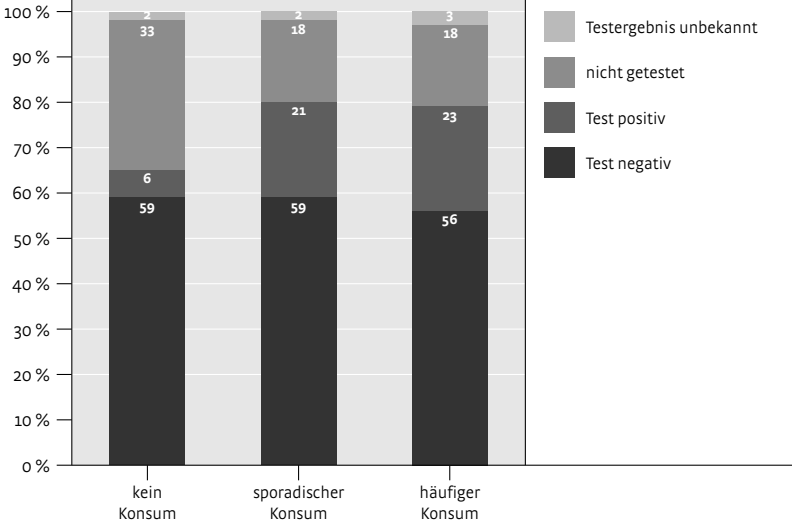


Abb. 65: Testergebnis und Konsum von Cannabis

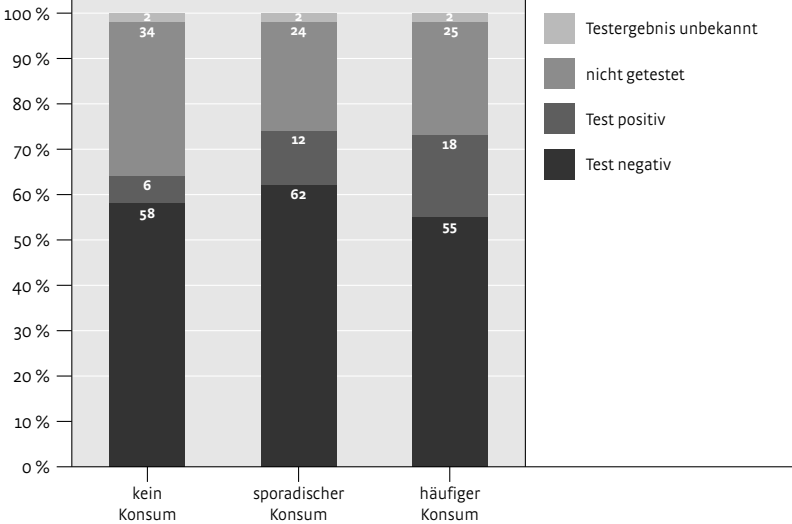
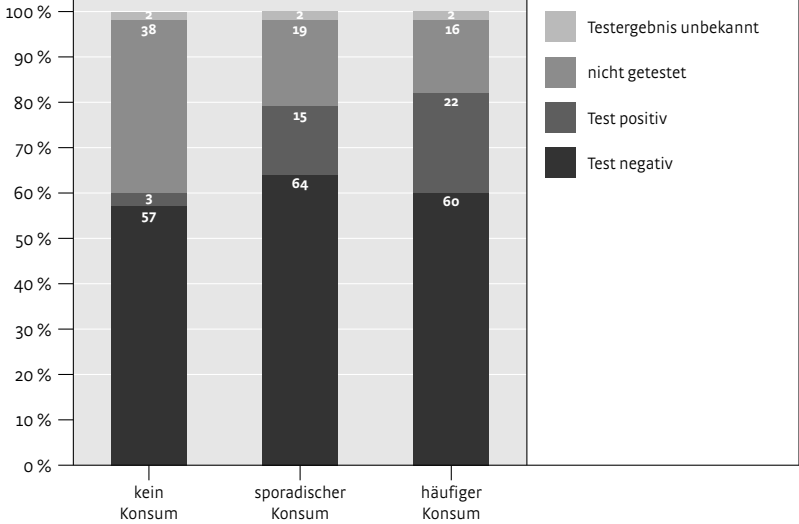


Abb. 66: Testergebnis und Konsum von Poppers



66

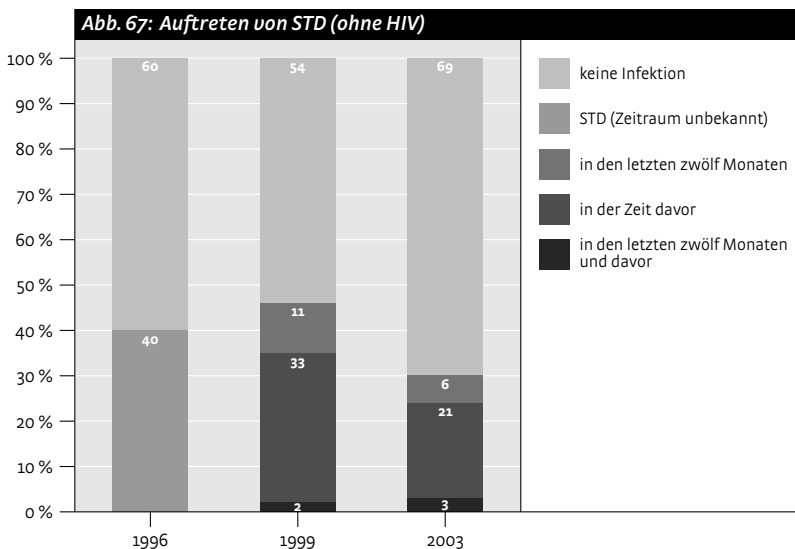
In Anlehnung an Studien unter schwulen Männern in Londoner Sportstudios zu HIV-Infektionsrisiken wurden 1999 *Anabolika* in die Liste der Substanzen aufgenommen – dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund, dass der gleichzeitige Konsum von Anabolika, antiretroviralen Medikamenten, Partydrogen, Poppers und Potenzmitteln wie Viagra lebensbedrohlich sein kann. Die Fallzahlen lassen jedoch keine befriedigenden statistischen Auswertungen zu: Lediglich 88 Personen (2 % der Befragten) geben Anabolikakonsum an, wobei der Anteil der Konsumenten unter Sportstudiobesuchern (20 % der Befragten) mit 4 % höher ist als bei den anderen Männern (1 %). Die Mehrheit der Anabolikakonsumenten (58 %) konsumiert sporadisch, 42 % häufiger (vgl. Abbildung 58).

5. Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

Mehrfach haben sozialwissenschaftliche und epidemiologische Studien den Zusammenhang zwischen einem erhöhten HIV-Risiko und einem erhöhten Risiko im Hinblick auf andere sexuell übertragbare Krankheiten (*sexually transmitted diseases*, STD) belegt (vgl. Bochow 1997b; 2001). Aus diesem Grund wird seit 1991 in den Befragungen über die Schwulenpresse auch nach sexuell übertragbaren Krankheiten gefragt, die unter Männern, die Sex mit Männern haben, besonders weit verbreitet sind, nämlich Gonorrhö (rektale, genitale und orale), Syphilis und Hepatitis B (seit 1999 auch Hepatitis C).

78 % der Befragten haben sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, ob sie sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit angesteckt haben könnten (48 % in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung), 47 % von diesen Männern haben sich deswegen von einem Arzt untersuchen lassen, 53 % nicht (in den vorangegangenen Erhebungen wurde diese Frage nicht gestellt).

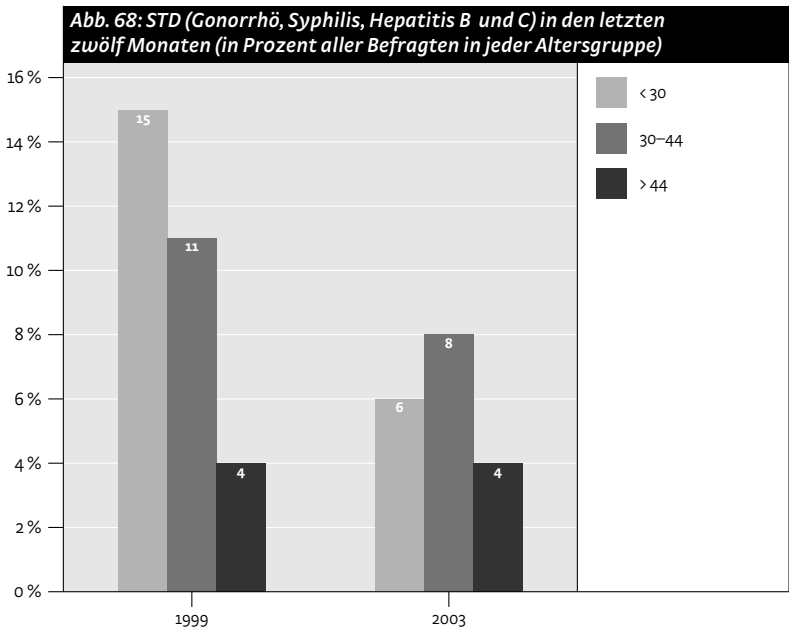
69 % der Befragten (1996: 60 %, 1999: 54 %) berichten, bei ihnen sei nie eine sexuell übertragbare Krankheit festgestellt worden. Ein Vergleich der Jahre 1999 und 2003 deutet auf einen Rückgang der Neuinfektionen in den zwölf Monaten vor der Befragung hin (vgl. Abbildung 67).¹⁸



¹⁸ Bei der 1996er Befragung wurden noch keine genaueren Zeitangaben zur allgemeinen Frage nach STD erhoben.

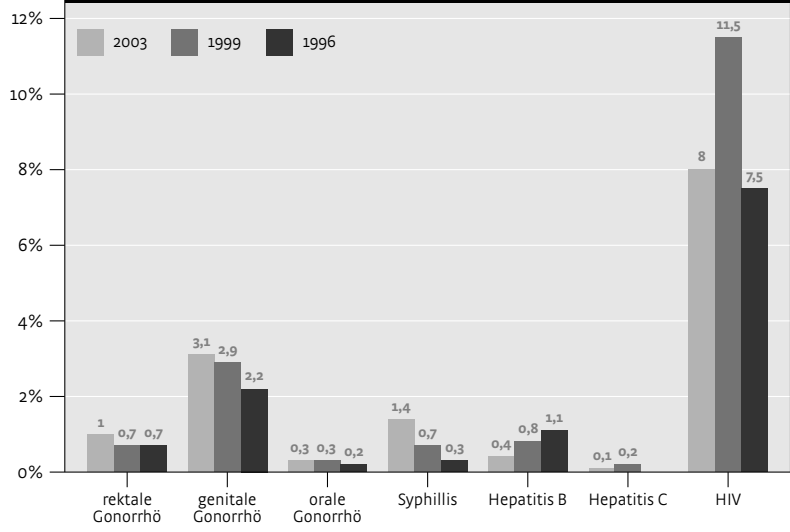
Betrachtet man die Neuinfektionen nach Altersgruppen, so zeigt sich, dass der Rückgang nicht auf die stärkere Beteiligung jüngerer Männer an der Erhebung 2003 zurückzuführen ist, sondern bei Männern unter 45 insgesamt zu beobachten ist; lediglich bei den Befragten über 44 gab es keine Änderung (vgl. Abbildung 68).

68



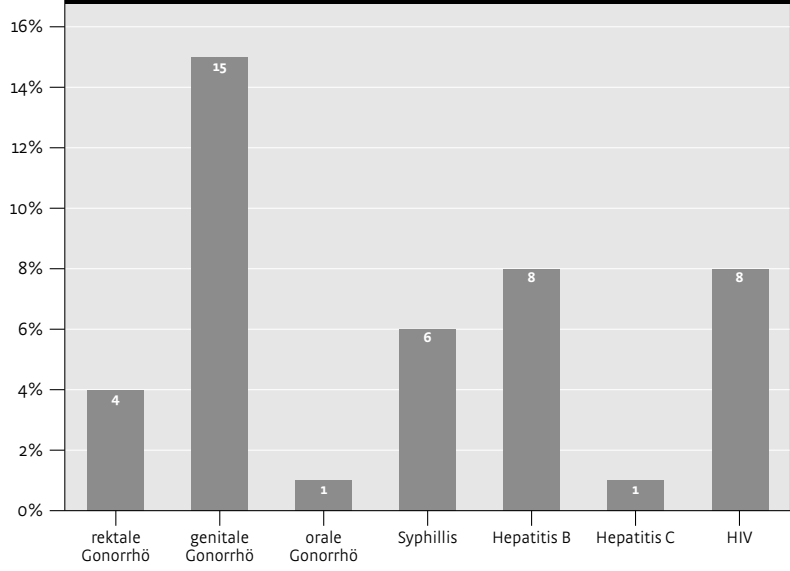
Ein Vergleich der Prävalenzen der einzelnen sexuell übertragbaren Krankheiten in den Stichproben von 1996, 1999 und 2003 zeigt einen geringen Anstieg bei rektaler und genitaler Gonorrhö, einen stärkeren Anstieg bei Syphilis (dies deutet auf einen Anstieg gewisser Koinfektionen hin), einen Rückgang bei Hepatitis B und C und keine Änderung bei oraler Gonorrhö. Zum Vergleich wird auch der Anteil der HIV-infizierten Männer dargestellt (vgl. Abbildung 69).

Abb. 69: Befragte mit HIV und STD in den letzten zwölf Monaten (in Prozent aller Befragten)



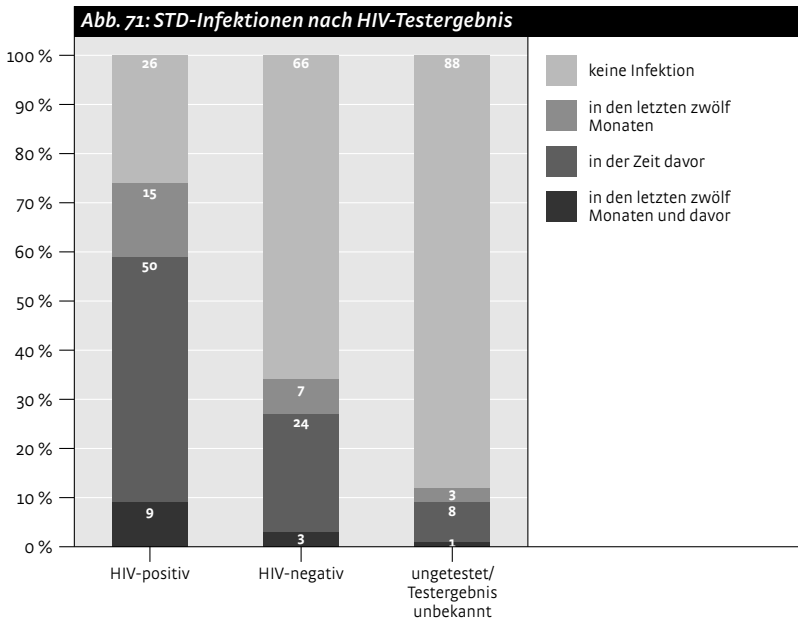
Bei den meisten Männern, die schon einmal eine STD hatten, war dies eine Gonorrhö, gefolgt von Hepatitis B und HIV mit jeweils nur der Hälfte der Fälle (vgl. Abbildung 70).

Abb. 70: Befragte mit HIV und/oder STD in den letzten zwölf Monaten oder davor (in Prozent aller Befragten)



Männer, die häufiger die Lederszene aufsuchen, sind zu einem hohen Anteil von sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen, ebenso wie Männer, die häufiger Cruising-Gebiete, Saunen, Pornokinos, Sex-Partys und/oder öffentliche Toiletten frequentieren.

Abbildung 71 dokumentiert den seit Jahren beobachteten Zusammenhang zwischen Serostatus und STD: Unter den positiv Getesteten ist der Anteil der Männer mit sexuell übertragbaren Krankheiten höher als unter den negativ Getesteten und Ungetesteten (wobei die HIV-Infektion nicht als sexuell übertragbare Krankheit in die Berechnung eingegangen ist). Während nur 26 % der HIV-Positiven in ihrem Leben noch keine sexuell übertragbare Krankheit gehabt haben (1996: 29 %, 1999: 20 %), ist dies bei 66 % (1996 und 1999: 57 %) der negativ Getesteten und 88 % (1996: 72 %, 1999: 66 %) der Ungetesteten bzw. der Männer mit unbekanntem Testergebnis der Fall.



Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass eine aktive STD (vor allem im Genital- oder Analbereich) eine HIV-Übertragung begünstigt und damit das Risiko beim ungeschützten Analverkehr erhöht. Umgekehrt kann eine HIV-Infektion anfälliger für andere sexuell übertragbare Krankheiten machen, die ihrerseits HIV-bedingte Erkrankungen verschlimmern können. Diese erhöhte Gefahr durch die Koinzidenz von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten kann also zur Beschleunigung der HIV- oder STD-Epidemie führen (vgl. Mazaud/McCormick 2001). Tabel-

le 8 zeigt die in der Stichprobe angegebenen Infektionen mit HIV und/oder anderen STD. Die Hälfte der Männer (51 %), die in den zwölf Monaten vor der Befragung eine sexuell übertragbare Krankheit hatten, war ausschließlich von HIV betroffen, an zweiter Stelle folgen mit 20 % die Männer, die ausschließlich eine genitale Gonorrhö angeben.

Tabelle 8: Befragte mit HIV oder einer anderen STD in den letzten zwölf Monaten

STD	n	Prozent
nur HIV	317	51
nur genitale Gonorrhö	125	20
nur Syphilis	36	6
nur rektale Gonorrhö	30	5
HIV und Syphilis	21	3
HIV und genitale Gonorrhö	19	3
nur Hepatitis B	13	2
HIV und Hepatitis B	7	1
Andere	53	9
Gesamt	621	100

Unter der Kategorie „Andere“ sind alle Infektionen bzw. Kombinationen von Infektionen subsumiert, die jeweils von weniger als 1 % aller Befragten angegeben wurden.

Besonders stark ausgeprägt ist die Koinzidenz von HIV und Syphilis, beachtlich ist auch der Zusammenhang zwischen einer HIV-Infektion und genitaler sowie rektaler Gonorrhö. Bei 69 Befragten wurde im Jahr vor der Befragung eine Syphilisinfektion festgestellt. 52 % von ihnen (36 Personen) hatten keine andere sexuell übertragbare Krankheit, bei den anderen 48 % oder 33 Personen kam eine weitere STD hinzu, wobei dies nur in zwei Fällen keine HIV-Infektion war.

165 Befragungsteilnehmer hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung eine genitale Gonorrhö; die Mehrheit (76 % oder 125 Personen) nur diese STD, 24 % (40 Personen) in Kombination mit einer anderen STD, bei 30 von diesen 40 Männern in Kombination mit HIV.

53 Männer hatten im Jahr vor der Befragung eine rektale Gonorrhö; 30 dieser Befragten (57 %) nur diese STD, 23 Männer (43 %) mindestens eine weitere STD, 13 von diesen 23 Männern waren HIV-positiv.

Mithilfe des statistischen Verfahrens der logistischen Regression, das eine gleichzeitige Berechnung der Effekte mehrerer Variabler ermöglicht, wurde untersucht, inwieweit das Vorkommen einer STD in den zwölf Monaten vor der Befragung mit den folgenden Variablen erklärt werden kann:

- » positiver Serostatus,
- » Anzahl der Risikokontakte in den letzten zwölf Monaten,
- » Anzahl der Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten,
- » Alter des Befragten,
- » Größe des Wohnorts.

Berechnet man den Einfluss des positiven Serostatus, ohne die anderen Faktoren zu berücksichtigen, ist das Risiko für eine STD bei testpositiven Männern höher als für andere Männer.¹⁹ Dieses Ergebnis stützt die epidemiologische These, dass Männer allein auf Grund einer bestehenden HIV-Infektion ein höheres STD-Risiko haben, auch wenn ihr Sexualverhalten und ihre soziodemographischen Merkmale sich nicht von denen anderer Männer unterscheiden.

Diese Erhebung, die Befragungsteilnehmer über Monatsmagazine und Internetportale für schwule Männer erreicht hat, kann keinen repräsentativen Charakter beanspruchen; wie die hohen Raten bei der Inanspruchnahme des HIV-Tests und die hohen Infektionsraten belegen, sind sexuell aktive Männer überrepräsentiert. Die Inzidenzen und Prävalenzen von sexuell übertragbaren Krankheiten unter homosexuell aktiven Männern in Deutschland sind deshalb gewiss niedriger als in dieser Stichprobe. Dennoch gibt die Erhebung Hinweise auf mögliche Trends, die für die Primärprävention vor allem für schwule Männer in großstädtischen Ballungsräumen relevant sein können.

¹⁹ *OR (odds ratio) = 3,667, adjustiert: OR (odds ratio) = 1,606*

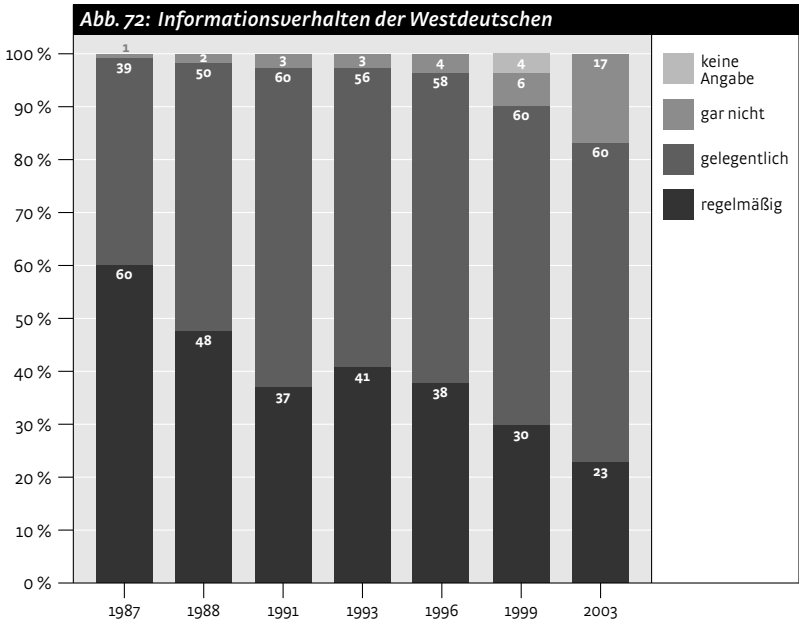
IV. Informationsverhalten und Informationsniveau



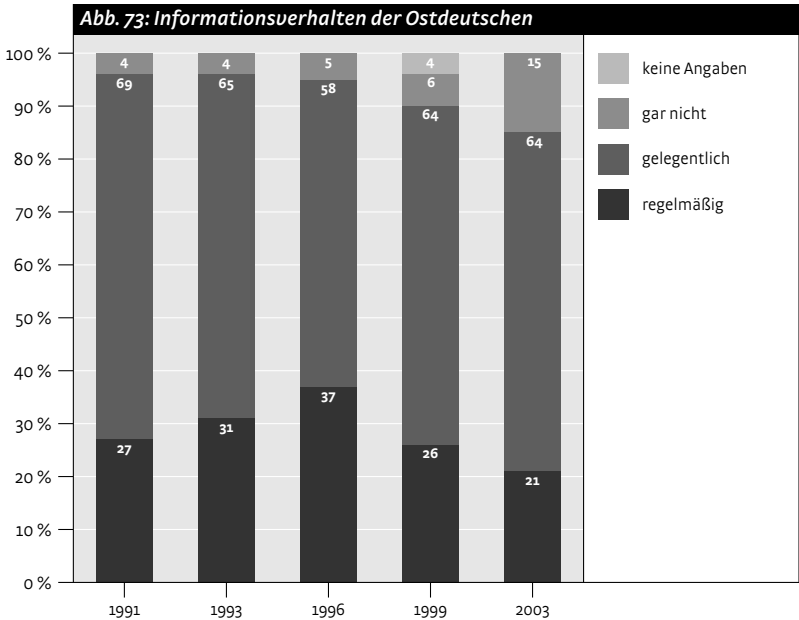
1. Informationsquellen

73

Seit 1987 nimmt der Anteil der befragten Westdeutschen (einschließlich Westberliner), die sich „regelmäßig“ über HIV und Aids informieren, ab (von 60 % auf 23 % im Erhebungsjahr 2003), die Zahl derjenigen, die dies „gelegentlich“ tun, dagegen zu (vgl. Abbildung 72). Der Anteil der sich regelmäßig informierenden Ostdeutschen (einschließlich Ostberliner) hat zwischen 1991 und 1996 zugenommen, ist jedoch immer niedriger als derjenige der Westdeutschen geblieben. 1999 war ein Rückgang des Anteils der sich regelmäßig informierenden Ostdeutschen zu verzeichnen, dieser Trend hat sich 2003 fortgesetzt (vgl. Abbildung 73); Unterschiede zwischen den ost- und westdeutschen Befragten hinsichtlich ihres Informationsverhaltens gibt es kaum noch.



In allen Jahren (außer 1999) liegt der Anteil der fehlenden Angaben unter 1 %.



In allen Jahren (außer 1999) liegt der Anteil der fehlenden Angaben unter 1 %.

Dass der Anteil der Männer, die sich gar nicht über HIV/Aids informieren, gegenüber den vorangegangenen Befragungen so stark gestiegen ist, lässt sich nicht auf die stärkere Beteiligung der jüngeren Altersgruppen zurückführen, denn diese Tendenz ist für alle Altersgruppen festzustellen.

Warum halten sich diese Männer nicht (mehr) über HIV/Aids auf dem Laufenden? 72 % (1999: 71 %) von ihnen fühlen sich ausreichend informiert, 7 % geben „Es interessiert mich nicht“, 5 % „Alles ist zu kompliziert und unverständlich“, 3 % „Das kann mir nicht passieren“, 2 % „Es bringt nichts, da man nichts machen kann“ und weitere 2 % „Ich ziehe es vor, nichts darüber zu wissen“ an (9 % machen hier keine Angabe). Die Mehrzahl derer, die sich (nur noch) gelegentlich zum Thema kundig machen, signalisieren gleichzeitig, dass sie an neuen Informationen durchaus interessiert sind (72%; 1999: 82 %); das Gleiche gilt für 16 % der Männer, die sich gar nicht (mehr) informieren.

Die relative Bedeutung der unterschiedlichen Informationsquellen ist seit 1991 weitgehend unverändert geblieben. Der Anteil der Männer, die folgende Quellen in Anspruch nehmen, ist in den Erhebungen der Jahre 1996, 1999 und 2003 fast gleich: Arzt, BZgA²⁰-Materialien, medizinische Fachliteratur, Materialien von anderen staatlichen Stellen und allgemein verständliche Bücher. *Seit 1996 ist jedoch der Anteil der Befragten, die die meistgenannten Informationsquellen nutzen, zurückgegangen – ein Ausdruck des schon erwähnten allgemein rückläufigen Informationsverhaltens.* Im Vergleich zu 1999 wurden 2003 folgende Quellen häufiger angegeben: Schwulengruppen, telefonische Beratung, Gesundheitsamt/Klinik und Schule. Auf die höhere Beteiligung jüngerer Männer ist lediglich die stärkere Inanspruchnahme von Angeboten in Schulen und Schwulengruppen zurückzuführen; der Anstieg bei „Gesundheitsamt/Klinik“ und „telefonische Beratung“ ist in mehreren Altersgruppen zu finden.

Zeitungen und Zeitschriften behalten nach wie vor ihre überragende Bedeutung als Informationsquellen (erinnert sei daran, dass 65 % der Befragten die Hochschulreife oder eine andere Hochschulzugangsberechtigung haben). Bemerkenswert ist, dass von einem Fünftel der Befragten medizinische Fachliteratur herangezogen wird, und zwar keineswegs nur von Hochschulabsolventen, sondern genauso häufig von den Befragten mit Hauptschulabschluss und mit Mittlerer Reife bzw. ähnlichen Abschlüssen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Informationsquellen (in Prozent)

	1996	1999	2003
Schulenzeitschriften	84	84	62
Presse	78	69	54
Internet	**	**	44
Materialien der Aidshilfen	64	53	43
Fernsehen	55	44	40
Freundeskreis	50	42	34
Gespräche in Schwulengruppen	12	10	33
Fernseh- und Kinospots der BZgA	31	25	26
Gesundheitsamt/Klinik	8	8	24
Radio	32	22	18
Arzt	15	20	18
Materialien der BZgA	20	19	18
medizinische Fachliteratur	19	19	18
telefonische Beratung	2	2	16
Schule	1	1	10
allgemein verständliche Bücher	9	7	6
Material anderer staatlicher Stellen	6	5	5

** Das Internet wurde erst 2003 berücksichtigt.

Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach der Bedeutung der Informationsquellen in der Erhebung von 2003.

In der Befragung von 2003 wurde zum ersten Mal das Internet in die Liste der Informationsquellen aufgenommen. Die Männer, die sich im Internet über HIV/Aids informieren, sind tendenziell jünger (69 % der Befragten unter 30 Jahren, 45 % der Männer zwischen 30 und 44, 28 % der Männer über 44) und kommen aus kleineren Orten (62 % der Männer aus Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern, 42 % der Männer aus Millionenstädten). Ungetestete Männer nehmen häufiger Informationsangebote im Internet in Anspruch als andere (nicht Getestete: 63 %, negativ Getestete: 48 %, positiv Getestete 49 %, getestete Männer mit unbekanntem HIV-Testergebnis: 55 %). Unter den Internetnutzern sind Männer mit höherem Schulabschluss etwas häufiger zu finden (45 % der Männer mit Hauptschulabschluss, 53 % der anderen Männer). Die Männer, die ihre Homosexualität eher verbergen, geben das Internet nicht häufiger an als Männer, die offener mit ihrer Sexualität umgehen.

Ein Fünftel der Männer macht sich beim Arzt kundig. Hier zeigen sich große, vom Serostatus abhängige Unterschiede: 84 % der positiv getesteten, 20 % der negativ und 6 % der nicht getesteten Männer verweisen auf diese Informations-

quelle. 9 % haben die Beratungsangebote von Gesundheitsämtern, Kliniken oder anderen medizinischen Einrichtungen in Anspruch genommen (14 % der positiv, 12 % der negativ und 2 % der nicht getesteten Männer).

Seit 1987 wird zwischen den herangezogenen und den von den Befragten als besonders wichtig eingestuften Informationsquellen unterschieden²¹; die Rangfolge war für die Jahre 1996 und 1999 nahezu gleich. Im Jahr 2003 werden nach wie vor Schwulenzeitungen und Materialien der Aidshilfen an erster und zweiter Stelle genannt. Im Vergleich zu den zwei vorherigen Erhebungen halten im Jahr 2003 aber deutlich mehr Männer Schwulengruppen, Gesundheitsamt/Klinik, Schule und telefonische Beratung für wichtig, was zum Teil mit der Verjüngung der Stichprobe zusammenhängt. Der Freundeskreis, der eigene Arzt und Materialien der BZgA dagegen wurden seltener genannt als in den Jahren 1996 und 1999 (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Für wichtig gehaltene Informationsquellen (in Prozent)

Informationsquelle	1996	1999	2003
Schwulenzeitungen	60	63	42
Materialien der Aidshilfen	50	41	31
Gespräche in Schwulengruppen	8	7	28
Presse	47	38	27
Fernsehen	29	21	19
Gesundheitsamt/Klinik	6	6	18
telefonische Beratung	2	1	14
medizinische Fachliteratur	16	15	12
Fernseh- und Kinospots der BZgA	8	8	10
Radio	11	7	7
Schule	2	2	7
Freundeskreis	24	23	6
Material anderer staatlicher Stellen	2	3	5
Internet	**	**	5
Arzt	11	16	4
allgemein verständliche Bücher	7	5	4
Materialien der BZgA	11	11	2

** Das Internet wurde erst 2003 berücksichtigt.

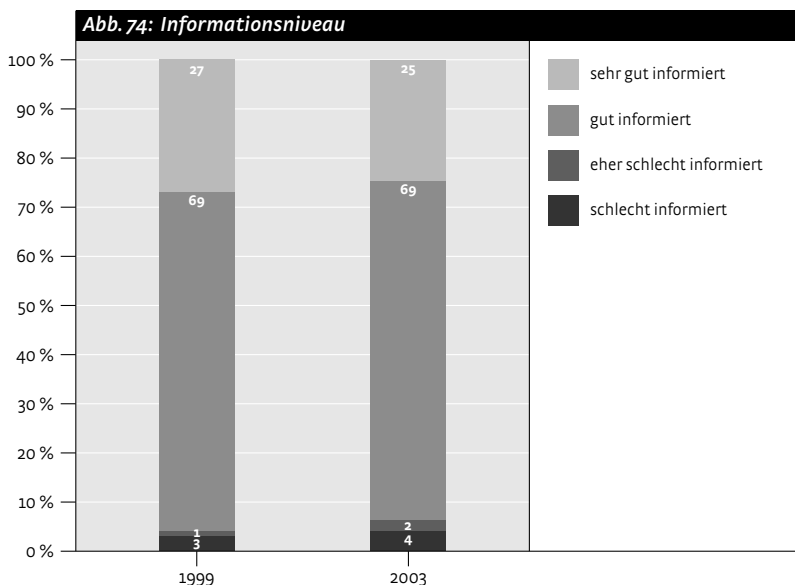
Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach den Nennungen in der Erhebung von 2003.

21 Die Einstufung nach Wichtigkeit steht für eine subjektive Bewertung der Quelle. Wenn eine Informationsquelle in Anspruch genommen und von ihren Nutzern als wichtig eingestuft wird, hat diese Quelle eine besondere Relevanz für die Nutzer, etwa wegen der Inhalte, des Formats, der Sprache o. Ä.

Ein Vergleich der Tabellen 9 und 10 zeigt, dass der Anteil der Befragten, die eine Informationsquelle in Anspruch nehmen, in der Regel größer ist als der Anteil jener Männer, die sie als wichtig einstufen. Obwohl 62 % der Befragten sich in Schwulenzeitungen über HIV/Aids informieren, halten nur 42 % diese Quelle für wichtig. Im Durchschnitt werden die Informationsquellen von der Hälfte ihrer Nutzer (51 %) auch als wichtig eingestuft. Die Angaben zur Presse (50 %) und zum Fernsehen (48 %) entsprechen dem Durchschnittswert, einige Quellen werden von ihren Nutzern als deutlich wichtiger angesehen (Material anderer staatlicher Stellen: 100%, telefonische Beratung: 88%, Gespräche in Schwulengruppen: 85%, Gesundheitsamt/Klinik: 75 %, Materialien der Aidshilfen: 72 %, Schule: 70 %, Schwulenzeitungen: 68 %, allgemein verständliche Bücher: 67 %, medizinische Fachliteratur: 67 %), andere Quellen werden von weniger als der Hälfte ihrer Nutzer für wichtig gehalten (Radio: 39%, Fernseh- und Kinospots der BZgA: 38 %, Arzt: 22 %, Freundeskreis: 18 %, Internet: 11 %, Materialien der BZgA: 8 %). Die Inanspruchnahme eines Informationsangebots bedeutet also nicht unbedingt, dass die Nutzer es für besonders wichtig halten. Am deutlichsten ist das beim Internet zu erkennen; obwohl es von relativ vielen Männern benutzt wird, sind die daraus gewonnen Kenntnisse nur für eine Minderheit der Nutzer von besonderer Relevanz. Auffällig ist die große Wertschätzung der zielgruppenspezifischen oder beratungsorientierten Informationsquellen.

2. Informationsniveau

Um das Informationsniveau zum Thema HIV/Aids zu erfassen, wurde aus den hierzu gestellten Wissensfragen (z. B. Übertragungswege von HIV) ein additiver Index gebildet. Dazu gehören auch Fragen, deren richtige Beantwortung eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema Aids voraussetzt, z. B. nach der geschätzten Zahl der HIV-Infizierten in Deutschland. Die mit der Informationsskala ermittelten Kenntnisse gehen also über jene hinaus, die notwendig sind, um sich vor der sexuellen Übertragung von HIV schützen zu können. Ein Vergleich der Erhebungen von 1999 und 2003 zeigt keine wesentlichen Veränderungen (vgl. Abbildung 74); ein Vergleich mit der Befragung von 1996 ist aufgrund von Veränderungen des Erhebungsinstruments leider nicht möglich.



Wie 1999 gibt es kaum noch einen Zusammenhang zwischen der Zahl der Sexualpartner im Jahr vor der Erhebung und dem Informationsniveau (in den ersten Erhebungen bestand ein Zusammenhang zwischen hohem Informationsniveau und höheren Partnerzahlen). Die Minderheit von Männern mit über 100 Partnern im Jahr ist allerdings schlechter informiert als andere. Der häufigere Besuch der Schwulenszenen (Cafés, Buchläden, Bars, Lederkneipen, Saunen usw.) wirkt sich nicht auf das Informationsniveau aus.

Einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Informationsniveau und HIV-Risikoverhalten gibt es (wie schon 1999) nicht. Schwule verzichten in der Regel nicht auf Safer Sex, weil sie schlecht informiert sind, sondern obwohl sie gut informiert sind. Dennoch und auch deshalb bleibt eine kontinuierliche massenmediale und szenenspezifische Thematisierung von HIV/Aids notwendig.

In der Erhebung von 1999 waren Männer, die sich bewusst nicht an die Safer-Sex-Regeln halten oder denen es schwer fällt, sich stets „safer“ zu verhalten, schlechter informiert als Männer, die eher bestimmten Safer-Sex-Strategien folgen. In der Befragung aus dem Jahre 2003 ist kein Zusammenhang zwischen Risikomanagementstrategie und Informationsniveau festzustellen.

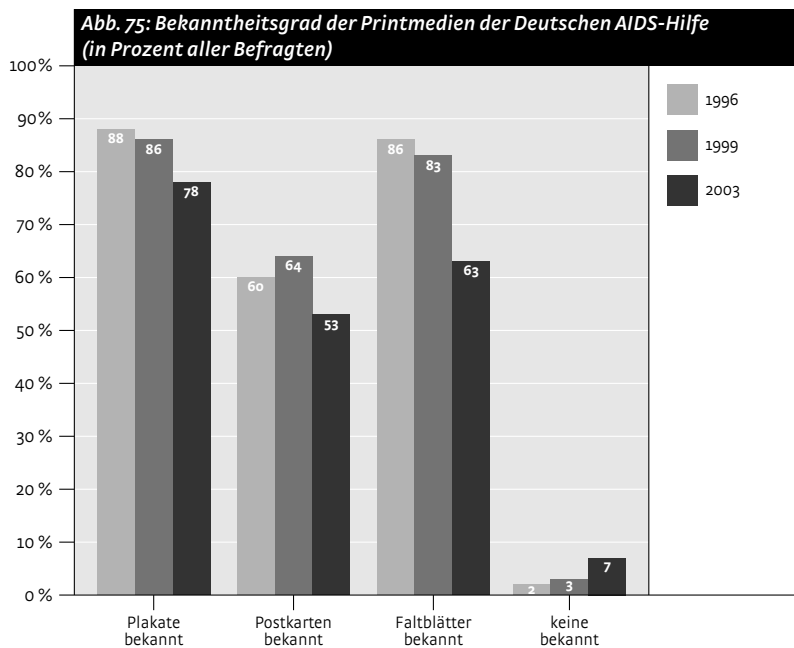
Befragte, die ihre Homosexualität ganz oder überwiegend verheimlichen, erweisen sich als schlechter informiert (10 % schlecht oder eher schlecht informiert) als Männer, die „offen schwul“ leben und ihre Homosexualität (überwiegend) akzeptiert sehen (4 % schlecht oder eher schlecht informiert).

1999 wurde im Gegensatz zu den vorangegangenen Erhebungen kein Zusammenhang zwischen sozialer Nähe zu Menschen mit HIV/Aids und höherem Kenntnisstand über Infektionswege und Epidemie festgestellt. In der Erhebung von 2003 ist dieser Zusammenhang schwach: 7 % der Befragten ohne einen Menschen mit HIV/Aids im Bekannten- oder Freundeskreis sind eher schlecht bis schlecht informiert, bei den Befragten mit Kontakten zu positiv Getesteten gilt dies für 5 %.

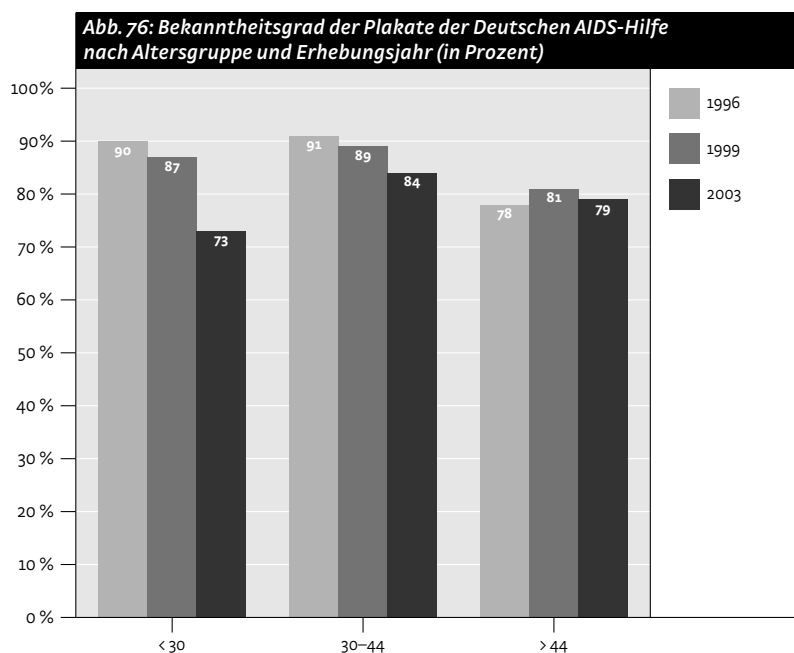
Wie in der letzten Befragung sind auch in der Erhebung von 2003 positiv oder negativ Getestete etwas besser informiert als Ungetestete; bei Letzteren beträgt der Anteil eher schlecht bis schlecht Informierter 7 %, bei positiv und negativ Getesteten jeweils 5 %. Als sehr gut informiert erweisen sich 35 % der Testpositiven und Erkrankten, 25 % der Testnegativen und 21 % der nicht Getesteten.

3. Zur Verbreitung der DAH-Materialien

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe erfreuen sich weiterhin eines hohen Bekanntheitsgrades. Dennoch ist im Vergleich der letzten drei Erhebungen ein deutlicher Rückgang des Anteils jener Befragten festzustellen, die die wichtigsten gedruckten Informationsmaterialien der DAH kennen (vgl. Abbildung 75).



In der Befragung von 1999 war der Bekanntheitsgrad der DAH-Materialien nicht vom Alter der Befragten abhängig. 2003 sind die DAH-Printmedien bei der jüngsten Altersgruppe (14–24 Jahre) weniger bekannt: 13 % der Befragten aus dieser Gruppe kennen keine Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe, bei Männern über 25 Jahren ist dies nur bei 5 % der Fall. Dennoch erklärt die höhere Beteiligung der jüngeren Altersgruppe an der Befragung nicht die rückläufige Bekanntheit der DAH-Medien insgesamt, was sich am sinkenden Bekanntheitsgrad der DAH-Plakate bei Männern unter 45 Jahren zeigt; diese Tendenz ist auch bei Postkarten und Falbblättern zu beobachten ist (vgl. Abbildung 76).



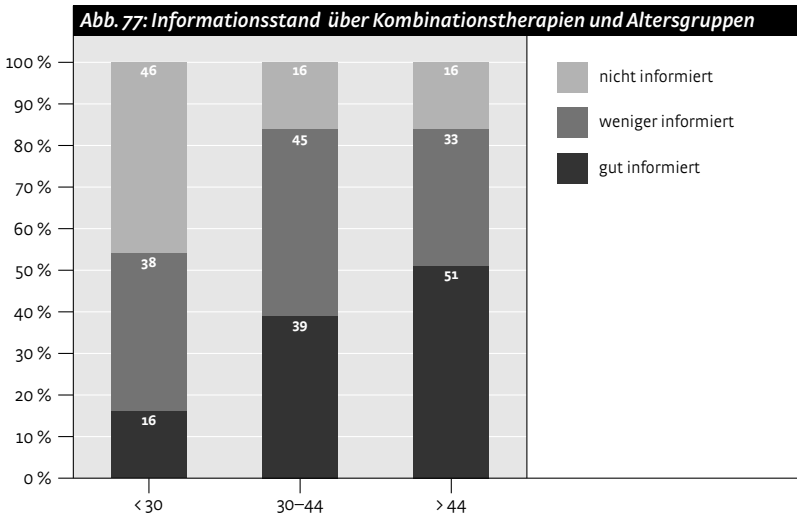
69 % der Befragten (1999: 79 %) haben Aidshilfe-Materialien in den Bars, Cafés, Diskotheken und Saunen der Schwulenszenen kennen gelernt, 43 % (1999: 52 %) an Infoständen von Aidshilfen, 23 % (1999: 16 %) in Kliniken, Apotheken oder Arztpraxen, 20 % (1999: 9 %) durch andere Organisationen und 14 % (1999: 10 %) durch Bekannte oder Freunde. 13 % (1999: 18 %) der Befragten erhielten sie beim Besuch einer regionalen Aidshilfe, 12 % (1999 ebenfalls 12 %) in Gesundheitsämtern und 8 % (1999: 2 %) bei Gesprächen mit Aidshilfe-Mitarbeitern in der Schwulenszene.

V. Auswirkungen der Kombinationstherapien auf das präventive Verhalten

1. Informationsniveau und präventive Vorkehrungen

83

Die mit den seit 1996 eingesetzten Kombinationstherapien erzielten Erfolge in der Behandlung bzw. Verhinderung aidsbedingter Krankheiten haben Anlass zu vielen Spekulationen hinsichtlich der Auswirkungen auf präventives Verhalten gegeben. 1999 wurde zum ersten Mal eine Reihe von Fragen zum Informationsstand zu den Kombinationstherapien gestellt. 2003 geben 28 % der Befragten an, dass sie von diesen Therapien noch nichts gehört haben, 30 % fühlen sich gut informiert, 39 % weniger gut informiert. Das sind im Vergleich zu 1999 weniger Befragte, die sich gut informiert fühlen, und mehr, die keine Kenntnisse über die Kombinationstherapien haben (1999: 45 % gut informiert, 42 % weniger gut informiert, 13 % nicht informiert). Dies erklärt sich in erster Linie dadurch, dass an der Befragung 2003 wesentlich mehr jüngere Männer beteiligt waren und diese ihren Kenntnisstand zu den Kombinationstherapien als wesentlich schlechter einschätzen (vgl. Abbildung 77).



Zur Messung des Informationsniveaus der Befragten wurde wie schon 1999 ein additiver Index aus den Antworten auf folgende drei vorgegebene Aussagen gebildet:

Die neuen Kombinationstherapien bewirken,

1. dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen,
2. dass Menschen mit HIV und Aids länger leben,
3. dass Aids endgültig geheilt werden kann.²²

Auch im Jahre 2003 stimmt das Informationsniveau zu den Kombinationstherapien weitgehend mit dem zu Aids allgemein überein (vgl. Kapitel IV, 2), das heißt, diejenigen Gruppen, die nur lückenhafte Informationen zu Aids haben, sind auch über die Kombinationstherapien am schlechtesten informiert.

Die Mehrheit der Befragten (68 %; 1999: 80 %) ist gut über die Kombinationstherapien informiert, eher schlecht informiert sind 16 % (1999: 10 %), schlecht informiert 5 % (1999: 4 %) und nicht informiert 11 % (1999: 6 %). Die scheinbare Verschlechterung der Informationslage ist auf die stärkere Beteiligung jüngerer Männer unter 21 Jahren zurückzuführen, die über Kombinationstherapien eher schlechter informiert sind; eine Analyse der Daten unter Berücksichtigung dieses Alterseffekts zeigt keine wesentliche Verschlechterung. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass die Befragungsteilnehmer besser informiert sind, als sie sich selbst einstufen. (Zum Vergleich: die 2001 im Auftrag der Bundeszentrale für ge-

²² Die Zustimmung zur ersten Aussage wurde mit einem Minuspunkt bewertet, die Ablehnung mit einem Pluspunkt; umgekehrt wurde mit der zweiten Aussage verfahren. Bei Zustimmung zur dritten Aussage wurden zwei Minuspunkte vergeben, bei Ablehnung ein Pluspunkt. Als Indikator für ein hohes Informationsniveau konnten somit maximal drei Punkte, als Indikator für ein niedriges Informationsniveau vier Minuspunkte erreicht werden.

sundheitliche Aufklärung durchgeführte Befragung zeigte, dass nur ein Fünftel der Allgemeinbevölkerung von den Kombinationstherapien gehört hatte; vgl. BZgA 2002, S.65–66).

Die schon 1999 dokumentierten Zusammenhänge zwischen dem Informationsniveau zu den Kombinationstherapien und bestimmten Lebensstilaspekten werden durch die Erhebung von 2003 zum großen Teil bestätigt. Befragte mit einer höheren Anzahl von Sexualpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung erweisen sich als besser informiert als solche mit geringeren Partnerzahlen, ebenso sind Männer, zu deren üblichem sexuellem Repertoire Analverkehr gehört, besser informiert als jene, die ihn nie oder selten praktizieren. Zwischen Risikokontakten und einem schlechten Informationsniveau besteht kein Zusammenhang.

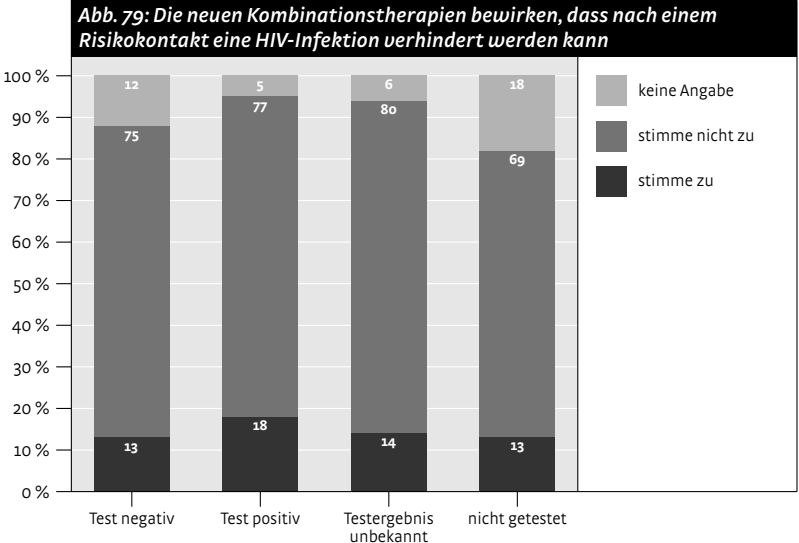
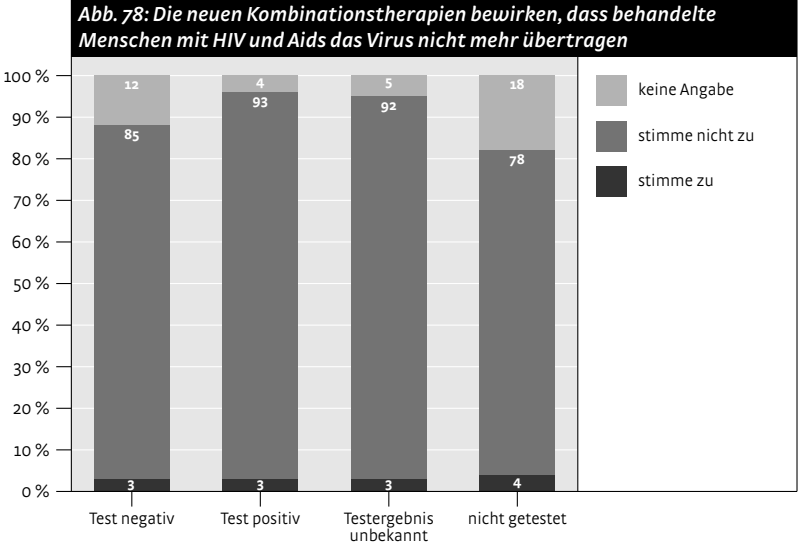
Männer, die (auch) Sexualkontakte mit Frauen haben, sind schlechter über die Kombinationstherapien informiert als jene ohne solche Kontakte, Befragte, die ihre Homosexualität eher verheimlichen, schlechter als jene, die sie offen leben, und Befragte, die die Schwulenszenen eher meiden, sind schlechter informiert als jene, die sie häufiger besuchen. 1999 waren Befragte, denen präventive Vorkehrungen schwer fallen oder die sie für sich als nicht wichtig bezeichnen, schlechter informiert als jene mit konsequent umgesetzten Schutzstrategien. In der Erhebung von 2003 wie in der von 1999 sind Männer ohne selektive Strategien wie auch Männer mit selektiven Strategien eher schlechter informiert.

Eine Einzelauswertung der Fragen zu den Kombinationstherapien nach Testergebnis der Befragten zeigt ein differenzierteres Bild:²³ 83 % aller Befragten lehnen die Aussage ab, dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen (vgl. Abbildung 78); ebenso viele (83 %) verneinen, dass Aids mit den neuen Kombinationstherapien endgültig geheilt werden kann, nur 4 % stimmen dieser Aussage zu (vgl. Abbildung 81). Andererseits stimmen 73 % aller Befragten der Aussage zu, dass Menschen mit HIV und Aids dank der Kombinationstherapien länger leben (vgl. Abbildung 80). Dies bedeutet, dass die große Mehrheit der Befragten den therapeutischen Wert der Kombinationstherapien sieht, ohne die Grenzen ihrer Wirksamkeit zu verkennen.

Bei vielen Aussagen zu den Kombinationstherapien stimmen die Angaben der negativ, positiv und nicht getesteten Befragten nahezu überein, die Unterschiede sollen jedoch dokumentiert werden. Eine eigene Gruppe bilden die Befragten, die einen Test gemacht haben, ohne sich das Ergebnis mitteilen zu lassen. Diese Gruppe, die in ihrem Antwortverhalten häufig den positiv Getesteten ähnelt, wird im Folgenden (vgl. Abbildungen 78–86) getrennt ausgewiesen.

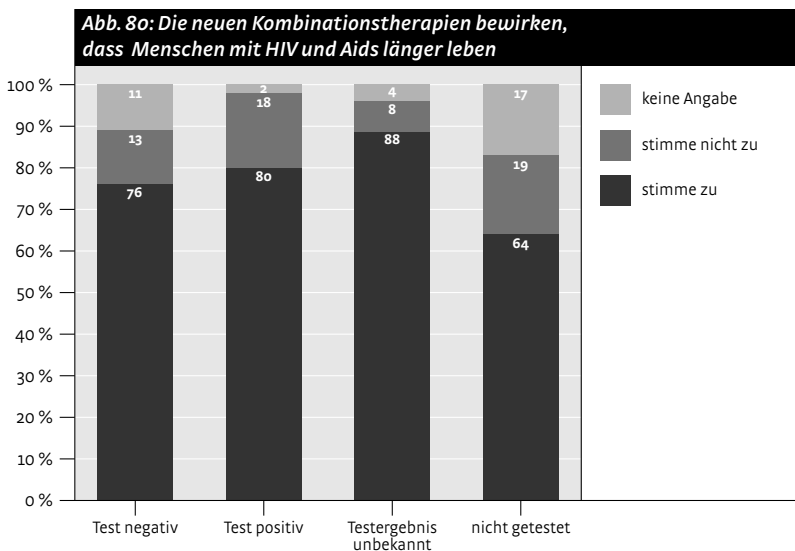
²³ Zustimmung und Ablehnung konnten mithilfe einer vierstufigen Skala ausgedrückt werden: Stimme voll zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu. Für die Auswertung und Darstellung wurden die Zustimmungen und Ablehnungen zusammengefasst. Da fehlende Angaben zu den Aussagen ein niedriges Informationsniveau signalisieren können, werden sie in den folgenden Abbildungen berücksichtigt.

Abbildung 78 dokumentiert, dass HIV-infizierte Befragte die Auswirkungen der Kombinationstherapie auf das Übertragungsrisiko am vorsichtigsten beurteilen: 93 % lehnen die Aussage ab, behandelte Patienten seien nicht mehr infektiös, nur jeweils 3 % der positiv und der negativ Getesteten stimmen dieser Aussage zu. Der Anteil der Befragten, die hierzu keine Angabe machen, ist bei den positiv Getesteten am geringsten (4 %), bei den nicht Getesteten am höchsten (18 %).

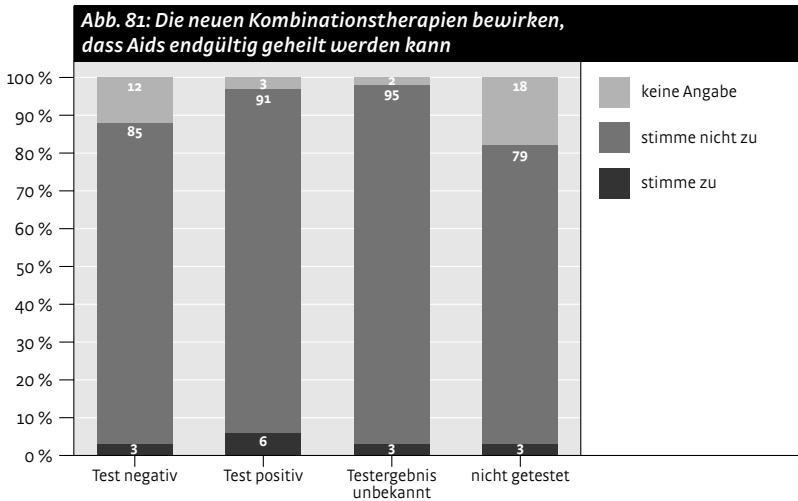


Die Möglichkeit, eine Neuinfektion nach einem Risikokontakt durch eine Behandlung mit antiviralen Mitteln zu verhindern, wird von allen vier Gruppen skeptisch beurteilt (vgl. Abbildung 79); lediglich 13 % aller Befragten stimmen dieser Aussage zu (18 % der Positiven und Erkrankten, 13 % der negativ Getesteten).

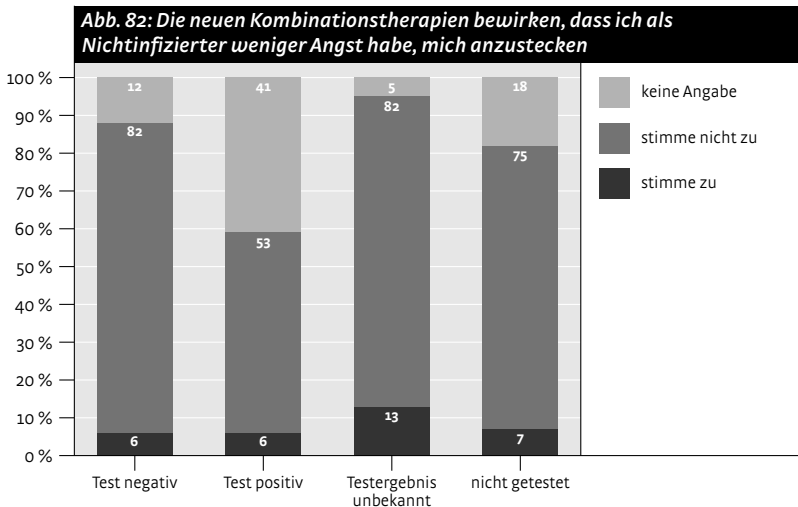
Die lebensverlängernde Wirkung der Kombinationstherapien wird von 73 % aller Befragten gesehen (76 % der negativ und 80 % der positiv Getesteten, einzig die nicht Getesteten liegen mit 64 % etwas darunter). Der Anteil derer, die nicht von einer lebensverlängernden Wirkung ausgehen, ist unter den infizierten und erkrankten sowie den nicht getesteten Befragten am höchsten (vgl. Abbildung 80).



Nur 4 % der Befragten sehen in den Kombinationstherapien die Chance einer endgültigen „Heilung“ von Aids; dass sich mit 6 % mehr Positive und Erkrankte an diese Hoffnung klammern, ist nicht erstaunlich. Hervorgehoben werden muss zugleich, dass die positiv Getesteten sowie jene, die ihr Testergebnis nicht wissen wollen, den höchsten Anteil der Befragten aufweisen, die diese Aussage ablehnen (vgl. Abbildung 81).



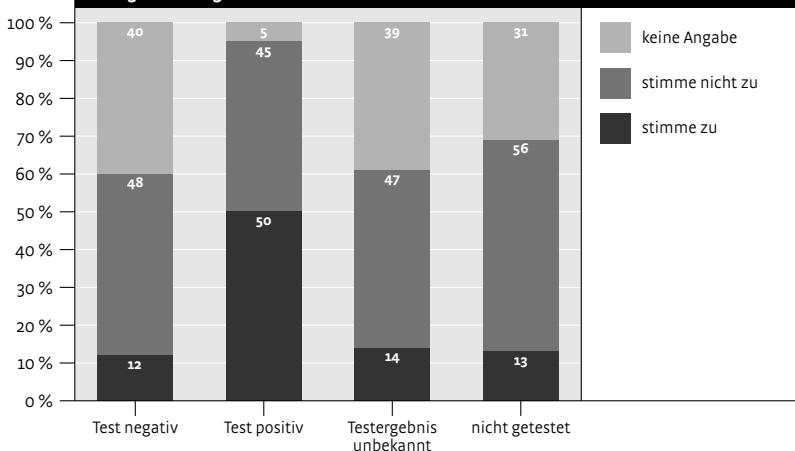
Der hohe Informationsstand bei der großen Mehrheit der Befragungsteilnehmer hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung der eigenen Gefährdung durch Aids: 6 % der negativ und 7 % der nicht Getesteten geben an, dass sie wegen der Kombinationstherapien weniger Angst haben, sich mit HIV zu infizieren, bei der großen Mehrheit beider Gruppen ist das nicht der Fall. 59 % der positiv Getesteten haben dennoch auf diese Frage geantwortet, und auch bei ihnen stimmen nur 6 % der Aussage zu (vgl. Abbildung 82).



Lediglich die Hälfte aller infizierten Befragungsteilnehmer sieht in den neuen Therapiemöglichkeiten einen Anlass zu geringerer Sorge, die andere Hälfte lehnt diese

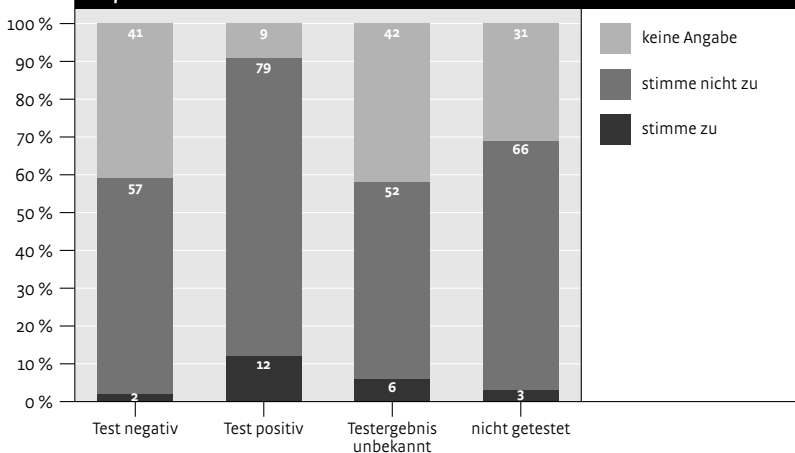
Aussage ab. Unter den infizierten und erkrankten Männern ist demzufolge das Vertrauen in die Kombinationstherapien keineswegs besonders groß; dies gilt ebenso für negativ und nicht Getestete, die diese Frage beantworten und sich dabei in die Situation von Infizierten und Erkrankten hineinversetzen (vgl. Abbildung 83).

Abb. 83: Als HIV-Positiver bin ich wegen der neuen Therapiemöglichkeiten weniger besorgt



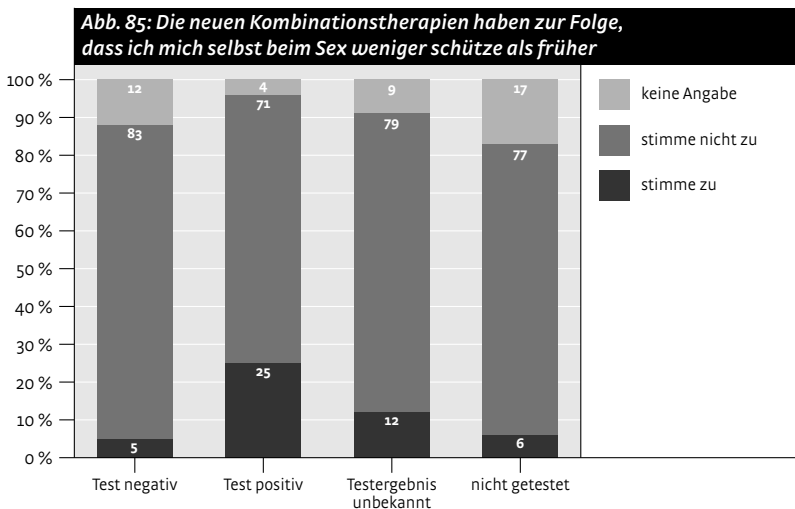
Die Angst, andere anzustecken, ist unter Männern mit HIV trotz der Kombinationstherapien, die bei vielen von ihnen die Viruslast erheblich senken, noch beträchtlich: 79 % lehnen die Aussage ab, die Kombinationstherapien nehmen ihnen diese Sorge, nur 12 % stimmen ihr zu (vgl. Abbildung 84).

Abb. 84: Als HIV-Positiver, der behandelt wird, bin ich weniger besorgt, Sexpartner anzustecken



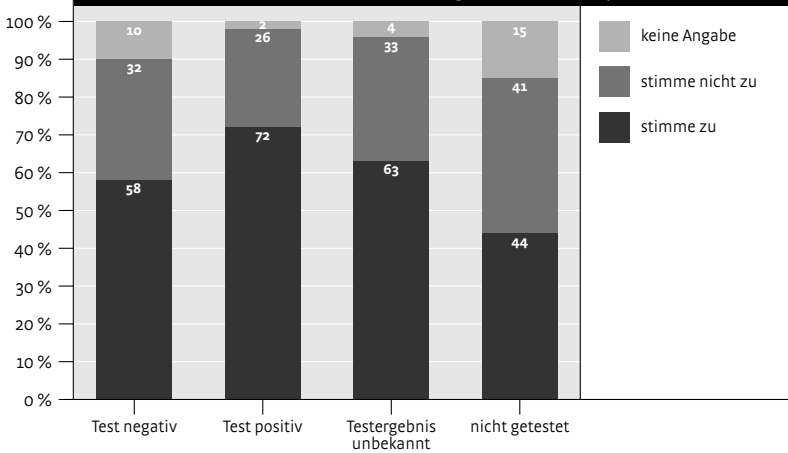
Unter den negativ und nicht Getesteten ist der Anteil derjenigen, die diese Frage nicht beantworten, verständlicherweise sehr viel höher als unter den Positiven. Die große Mehrheit dieser Männer, die die Frage dennoch beantwortet haben, lehnt jedoch die Aussage ab, dass Positive das Risiko für ihre Sexualpartner unterschätzen.

Die Skepsis gegenüber einer Senkung des Übertragungsrisikos durch die Kombinationstherapien führt dazu, dass lediglich 7 % aller Befragten angeben, sich heute weniger zu schützen als früher. Von den negativ Getesteten sind dies 5 %, von den nicht Getesteten 6 %; bei den positiv Getesteten und den Befragten mit unbekanntem Testergebnis sind diese Anteile mit 25 % bzw. 12 % deutlich höher (vgl. Abbildung 85). Bei den positiv Getesteten wird das Wissen um die viruslastsenkende Wirkung der antiretroviralen Medikamente ein Grund dafür sein, dass sich ein höherer Anteil risikoreicher verhält, doch hält die Mehrheit von ihnen weiterhin an präventiven Vorkehrungen fest. Dies mag in der Tatsache begründet sein, dass es auch bei nicht nachweisbarer Viruslast zu Infektionen kommen kann, ein weiterer Grund könnte der Schutz vor Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sein.



Dem bekundeten Festhalten an Schutzmaßnahmen steht eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Safer-Sex-Verhaltens anderer gegenüber: 56 % aller Befragten gehen davon aus, dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher, wobei dieser Anteil unter negativ Getesteten ungefähr dem Durchschnitt entspricht, unter positiv Getesteten und Befragten ohne Kenntnis ihres Testergebnisses aber höher ist (vgl. Abbildung 86).

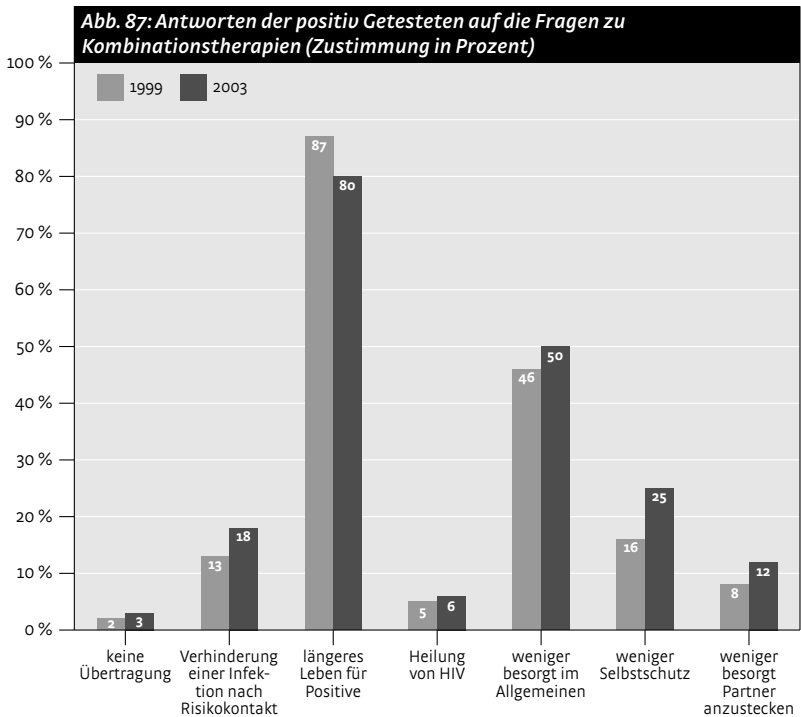
Abb. 86: Die neuen Kombinationstherapien haben zur Folge, dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher



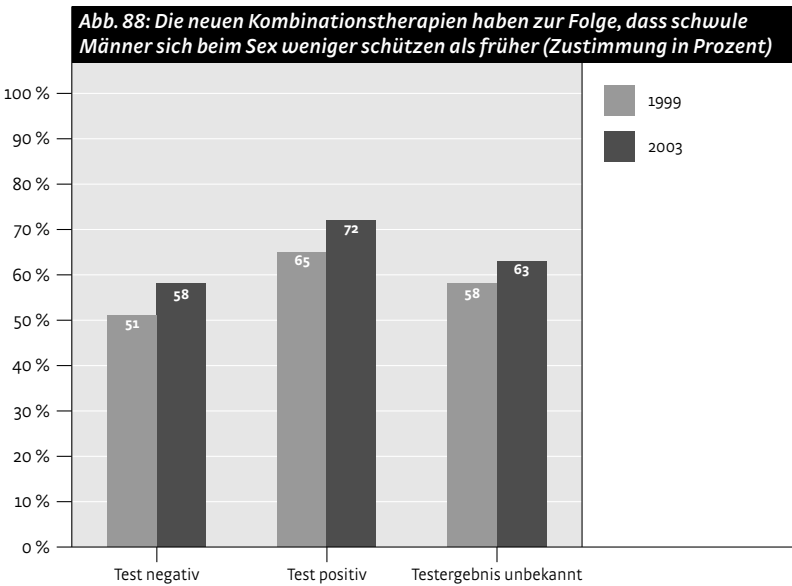
Diese Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung (Befolgung der Safer-Sex-Empfehlungen) und Einschätzung anderer, die sich schon in der Erhebung von 1999 beobachten ließ (vgl. Bochow 2001), dürfte mehrere Gründe haben. Das eigene Verhalten ist den Befragten – wenn nicht starke Verleugnungs- und Verdrängungstendenzen vorliegen – zumindest für einen gewissen Zeitraum präsent. Ob sich andere homosexuelle Männer schützen oder Risiken eingehen, lässt sich nur nach dem Hörensagen oder durch eigene Beobachtungen – vor allem an Orten, an denen flüchtiger Sex praktiziert wird – beurteilen. Ungeschützter Analverkehr lässt sich in jeder Sauna mit homosexueller Klientel wie auch in den Darkrooms der Schwulenbars deutscher Großstädte ausmachen. Wie in Kapitel II, 3 dargestellt, besucht nur ein bestimmter Teil schwuler Männer solche Saunen und Bars, und von ihnen geht wiederum nur ein Teil dort Infektionsrisiken ein. Beobachtungen werden aber leicht zu Aussagen über das Verhalten *der* homosexuellen Männer verallgemeinert. Manchen drastischen Schilderungen des Risikoverhaltens anderer könnte auch die Absicht zu Grunde liegen, die eigene „Tugendhaftigkeit“ zu betonen – hier mag auch Neid auf diejenigen mitspielen, die sich „Freiheiten“ herausnehmen, die man sich selbst nicht einräumt. Ein weiterer, ähnlich gelagerter Erklärungsansatz verweist auf Projektionsmechanismen²⁴: Die eigenen Wünsche nach entgrenzter, unkontrollierter, „kondomloser“ Sexualität werden nicht zugelassen, aber anderen als handlungsleitend unterstellt (vgl. Dannecker 2000; 2002). Werden die nach wie vor starken Widerstände gegen den regelmäßigen Kondomgebrauch berücksichtigt (vgl. Kapitel III, 3.3), können solche Projektionen nicht überraschen.

²⁴ Projektion, hier: das Übertragen eigener Gefühle, Wünsche und Vorstellungen auf andere als Abwehrmechanismus

Ein Vergleich der Aussagen zu den Kombinationstherapien in den Erhebungen von 1999 und 2003 zeigt für beide Jahre ähnliche Ergebnisse, Unterschiede lassen sich aufgrund des relativ hohen Anteils an fehlenden Angaben nur schwer ermitteln, Unterschiede bei den Antworten auf bestimmte Fragen können auf den unterschiedlich hohen Anteil an fehlenden Angaben zurückgeführt werden. Nur bei den positiv Getesteten ist das Antwortverhalten in beiden Jahren relativ konstant; vergleicht man die Antworten aus diesen beiden Erhebungsjahren, wird eine überwiegend positive, wenn auch weiterhin kritische Einstellung zum therapeutischen Nutzen der Medikamente deutlich: Hinsichtlich der Möglichkeit einer Heilung herrscht weiterhin große Skepsis, während ein zunehmender Anteil der positiv Getesteten angibt, wegen der Kombinationstherapien weniger besorgt zu sein. Eine große Mehrheit der Befragten verspricht sich ein längeres Leben durch die Therapien, dennoch ist der Anteil dieser Männer im Jahr 2003 geringer als im Jahr 1999. Der Aussage, dass es durch die Therapie nicht mehr zur Virusübertragung kommt, stimmt zu beiden Erhebungszeitpunkten lediglich eine kleine Minderheit zu, dennoch verweisen die Antworten auf die anderen Fragen darauf, dass die Kombinationstherapien ein Faktor für die Abnahme des Schutzverhaltens bei positiv getesteten Männern sind (vgl. Abbildung 87).



Der Anteil der negativ und positiv Getesteten sowie jener Befragten mit unbekanntem Testergebnis, die zur Frage nach dem Schutzverhalten schwuler Männer in den Zeiten der Kombinationstherapien keine Angaben machten, ist in beiden Erhebungen konstant niedrig (bei den nicht Getesteten sind diese Anteile unterschiedlich groß; sie werden deshalb nicht in den Vergleich aufgenommen). Der Anteil derer, die von einem negativen Effekt der Kombinationstherapien auf das Schutzverhalten ausgehen, ist im Jahr 2003 in allen drei Gruppen höher als 1999 (vgl. Abbildung 88).



Obwohl es weder 2003 noch 1999 Anhaltspunkte für einen weit verbreiteten „Therapieoptimismus“ gibt, ist ein Zusammenhang zwischen positiver Einschätzung der Kombinationstherapien und einer erhöhten Risikobereitschaft festzustellen:

Wie schon erwähnt, geben 6 % der negativ getesteten Männer an, wegen der Behandlungsmöglichkeiten weniger Angst vor einer HIV-Infektion zu haben als früher, davon hatten 56 % in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen ungeschützten Analverkehr. Von den Männern, denen die Therapien nicht die Angst vor einer HIV-Infektion genommen haben (82 % der negativ Getesteten), hatten 73 % keinen Risikokontakt (dieser Unterschied ist signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau).

Bei den Ungetesteten zeigt sich ein geringerer Unterschied im Risikoverhalten: 7 % von ihnen bekunden, wegen der neuen Therapien weniger Angst vor einer HIV-Infektion zu haben als früher, 75 % stimmen der Aussage nicht zu. 63 % der

Männer aus der ersten und 73 % der Befragten aus der zweiten Gruppe hatten im Jahr vor der Erhebung keinen ungeschützten Analverkehr (auch dieser Unterschied ist signifikant auf dem 1-Prozent-Niveau). 1999 war kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festzustellen.

Den positiv Getesteten wurde diese Aussage vorgegeben: „Als HIV-Positiver, der behandelt wird, bin ich weniger besorgt, Sexpartner anzustecken.“ Wie schon 1999 gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede im Risikoverhalten der Männer, die dieser Aussage zugestimmt haben, und derer, die ihr nicht zustimmen.

Bei negativ und nicht getesteten Männern hat die soziale Nähe zu Menschen mit HIV und Aids Auswirkungen auf die Einschätzung der Kombinationstherapien. Unter Befragten, die keine Menschen mit HIV und Aids im Freundes- oder Bekanntenkreis haben, sind Informationsmängel und Fehlinformationen verbreiteter als bei Menschen mit Freunden und Bekannten, die von Aids betroffen sind. Dieser Zusammenhang besteht vor allem hinsichtlich des Mangels an Informationen; er ist statistisch signifikant für diejenigen Aussagen, die für alle Befragungsteilnehmer oder für negativ und nicht getestete Männer vorgegeben wurden. Der Anteil der Befragten, die von einer Zunahme des Risikoverhaltens bei schwulen Männern ausgehen, ist unter Männern mit HIV-positiven und aidskranken Freunden und Bekannten mit 66 % deutlich höher als bei Männern ohne solche Freunde oder Bekannte (43 %). Unter Letzteren ist der Anteil derjenigen, die hierzu keine Angaben machen, mit 17 % mehr als dreimal so hoch wie bei den Befragten, die Freunde mit HIV oder Aids haben (5 %).

2. Inanspruchnahme der Kombinationstherapien

2003 wurde positiv getesteten Männern zum ersten Mal die Frage gestellt, ob sie wegen ihrer HIV-Infektion gegenwärtig behandelt werden und wenn nicht, warum nicht. Zwei Drittel (67 %) der Testpositiven werden mit einer Kombinationstherapie behandelt, 4 % nehmen eine naturheilkundliche Therapie und 13 % eine Psychotherapie in Anspruch, 6 % beantworten die Frage nicht. Berücksichtigt man alle Mehrfachnennungen zu den drei angegebenen Therapieformen, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 11):

Tabelle 11: Inanspruchnahme von Therapie(n)

Therapieform	n	%
nur Kombinationstherapie	219	57
keine der genannten Therapieformen	81	21
Kombinationstherapie und Psychotherapie	34	9
nur Psychotherapie	13	3
nur Naturheilkunde	9	2
Kombinationstherapie und Naturheilkunde	5	1
Kombinationstherapie, Naturheilkunde und Psychotherapie	2	1
keine Angabe	24	6
Gesamtheit der positiv Getesteten	387	100

Die 103 positiv getesteten Männern, die zurzeit nicht mit einer Kombinationstherapie behandelt werden, geben dafür folgende Gründe an: „Mein Arzt hat mir nicht dazu geraten“ (58 %), „Ich will keine Therapie“ (19 %), „Ich will noch warten“ (28 %). Unter Berücksichtigung der Mehrfachnennungen verteilen sich die Aussagen folgendermaßen (vgl. Tabelle 12):

Tabelle 12: Gründe, von einer Kombinationstherapie Abstand zu nehmen

Gründe	n	%
ablehnende Haltung und Rat des Arztes	47	46
nur ablehnende Haltung	16	15
nur abwartende Haltung	15	14
keiner dieser Gründe angegeben	11	11
Rat des Arztes und abwartende Haltung	10	10
ablehnende und abwartende Haltung, Rat des Arztes	3	3
ablehnende und abwartende Haltung	1	1
Gesamt	103	100

Von den positiv getesteten Männern, die keine Kombinationstherapie machen, geht mit 66 % ein größerer Anteil das Risiko ein, Sexualpartner zu infizieren, als von den Männern, die sich antiretroviral behandeln lassen. Unter Berücksichtigung der bisherigen Untersuchungen zum Thema und der oben genannten Argumente gegen eine Behandlung dürfte dieses Ergebnis auf den besseren körperlichen Zustand der nicht antiretroviral behandelten Männer zurückzuführen sein, wobei wahrscheinlich weder die Behandlung selbst noch die Viruslast mit der höheren Risikobereitschaft zusammenhängt, sondern das physische Wohlbefinden (vgl. Rawstorne u. a. 2002). Ohne klinische Indikatoren oder die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Befragten können Unterschiede im Risikoverhalten zwischen Behandelten und NichtBehandelten in diesem Zusammenhang allerdings nicht interpretiert werden.

Die Antworten der positiv getesteten Befragten auf die Fragen zu den Kombinationstherapien (s. Kapitel V, 1) unterscheiden sich nicht danach, ob sie in Behandlung sind oder nicht. Ausnahme ist die Frage nach der gestiegenen Lebenserwartung, doch ist der Unterschied hier gering: 83 % der behandelten und 80 % der nicht behandelten Männer stimmen der Aussage zu, aufgrund der Kombinationstherapien eine verbesserte Lebenserwartung zu haben.

96

3. Inanspruchnahme der Post-Expositions-Prophylaxe²⁵

Das Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) ist deutlich geringer als dasjenige zu den Kombinationstherapien. Der Begriff PEP wurde im Fragebogen nicht unvermittelt vorgegeben, sondern zunächst umschrieben und erst dann genannt. Nur 40 % der Befragten (1999: 48 %) hatten bisher davon gehört (der gesunkene Bekanntheitsgrad ist auf die stärkere Beteiligung von Männern unter 30 Jahren zurückzuführen, die weniger gut über die Behandlungsmöglichkeiten informiert sind). In Anspruch genommen wurde eine PEP nur selten, und zwar von 29 Personen (0,6 % aller Befragten; 1999: 7 Personen bzw. 0,2 %) einmal, von 11 Personen (0,2 %, 1999: 1 Person) zweimal. Eine detaillierte statistische Analyse ist bei diesen geringen Fallzahlen nicht möglich.

Zwischen dem Wissen über die Post-Expositions-Prophylaxe und dem Eingehen von Risikokontakten besteht, wie schon 1999, kein Zusammenhang, was ungeschützten Analverkehr mit Sexualpartnern mit unbekanntem Testergebnis anbelangt, wohl aber ein Zusammenhang bei Risikokontakten mit Sexualpartnern mit anderem Testergebnis. 7 % der Befragten, welche um die Möglichkeit einer PEP wissen, sind solche Risikokontakte eingegangen, aber nur 4 % der Befragten ohne dieses Wissen.

²⁵ hier: Vorbeugende Behandlung mit antiretroviralen Mitteln unmittelbar nach Kontakt mit HIV, um eine Infektion zu verhindern

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Männer mit Risikokontakten in den zwölf Monaten vor der Befragung bei den Befragten, die eine PEP in Anspruch genommen haben, größer: 58 % der Männer mit PEP-Erfahrung (29 Personen) hatten mindesten einen Risikokontakt, bei den Männern ohne PEP-Erfahrung waren dies 32 %. Umgekehrt bedeutet dies, dass 42 % der Männer mit PEP-Erfahrung (21 Personen) im Jahr vor der Befragung keinen Risikokontakt hatten (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit diskordantem oder unbekanntem Sero-status). Diese Männer waren offenbar andere Risiken eingegangen (z. B. orale Aufnahme von Sperma) oder hatten zu einem früheren Zeitpunkt ungeschützten Analverkehr mit einem Partner mit unbekanntem oder anderem Testergebnis.

VI. Der HIV-Antikörpertest

1. Gründe für und gegen einen Test

99

Die große Mehrheit der Befragten, die sich schon einmal auf HIV-Antikörper hat testen lassen, tat dies (beim ersten Mal) aus eigener Initiative (78 %; 1996 und 1999: 80 %). Bei 14 % hat der feste Freund darauf hingewirkt – ein deutlich höherer Anteil als in den letzten zwei Befragungen (1996 und 1999: 5 %) –, bei 5 % (1996: 8 %, 1999: 9 %) gab ärztlicher Rat den Anstoß. Die seit 1996 verfügbaren Kombinationstherapien haben bislang nicht zu stärkerer ärztlicher Einflussnahme geführt. 1 % der Befragten wurde ohne ihr Wissen getestet, bei 2 % verlangte der Arbeitgeber einen HIV-Antikörpertest.

Über diese ausschlaggebenden Gründe hinaus geben 75 % der Befragten (1996: 78 %, 1999: 74 %) den Wunsch, Kenntnis über den eigenen Serostatus zu erlangen, als wichtigen Testgrund an, 34 % (1996 und 1999: 30 %) einen oder mehrere Risikokontakte. 32 % (1996: 27 %, 1999: 28 %) haben sich testen lassen, um zu überprüfen, ob Serostatus-Übereinstimmung mit dem festen Freund besteht, die als Voraussetzung für den Verzicht auf Kondome angesehen wird (das sind, wie schon 1999, 41 % der fest Befreundeten). Dieser hohe Anteil zeigt, wie viele Männer die Intimität der sexuellen Interaktion mit ihrem festen Freund durch Kondome beeinträchtigt sehen.

Wegen Krankheitszeichen, die auf eine HIV-Infektion hinweisen könnten, ließen sich 8 % (1996: 8 %, 1999: 9 %) der Befragten testen, 12 % (1996: 12 %, 1999: 15 %) wollten im Falle einer Infektion die frühzeitige Behandlung gewährleistet

sehen. Auch hier wird deutlich, dass die Kombinationstherapien keine massiven Veränderungen der Testmotivation bewirkt haben. Das gilt auch für den Wunsch, den (frühzeitigen) Ausbruch der Krankheit zu verhindern, den 5 % der Befragten (1996: 5 %, 1999: 7 %) als Testgrund angeben.

In Verbindung mit anderen Daten lässt sich auf weitere Motive schließen. So hat etwa die Partnerzahl im Jahr vor der Befragung einen eindeutigen Einfluss auf das Testverhalten: Von den Männern, die in diesem Zeitraum weniger als sechs Sexualpartner hatten, haben sich 58 % (54 % aller Befragten) testen lassen, von jenen mit mehr als 20 Sexualpartnern dagegen 85 % (20 % aller Befragten).

Liegt der letzte durchgeführte HIV- Test mit negativem Ergebnis bereits einige Jahre zurück, könnten sich die Getesteten inzwischen beim ungeschützten Sex infiziert haben. 22 % (1999: 21 %) der negativ Getesteten aus der Befragung von 2003 hegen Zweifel, ob ihr Testergebnis noch gültig ist; unter den vor 2001 Getesteten liegt dieser Anteil bei 27 %. Diese Zweifel resultieren offenkundig aus Risikokontakten: Von den Befragten mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Befragung haben 34 % (1999: 37 %) Zweifel, ob ihr negatives Testergebnis noch gültig ist, von den Männern ohne Risikokontakte hingegen lediglich 16 % (1999: 15 %).

31 % der Männer haben bis zur Befragung keinen HIV- Test durchführen lassen, überwiegend, weil sie sich nicht als gefährdet oder ihr Risiko als gering ansehen; dies geben über zwei Drittel (71 %; 1999: 65 %; 1996: 54 %) der nicht Getesteten an, und diese Einschätzung dürfte größtenteils auch zutreffen. Überrepräsentiert unter den nicht Getesteten sind Männer, die keinen Analverkehr praktizieren, Männer mit einer geringeren Zahl an Sexualpartnern und nur sporadischen Sexualkontakten wie auch Männer, die in einer monogamen Beziehung leben.

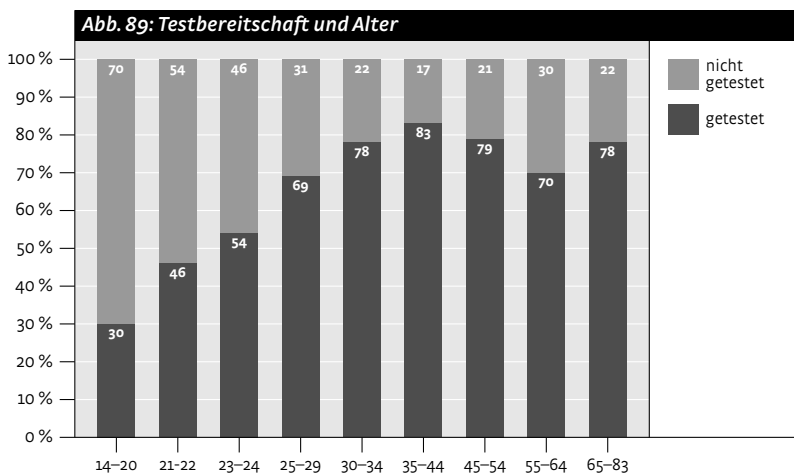
Die nächstgrößere Gruppe der bislang nicht Getesteten bilden mit 19 % (1996: 39 %; 1999: 29 %) Männer, die sich zwar von HIV und Aids bedroht fühlen, aber Angst vor einem positiven Ergebnis haben. Dass ihr Anteil rückläufig ist, dürfte auf die seit 1996 verfügbaren Kombinationstherapien zurückzuführen sein. Ähnliches gilt für die Angst davor, dass ein positives Testergebnis bzw. die damit verbundene psychische Belastung das Auftreten von Aidsmanifestationen beschleunigen könnte, die 1996 noch von 12 %, 1999 von 6 % und 2003 nur noch von 0,7 % (10 Personen) der nicht Getesteten genannt wird. Soziale und berufliche Nachteile durch ein positives Testergebnis befürchteten 1996 und 1999 8 %, 2003 1,3 % der nicht Getesteten; dass die Anonymität des Testergebnisses gewahrt bleibt, bezweifelten 1996 und 1999 4 %, 2003 3 %. Kein Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Testergebnisses hatten 1996 und 1996 3 %, 2003 lediglich 0,2 % (3 Personen). Dass die Medizin bei einem positiven Testergebnis keine wirksame Behandlung bieten konnte, war 1996 für 10 % ein Grund, sich nicht testen zu lassen; dieses Motiv wurde 1999 noch von 4 % und 2003 nur noch von 1,6 % angegeben. Der Anteil der

Männer, der durch eine Beratung von einem HIV-Antikörper-Test abgehalten wurde, liegt in allen drei Jahren stabil bei 3 %.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass immer mehr Ungetestete sich vor allem deswegen nicht testen lassen, weil sie sich nicht (mehr) von HIV bedroht fühlen; gab 1996 ungefähr die Hälfte der Befragten dies als Hauptgrund an, sind es im Jahr 2003 annähernd drei Viertel. Gleichzeitig nimmt die Angst vor den Konsequenzen eines positiven Serostatus kontinuierlich ab. Die Zuverlässigkeit des Tests sowie der Nutzen der Behandlungsmöglichkeiten werden kaum noch in Frage gestellt. Männer, für die Fragen der Anonymität oder Probleme mit der Testberatung im Vordergrund stehen, bleiben unverändert eine kleine Minderheit. Dass sich die nicht Getesteten tendenziell weniger durch HIV bedroht fühlen, entspricht nicht der Tatsache, dass sie de facto beträchtliche Risiken eingehen – vor allem beim Sex mit Partnern, mit denen sie nicht fest befreundet sind (siehe Kapitel VI, 5).

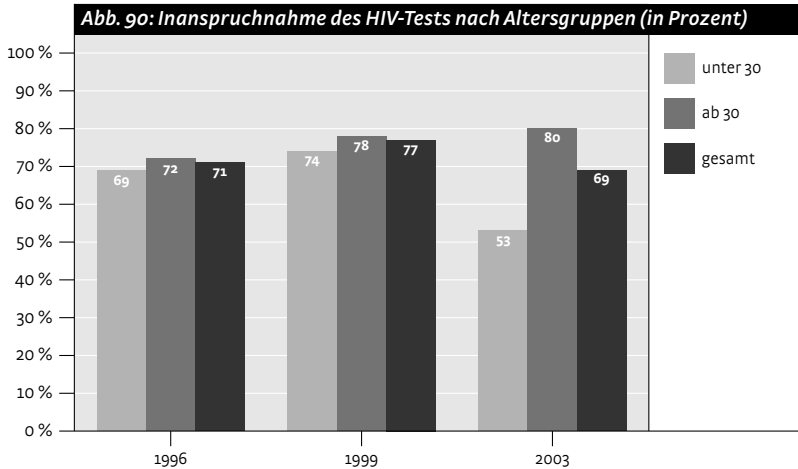
2. Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests

Ob sich jemand testen lässt, hängt auch vom Alter ab. Bei Männern unter 35 nimmt die Testbereitschaft linear mit dem Alter zu, ab 35 Jahren gibt es keine solche lineare Beziehung mehr (vgl. Abbildung 89).



Der Anteil der Befragten, die sich mindestens einmal einem HIV-Antikörpertest unterzogen haben, steigt seit 1987 (dem Jahr der ersten Befragung in den alten Bundesländern); dass er 2003 niedriger ist als in den Jahren zuvor, ist auf die stärkere Beteiligung von Männern aus den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen, bei

denen der Anteil der Ungetesteten höher ist: Bei den Befragungsteilnehmern ab 30 steigt der Prozentsatz der Getesteten weiter, bei Männern unter 30 ist er seit 1993 niedriger als bei den älteren Befragten (vgl. Abbildung 90). Wie in den vorangegangenen Erhebungen sind über zwei Drittel der Tests jüngerer Datums (aus den Jahren 2001–2003).



3. Testergebnisse

HIV-Antikörper-positiv (oder erkrankt) sind 2003 12 % der getesteten Befragungsteilnehmer (1999: 15 %, 1996: 11 %), dieser Anteil ist, verglichen mit dem Anteil HIV-Positiver an allen schwulen Männern, überdurchschnittlich hoch.

Die dokumentierten Infektionsraten sind (wie auch die tatsächlichen Infektionsraten, siehe RKI 2003) je nach Region unterschiedlich. Den Angaben des Robert Koch-Instituts zufolge stammen 37 % der nach 1993 erfolgten HIV-Erstdiagnosen (und 53 % aller bisher an Aids Erkrankten) aus den Großstädten Frankfurt a. M., München, Westberlin, Düsseldorf, Köln und Hamburg, 55 % aus dem übrigen alten Bundesgebiet und 8 % aus den neuen Bundesländern einschließlich Ostberlin. HIV-positiv oder an Aids erkrankt sind in der Spontanstichprobe von 2003 18 % der getesteten Befragten aus Westberlin, 13 % derer aus Ostberlin, 15 % derer aus den westdeutschen Millionenstädten und 10 % derer aus allen übrigen Gebieten.

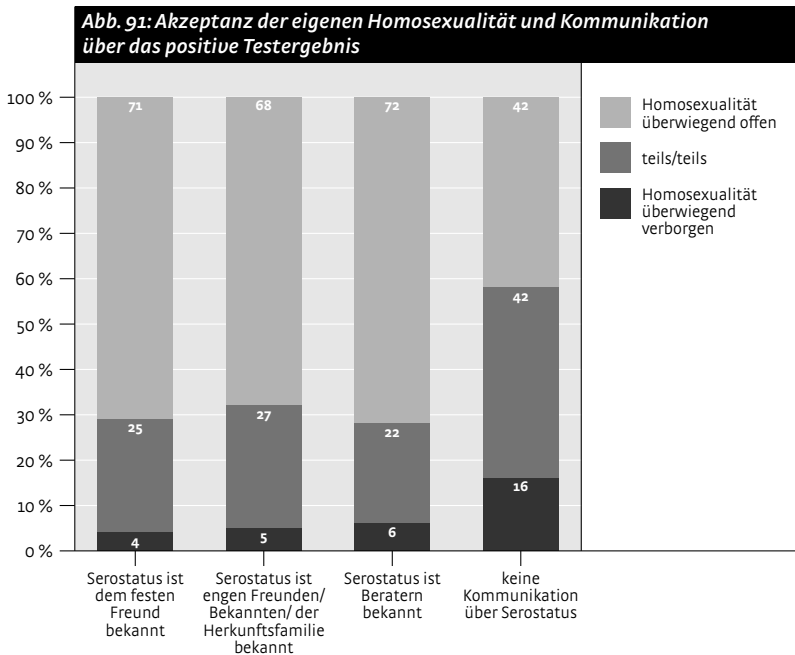
Wie die vorangegangenen Erhebungen dokumentiert auch die von 2003, wie stark die Lederszene von HIV und Aids betroffen ist; 23 % der getesteten Männer, die sie häufig besuchen, sind HIV-infiziert oder erkrankt. Allerdings wird die Bedrohung durch HIV und Aids in der Lederszene durchaus wahrgenommen: 87 % dieser Männer haben sich mindestens einmal testen lassen.

4. Thematisierung des Tests im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis

Wie in den früheren Untersuchungen haben die meisten getesteten Befragten mit Partnern, Freunden, Familienangehörigen, Bekannten oder anderen über den Test und das Ergebnis gesprochen; lediglich 3 % der positiv (12 Personen) und 12 % der negativ Getesteten haben das nicht getan. Von den Männern, die gegenwärtig in einer festen Partnerschaft leben, haben 84 % der negativ und 87 % der positiv Getesteten mit ihrem Freund darüber geredet. Mit engen Freunden haben 60 % der negativ und 82 % der positiv Getesteten über ihr Testergebnis gesprochen, mit Familienangehörigen 56 % bzw. 23 %, mit einem Therapeuten/Berater 43 % der infizierten und 5 % der nicht infizierten Männer.

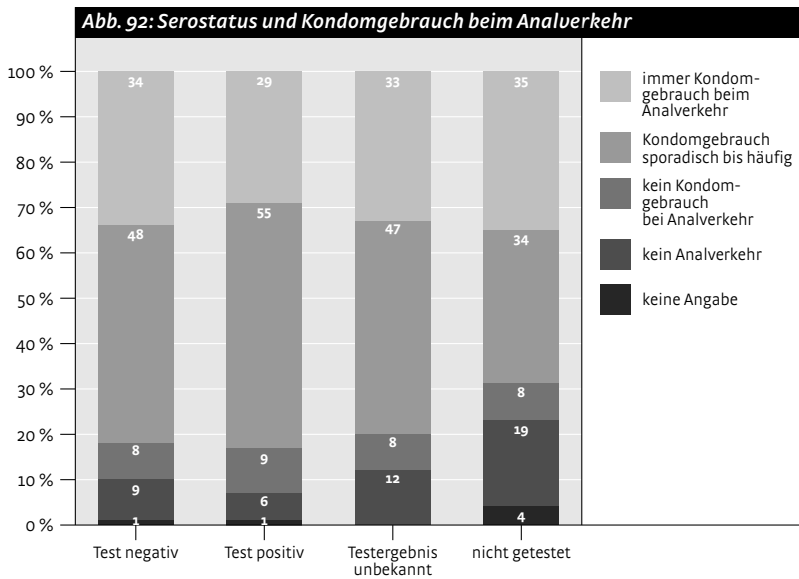
Ob der Test gegenüber nahestehenden Personen zur Sprache kommt, ist auch abhängig davon, wie offen oder verdeckt die Homosexualität gelebt wird: 34 % der eher verdeckt, aber nur 8 % der „offen schwul“ lebenden negativ getesteten Männer sowie 7 % der verdeckt lebenden und 2 % der offen lebenden positiv getesteten Männer haben mit niemandem über ihr Testergebnis geredet.

Welche Bedeutung die Akzeptanz der eigenen homosexuellen Orientierung für die Kommunikation über das positive Testergebnis hat, zeigt Abbildung 91:



5. Serostatus und Safer Sex

Auch 2003 zeigt sich – wie schon in den Erhebungen von 1993 und 1999 –, dass der Anteil der Männer mit ungeschützten anal-genitalen Kontakten unter infizierten Befragten größer ist als unter negativ und nicht Getesteten (siehe Bochow 1997b; 2001); Abbildung 92 zeigt, dass unter ihnen auch der Anteil der Männer mit anal-genitalen Kontakten am höchsten ist (93 %). Anders als in früheren Erhebungen ist im Jahre 2003 der Anteil der positiv Getesteten, die beim Analverkehr immer ein Kondom benutzen, nicht größer als bei den anderen Gruppen.



Dementsprechend ist der Anteil der Männer mit Risikokontakten unter den positiv getesteten Befragten am höchsten (vgl. Abbildungen 93 und 94).

Abb. 93: Serostatus der Befragten und Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus

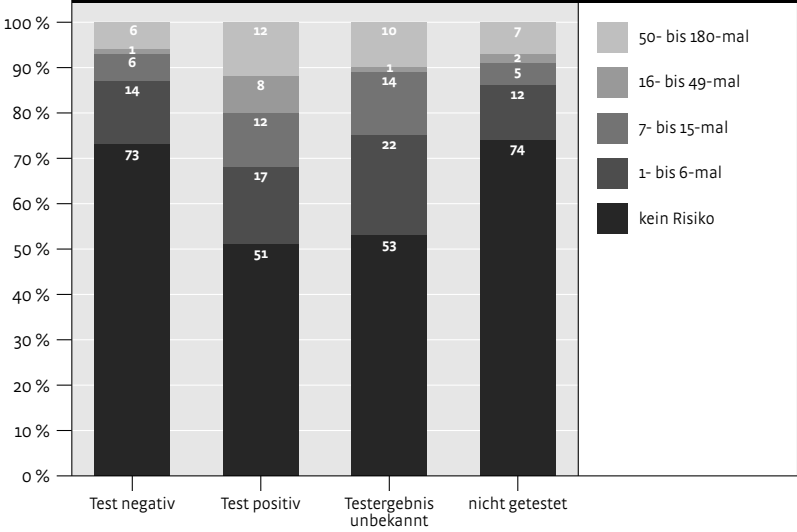
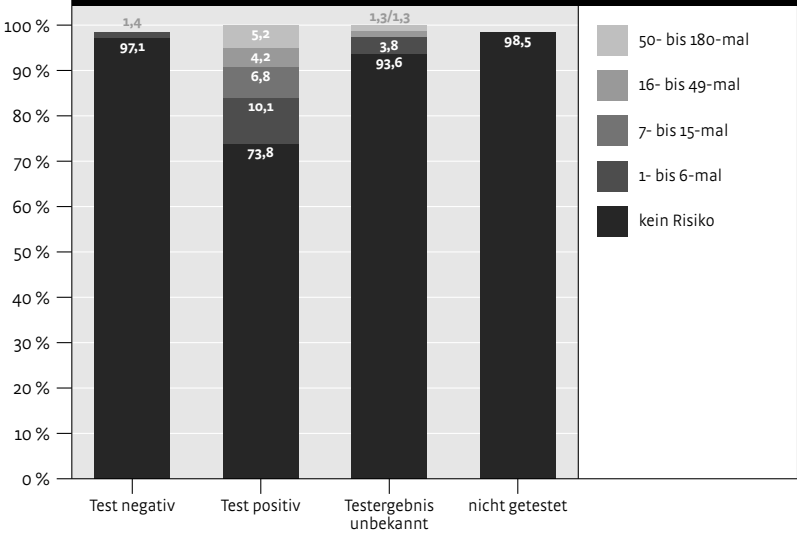


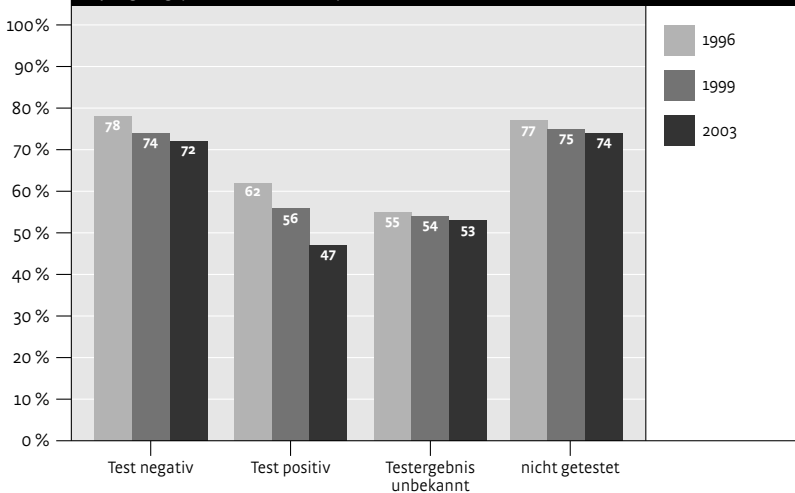
Abb. 94: Serostatus der Befragten und Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus



Werte unter 1% werden nicht ausgewiesen. Die nicht getesteten Befragungsteilnehmer können einen diskordanten Serostatus nur vermuten.

Bei Zusammenfassung der Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem und mit anderem Testergebnis zeigt sich, dass 74 % der nicht Getesteten nach eigenen Angaben im Jahr vor der Befragung keine Risikokontakte hatten (72 % der Männer mit negativem, 47 % der Befragten mit positivem und 53 % der Männer mit unbekanntem Testergebnis). Vergleicht man die Ergebnisse der Befragungen von 1996, 1999 und 2003, so ist der Anteil der Männer mit Risikokontakten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung unter den positiv Getesteten am stärksten gestiegen (vgl. Abbildung 95). In allen drei Erhebungen zeigt sich, dass sich negativ sowie nicht Getestete auf der einen Seite und positiv Getestete sowie Personen mit unbekanntem Testergebnis auf der anderen in ihrem Risikoverhalten ähneln.

Abb. 95: Männer ohne Risikokontakte in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (Anteil in Prozent) nach Serostatus

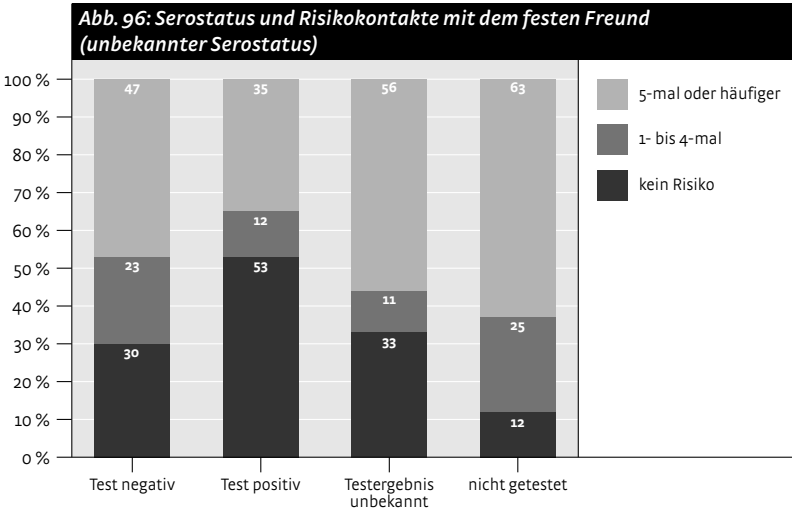


Der Anteil der Befragten, die häufiger Risikokontakte eingehen, ist unter den positiv Getesteten am höchsten: 32 % der infizierten Männer hatten mehr als sechs Risikokontakte mit Partnern, deren Serostatus ihnen unbekannt war (vgl. Abbildung 93), 16 % mehr als sechs Risikokontakte mit negativ getesteten oder ungetesteten Männern (vgl. Abbildung 94); bei den negativ Getesteten liegen die jeweiligen Anteile bei 13 % und 1,6 %.

In Kapitel III, 3.2 wurde herausgearbeitet, dass Risikokontakte am häufigsten in festen Beziehungen vorkommen; bei infizierten Männern ist dies allerdings nicht der Fall. Bei der Interpretation der Abbildungen 96–101 ist zu beachten, dass es sich jeweils um spezifische Teilgruppen handelt; das in ihnen zu beobachtende Risikoverhalten kann nicht auf die Gesamtheit der Befragten hochgerechnet werden.

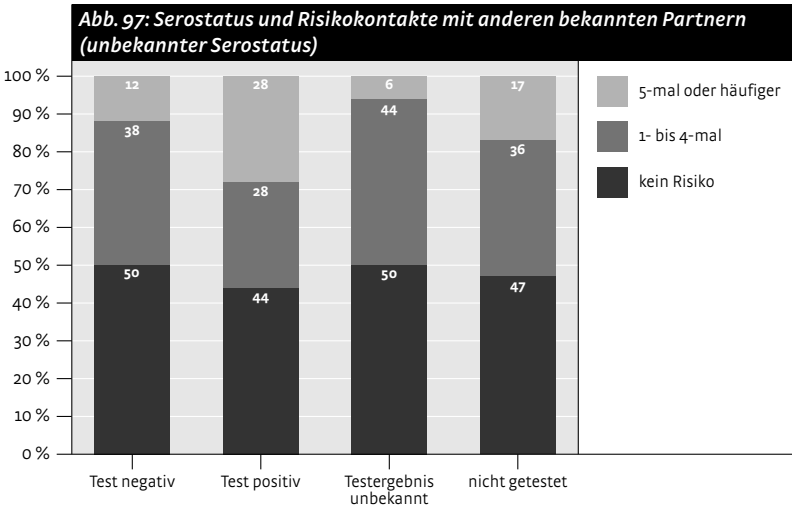
Risikokontakte mit einem festen Partner, dessen Testergebnis unbekannt ist,

kommen bei testpositiven Männern seltener vor als bei testnegativen und ungetesteten (vgl. Abbildung 96).



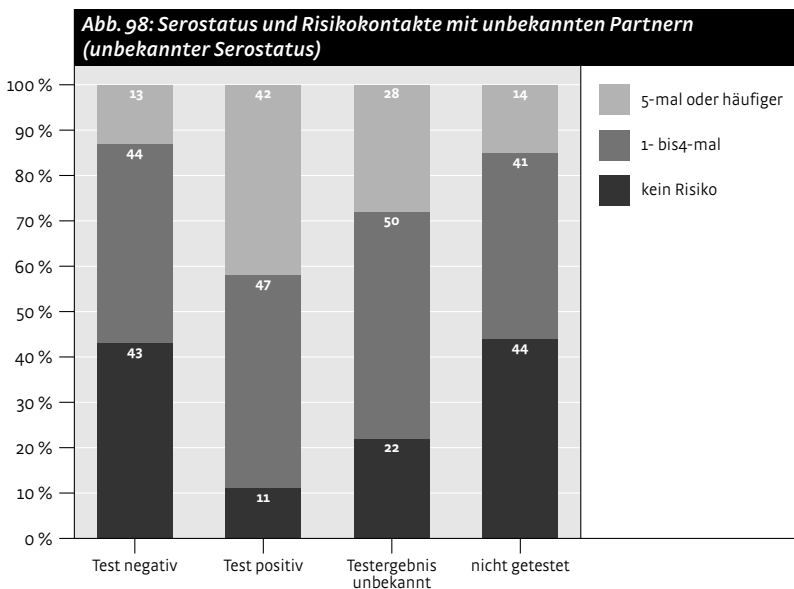
Berücksichtigt sind ausschließlich Befragte, die mit einem festen Freund mit unbekanntem Testergebnis ungeschützten Analverkehr hatten.

Risikokontakte mit anderen ihnen bekannten Sexualpartnern hingegen gingen testpositive Männer häufiger als die übrigen Befragungsteilnehmer ein (vgl. Abbildung 97).



Berücksichtigt sind ausschließlich Befragte, die ungeschützten Analverkehr mit ihnen bekannten Männern mit unbekanntem Serostatus hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren.

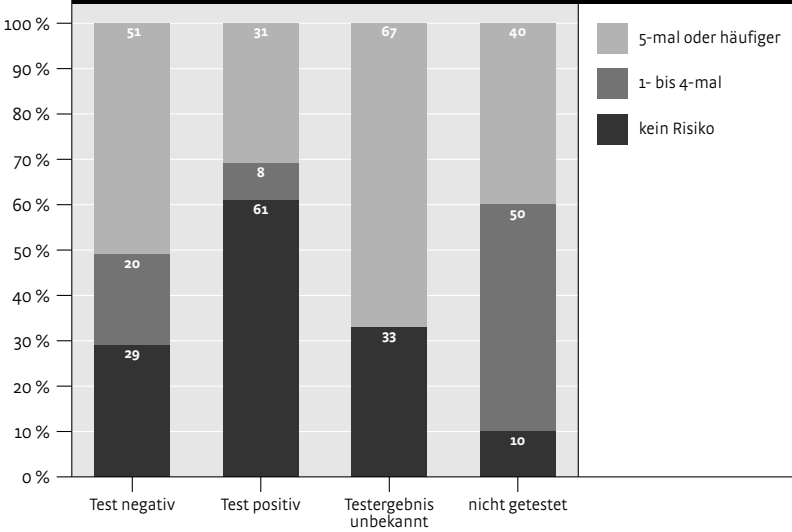
Ungeschützte anal-genitale Kontakte mit Partnern, die sie nicht kannten, kamen bei Testpositiven deutlich häufiger vor als bei den anderen Befragten (vgl. Abbildung 98).



Berücksichtigt sind ausschließlich Befragte, die ungeschützten Analverkehr mit Männern mit unbekanntem Testergebnis hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren.

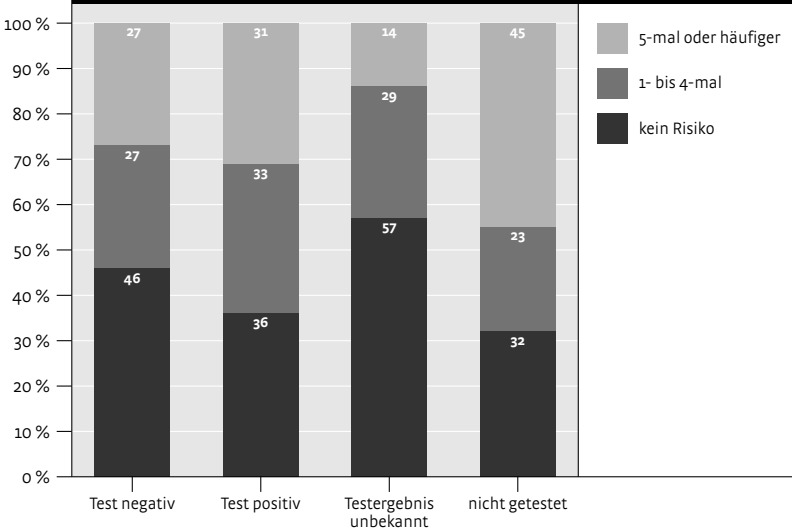
Der Anteil der Männer, die ungeschützten Analverkehr mit Partnern hatten, die ein anderes Testergebnis haben (bei unbekanntem Sexualpartnern wird es sich um Männer handeln, denen ein anderes Testergebnis *unterstellt* wird), war 1999 bei den Testpositiven am größten, und bei diesen Befragten kamen solche Sexualkontakte auch häufiger vor. Die 2003er Befragung zeichnet ein differenzierteres Bild (vgl. Abbildungen 99–101): Risikokontakte mit einem festen Freund mit anderem Serostatus kommen bei testpositiven Männern seltener vor als bei den anderen Gruppen (vgl. Abbildung 99), die Bereitschaft zu Risikokontakten mit anderen (bekannten wie unbekanntem) Partnern ist unter Positiven wie unter Nichtgetesteten vergleichbar hoch (vgl. Abbildungen 100 und 101).

Abb. 99: Serostatus und Risikokontakte mit dem festen Freund (diskordanter Serostatus)



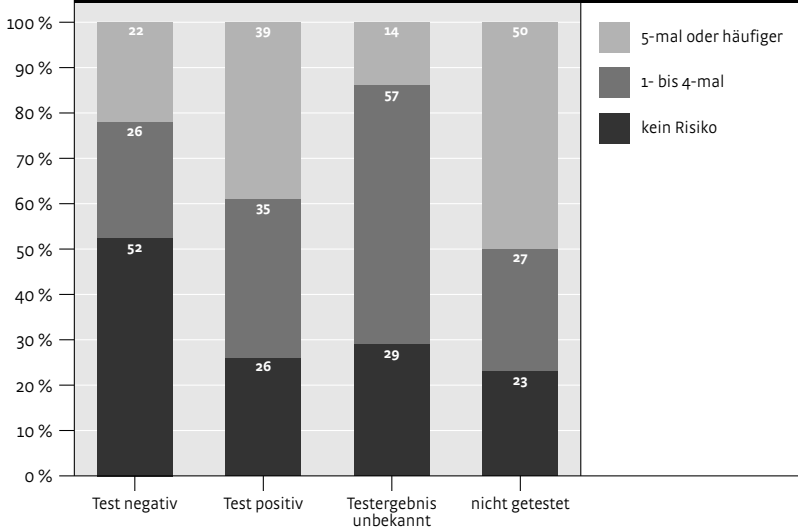
Berücksichtigt sind ausschließlich Männer mit einem festen Freund, die ungeschützten Analverkehr mit Männern mit einem anderen Testergebnis hatten.

Abb. 100: Serostatus und Risikokontakte mit anderen bekannten Partnern (diskordanter Serostatus)



Berücksichtigt sind ausschließlich Männer, die ungeschützten Analverkehr mit Männern mit einem anderen Testergebnis hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren.

Abb. 101: Serostatus und Risikokontakte mit unbekanntem Partnern (diskordanter Serostatus)



Berücksichtigt sind ausschließlich Männer, die ungeschützten Analverkehr mit Männern mit einem anderen Testergebnis hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren.

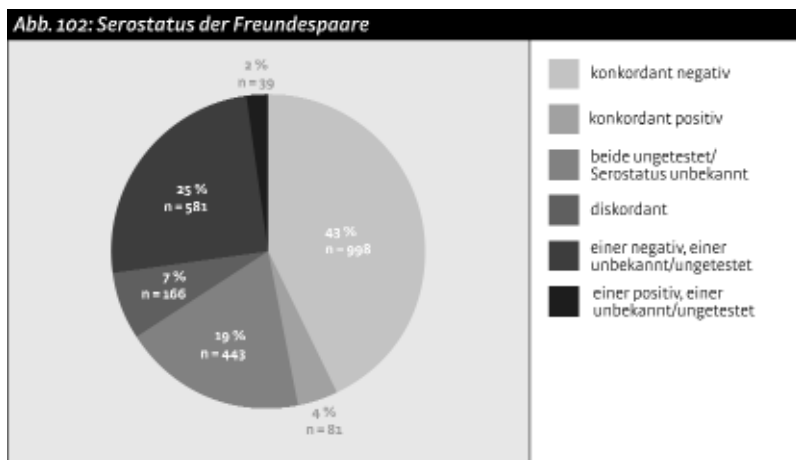
6. Gleicher und verschiedener Serostatus in festen Beziehungen

Wie in Kapitel III, 3.2 ausführlich beschrieben und schon mehrmals erwähnt, findet ein Großteil der dokumentierten Risikokontakte innerhalb fester Beziehungen statt. Vor diesem Hintergrund wurde 1999 zum ersten Mal nach dem Testergebnis des festen Freundes gefragt. Hiermit kann Aufschluss darüber gewonnen werden, ob übereinstimmende (serostatuskonordante) oder nicht übereinstimmende (serostatusdiskordante) Testergebnisse in der Beziehung zur Sprache kamen.

Nur 1% der fest befreundeten Befragten macht keine Angabe zur Testinanspruchnahme bzw. zum Serostatus ihres Freundes, 29% der Partner haben keinen HIV-Antikörper-Test durchführen lassen (zum Vergleich: 31% aller Befragten), 9% sind über das Testergebnis ihres Partners nicht informiert. Dies bedeutet, dass über ein Drittel (38%) der Befragten, die in einer festen Beziehung leben, nicht über den Serostatus ihres Partners informiert ist. 54% der Partner sind negativ, 7% sind positiv getestet oder an Aids erkrankt.

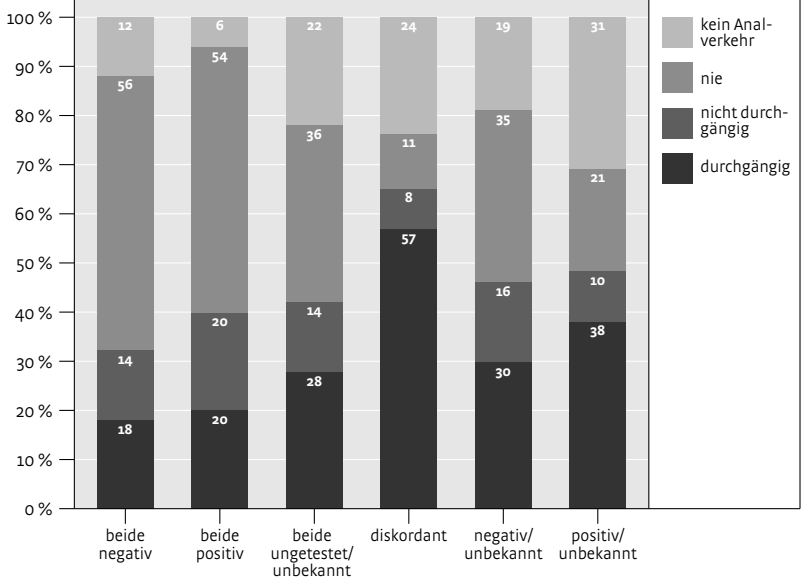
Werden die Angaben zum Serostatus der Befragten hinzugenommen, ergibt sich folgendes Bild: Fast die Hälfte (47%) der Freundespaare ist serostatuskonkor-

dant, bei den meisten sind beide Partner negativ. An zweiter Stelle (27 %) folgen Paare, bei denen nur ein Partner seinen Serostatus kennt; bei der großen Mehrheit von ihnen ist der Partner mit bekanntem Serostatus negativ. Die drittgrößte Gruppe (19 %) bilden Paare, bei denen der Serostatus beider Befragter unbekannt ist, die kleinste Gruppe schließlich (7 %) serodiskordante Paare. Dies entspricht fast genau der Verteilung in der 1999er Befragung. Berücksichtigt man auch die „ungetesteten Paare“, so gehen 53 % dieser Befragten davon aus oder schließen zumindest nicht aus, in einer serostatusdiskordanten Beziehung zu leben (vgl. Abbildung 102). Insgesamt gesehen fehlt also vielen der in einer festen Beziehung lebenden Befragten durch die Unkenntnis des Serostatus ihres Partners eine wichtige Information, die ihnen bei der Vermeidung einer HIV-Infektion helfen könnte.



Aufschlussreich ist die Häufigkeit des Kondomgebrauchs in Abhängigkeit vom Serostatus der Partner in einer festen Beziehung. Der Anteil der Befragten, die beim Analverkehr nicht durchgängig oder nie Kondome verwenden, ist bei den serostatuskonkordanten Paaren am höchsten (bei diesen Paaren ist auch der Anteil der Männer, die keinen Analverkehr mit ihrem festen Freund haben, am niedrigsten). Dementsprechend ist der Anteil der Männer, die beim Analverkehr durchgängig Kondome verwenden, bei den diskordanten Paaren am höchsten – dennoch geht eine beträchtliche Zahl dieser Befragten Infektionsrisiken ein. Das gilt auch für die Männer in Beziehungen, in denen ein Partner einen positiven, der andere einen unbekanntem Serostatus hat: Zwar ist hier der Prozentsatz der Befragten, die auf Analverkehr verzichten, am höchsten, doch benutzen 31 % beim Analverkehr nie oder nicht durchgängig Kondome (vgl. Abbildung 103).

Abb. 103: Kondomgebrauch beim Analverkehr und Serostatus der Freundespaare



VII. Gruppenspezifische Unterschiede

Wie bei den Auswertungen vergangener Erhebungen sollen auch hier gruppenspezifische Unterschiede analysiert werden, um Hinweise für die HIV-Prävention zu erhalten. Im Mittelpunkt dieser Analyse stehen Alter, Größe des Wohnorts, soziale Schicht und migrantenspezifische Aspekte.²⁶

Die in den Erhebungen von 1991 und 1993 bei mehreren Aspekten festgestellten Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschen waren 1993 bereits schwächer als 1991, verringerten sich 1996 noch weiter und waren 1999 – bis auf wenige Ausnahmen – fast verschwunden; *auch 2003 gibt es zwischen Ost- und Westdeutschen keine bedeutenden Unterschiede mehr.*

1. Alter

Bei der Bildung von Altersgruppen wurden sowohl präventionsrelevante Fragen als auch die Voraussetzungen für statistisch sinnvolle Berechnungen berücksichtigt. Von besonderem Interesse in der HIV-Prävention ist die Situation von Jugendlichen (14–20 Jahre), da Menschen in diesem Alter erste wichtige Erfahrungen in ihrer sexuellen Sozialisation machen. Das dritte Lebensjahrzehnt (21–29 Jahre) ist bei vielen homosexuellen Männern das wahrscheinlichste Alter für ein Coming-out. Männer in den mittleren Jahren (30–44 Jahre) sind in bestimmten Schwulenszenen am stärksten vertreten. Ältere Männer haben aufgrund generations- und altersbedingter Faktoren ein anderes Verhältnis nicht nur zur Schwu-

²⁶ In früheren Berichten wurden die gruppenspezifischen Unterschiede in die jeweiligen auf ein Thema bezogenen Kapitel integriert. Die Zusammenfassung dieser Ergebnisse in einem eigenen Kapitel in diesem Bericht soll das Auffinden entsprechender Informationen erleichtern.

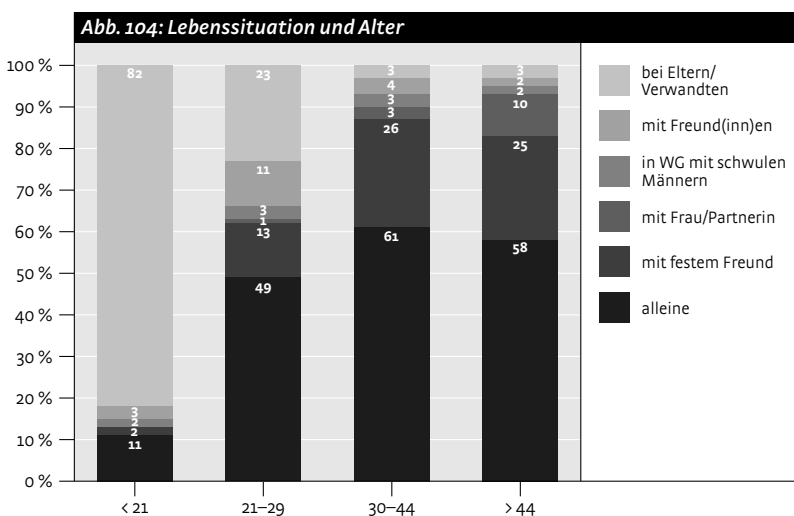
lenszene, sondern auch zur Homosexualität. Wegen des kleinen Anteils an Männern über 55 (5 % aller Befragten) werden hier alle über 44-Jährigen einer Gruppe zugeordnet, sodass sich folgende vier Altersgruppen ergeben:

Altersgruppe	N	%
< 21	493	11
21–29	1.483	31
30–44	2.000	42
> 44	724	15
keine Altersangabe	50	1
gesamt	4.750	100

1.1 Lebenssituation

Ein Vergleich der Lebenssituation nach Altersgruppen zeigt, dass die große Mehrheit der jüngsten Männer noch bei den Eltern wohnt. Bei den 21–29-Jährigen wohnt die Hälfte allein und ein Viertel mit dem festen Freund zusammen oder in einer Wohngemeinschaft. Die Lebenssituation der Männer in den beiden älteren Gruppen ist vergleichbar. Dass jemand mit seiner Frau/Partnerin zusammenlebt, kommt bei den älteren Generationen häufiger vor als bei den jüngeren (dies trifft nur auf einen Befragten unter 21 zu; vgl. Abbildung 104).

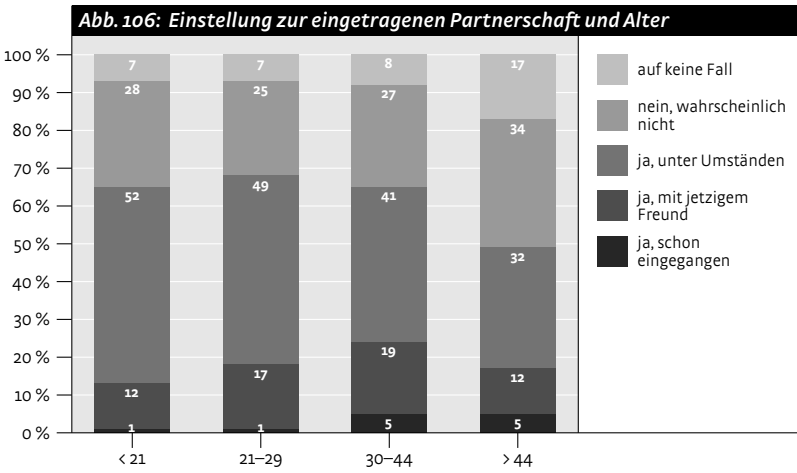
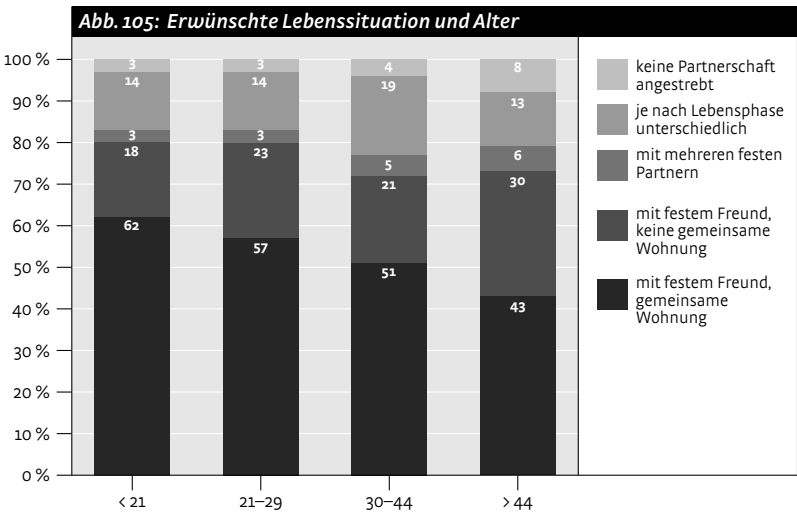
114



1.2 Feste Freundschaften, Beziehungsdauer und eingetragene Partnerschaften

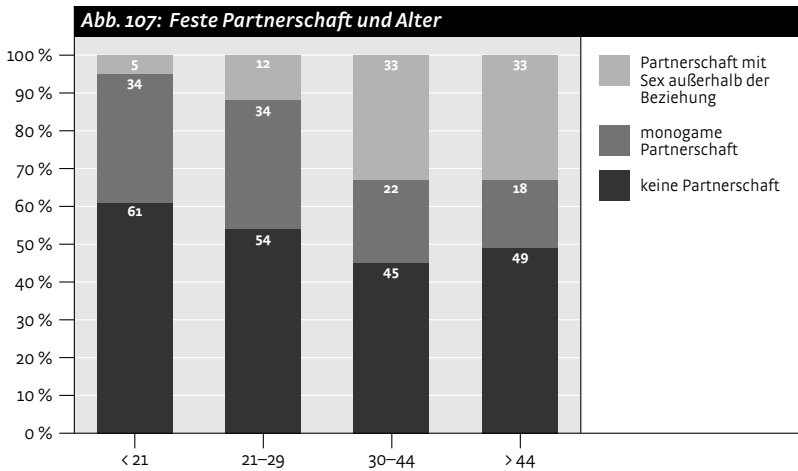
Die Orientierung auf einen festen Partner geht mit steigendem Alter zurück. Über 60 % der Befragten unter 21 wollen einen festen Partner und mit diesem zusammenwohnen, was nur bei 43 % der ältesten Männer der Fall ist. Bei den über 44-Jährigen steigt dagegen der Anteil derer, die das Modell „fester Freund und getrennt wohnen“ bevorzugen. Der Anteil jener, die keinen festen Freund haben möchten, steigt von 3 % bei den 21- bis 29-Jährigen auf 8 % bei den über 44-Jährigen (vgl. Abbildung 105).

Der Wunsch, eine eingetragene Partnerschaft einzugehen, ist nur zum Teil vom Alter abhängig. Fasst man die Gruppen, die dies möchten, zusammen,



nimmt die Bereitschaft, eine solche Partnerschaft einzugehen, mit zunehmendem Alter ab. Eine deutlich negativere Haltung zu dieser Form der Partnerschaft ist jedoch nur bei der ältesten Altersgruppe festzustellen (vgl. Abbildung 106).

Bei den Befragten ab 30 ist der Anteil derer, die in einer Beziehung leben, etwas höher als bei den unter 30-jährigen. Nichtmonogame Beziehungsformen sind bei den Männern der beiden höheren Altersgruppen häufiger anzutreffen als bei den Befragten der beiden jüngeren Altersgruppen (vgl. Abbildung 107).

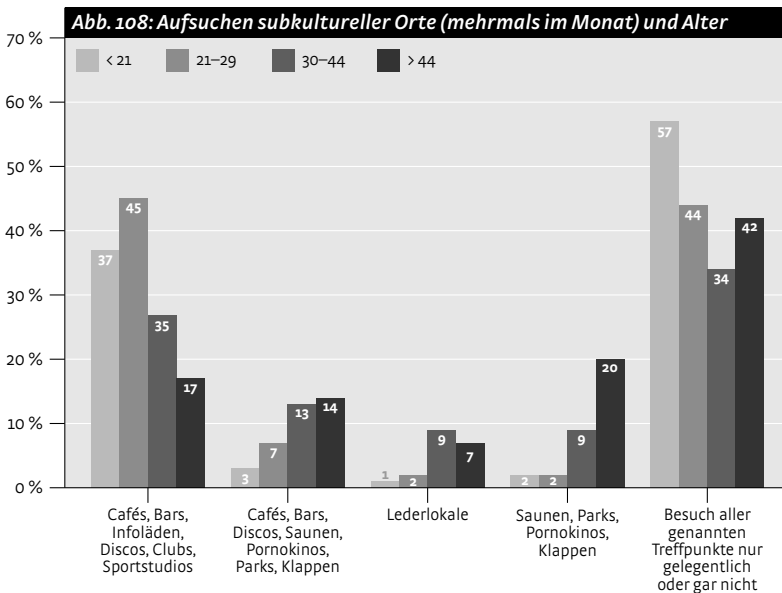


Der Anteil der Männer, die mit ihrem festen Freund zusammenwohnen, steigt mit dem Alter der Befragten: 7 % der unter 21-Jährigen, 28 % der 21- bis 29-Jährigen, 48 % der 30- bis 44-jährigen und 50 % der über 44-Jährigen wohnen mit ihrem Freund zusammen. Zwischen dem Alter der Befragten und der Dauer der festen Beziehung lässt sich ein deutlicher Zusammenhang feststellen (unter 21-Jährige waren altersbedingt noch nicht in der Lage, längere Beziehungen einzugehen): 57 % der festen Beziehungen bei den unter 21-jährigen dauerten 6 Monate oder weniger, 96 % dauerten maximal zwei Jahre. Bei Männern über 44 bestehen 58 % der Beziehungen seit vier Jahren oder länger, 12 % seit 6 Monaten oder weniger, 30 % dauerten nicht länger als zwei Jahre.

1.3 Besuch subkultureller Orte

Welche Treffpunkte der schwulen Subkultur aufgesucht werden, hängt u. a. vom Lebensalter ab, wobei mit zunehmendem Alter öffentliche Orte zur Anbahnung von Sexualkontakten an Bedeutung gewinnen. Die Männer, welche hauptsächlich Saunen, „Klappen“ (öffentliche Toiletten), Parks usw. aufsuchen, sind wesentlich älter als diejenigen, die häufig in Cafés, schwule Buchläden, Kontaktläden,

Bars oder Discos gehen (vgl. Abbildung 108). Da die Erhebung vor allem sozial (und sexuell) überdurchschnittlich aktive Männer anspricht, dürfte der tatsächliche Anteil jener Homosexuellen, die nicht in der Schwulenszene verkehren, noch deutlich höher sein. Die meisten derjenigen Befragten, die nur wenig Kontakt zu subkulturellen Treffpunkten haben, sind in der jüngsten Altersgruppe zu verzeichnen. In ihr ist auch der Anteil jener Männer am höchsten, deren Homosexualität in ihrem sozialen Umfeld nicht oder nur teilweise akzeptiert wird und die noch bei ihren Eltern wohnen – dies sind zwei Faktoren, die das Aufsuchen von Orten mit „homosexueller“ Konnotation erschweren oder verhindern können (vgl. Abbildung 108).



Auf Mechanismen der sozialen Ausgrenzung „älterer“ homosexueller Männer (die mit 40 oder 50 nach landläufigen Kriterien noch keineswegs „alt“ sind) ist schon in früheren Berichten hingewiesen worden (vgl. Bochow 1997b und Stümke 1998). Sie wirken häufig „naturwüchsig“, nicht über gezielte Strategien. Die Altersstruktur und vor allem die Stile der Selbstinszenierung in den besonders angesagten Clubs schrecken – auch ohne wachsame Türsteher – über 35-jährige homosexuelle Männer ab.

Die Distanzierung von den Orten der schwulen Subkultur nimmt ab Mitte 30 spürbar zu, sie wird aber keineswegs nur vom „Jugendterror“ der „In“-Bars und „Events“ bewirkt. Bei den über 40-jährigen Befragten spielen biografisch bedingte „Sättigungsprozesse“ eine nicht geringe Rolle; auch bei heterosexuellen Män-

nen verlieren Discos, Technopartys und andere Orte des Tanzvergnügens an Reiz, wenn die 35 überschritten sind. Der Rückzug der Älteren beruht demzufolge auch auf „Selbstausschließung“. Dennoch bleibt hervorzuheben, dass viele ältere schwule Männer sozial und sexuell vereinsamen.

1.4 Sexualverhalten und HIV-Infektionsrisiken

Seit Mitte der 90er Jahre wird immer wieder die Frage gestellt, ob junge Schwule sich risikoreicher verhalten als ältere. Ein deutlich stärker ausgeprägtes Risikoverhalten in den jüngeren Altersgruppen ist jedoch 2003 – wie auch in allen bisherigen Erhebungen – nicht belegbar. Es gibt allerdings Unterschiede hinsichtlich der Formen des Risikoverhaltens. Wie Tabelle 14 zeigt, ist die Häufigkeit des Analverkehrs (Spalte 2) altersbedingt; viele jüngere Männer bzw. Jugendliche haben diese Sexualpraktik nicht in ihrem Repertoire. Dies erklärt teilweise, weshalb im Vergleich zur Gesamtstichprobe mehr Befragte unter 25 Jahren keine Risikokontakte hatten (Spalte 3). Wenn man nur diejenigen berücksichtigt, die in den letzten zwölf Monaten Analverkehr hatten, sind kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu erkennen (Spalte 4).

Tabelle 14: Risikokontakte nach Altersgruppen (ungeschützter Analverkehr mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder mit anderem Testergebnis als der Befragte) in Prozent

Altersgruppe	kein Analverkehr	keine Risikokontakte	keine Risikokontakte*	nur mit festem Freund**	nur mit anderen Partnern**	mit beiden**
< 21	30	72	63	46	21	33
21–29	19	71	65	39	23	38
30–44	13	69	66	26	34	40
> 44	26	73	64	25	43	32
gesamt	19	70	65	24	46	30

* Diese Spalte bezieht sich nur auf Befragungsteilnehmer, die in den letzten zwölf Monaten Analverkehr hatten.

** Diese Spalten beziehen sich nur auf Befragte mit Analverkehr und Risikokontakten in den letzten zwölf Monaten.

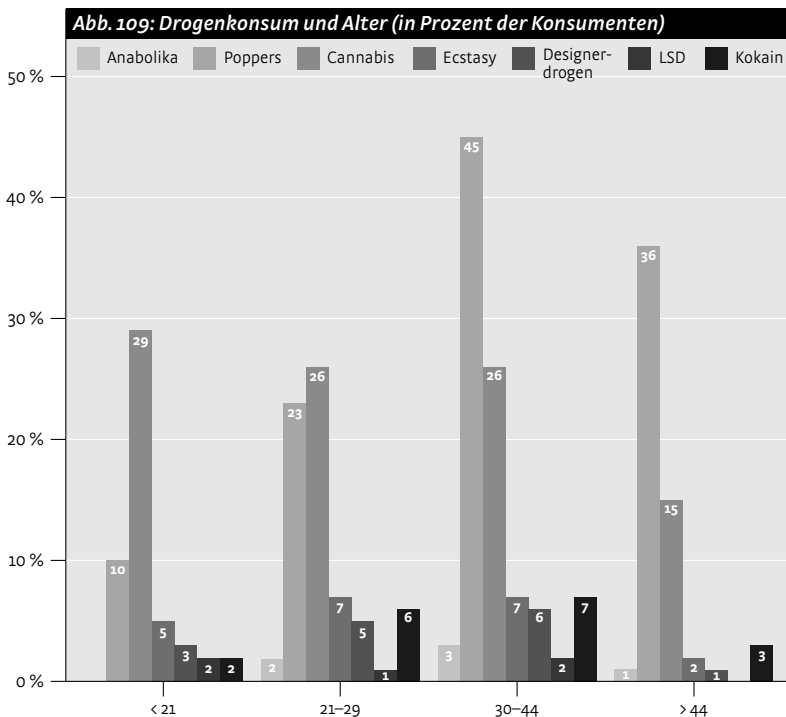
Bei den unter 30-Jährigen ist der Anteil derjenigen, die Risikokontakte mit ihrem festen Freund hatten, wesentlich größer als in den beiden älteren Gruppen. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass diese jungen Schwulen in der Regel gleichaltrige Freunde haben, die nicht HIV-infiziert sind, sollten hieraus dennoch

Schlussfolgerungen für die Prävention gezogen werden. Bei älteren Männern kommen Risikokontakte mit dem festen Freund seltener vor, dafür steigt aber die Bereitschaft zu Risikokontakten mit anderen Partnern.

Risikokontakte mit einem Partner, der einen anderen Serostatus hat, kommen am häufigsten in der Altersgruppe der 30–44-Jährigen vor (6 % oder 123 Personen) und nur ganz selten in der jüngsten Altersgruppe (7 Personen). *Ob* jemand Risikokontakte mit Partnern hat, deren Testergebnis nicht bekannt ist, hängt nicht vom Alter ab, sehr wohl aber, *wie oft* jemand solche Kontakte hat: Die jüngeren Befragten hatten sie häufiger als die älteren.

1.5 Drogenkonsum

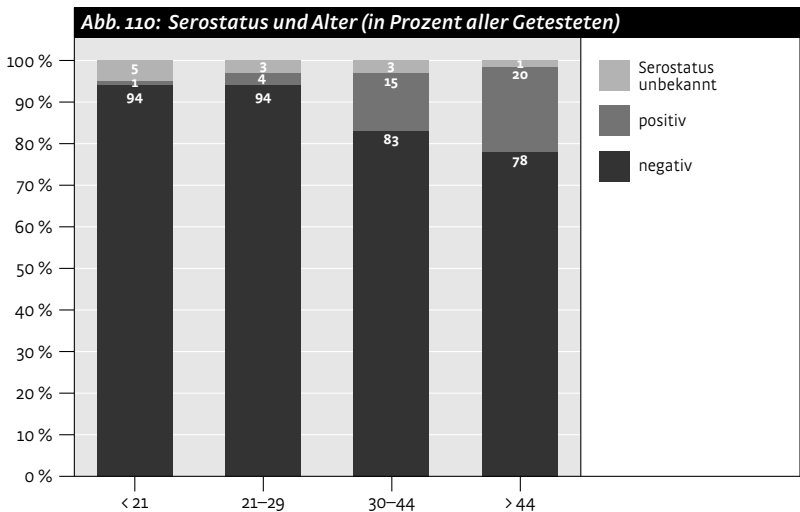
Welche Drogen jemand nimmt, hängt stark vom Alter ab. Vor allem Cannabis und Poppers werden jedoch von einem beträchtlichen Anteil der Männer aller Altersgruppen konsumiert. Die im Erhebungsinstrument genannten Drogen werden am häufigsten von Männern zwischen 30 und 44 genommen (vgl. Abbildung 109).



*Werte unter 1 % wurden nicht in die Abbildung aufgenommen.

1.6 Testverhalten und Serostatus

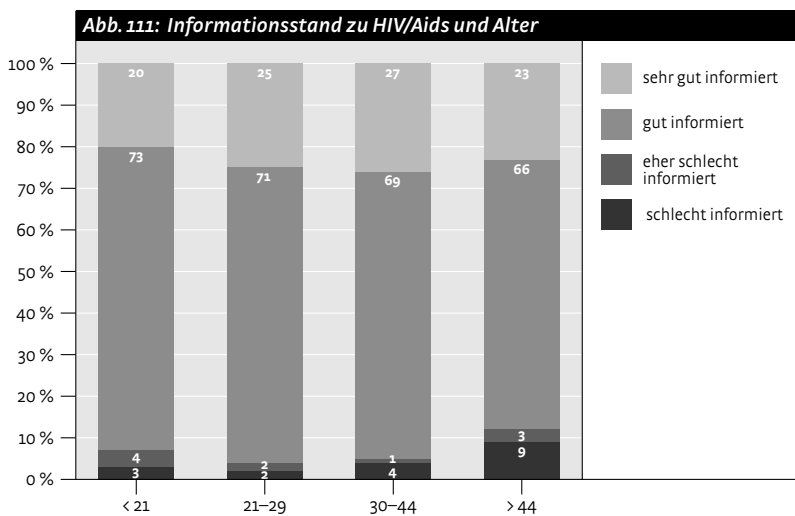
Die Bereitschaft, sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen, ist bei den älteren Befragten ausgeprägter als bei den jüngeren. Von den Befragten haben sich 70 % der unter 21-Jährigen, 40 % der Männer zwischen 21 und 29 Jahren, 19 % derer zwischen 30 und 44 Jahren und 24 % der über 44-Jährigen noch nicht testen lassen. Der Anteil der HIV-Positiven ist bei den älteren Getesteten höher als bei den jüngeren. Der Anteil derjenigen getesteten Männer, die ihren derzeitigen Serostatus nicht kennen, ist bei den Befragten unter 21 Jahren am höchsten (vgl. Abbildung 110).



120

1.7 Informationsquellen und Informationsniveau

Wie schon berichtet (siehe Kapitel IV, 2), sind über 90 % der Befragten gut bis sehr gut über HIV/Aids informiert. Der Anteil der schlechter Informierten ist bei Männern unter 21 und über 44 größer als bei den beiden mittleren Altersgruppen, die sich kaum voneinander unterscheiden (vgl. Abbildung 111). Die Nutzung von Aufklärungsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. je nach Lebensalter ist im Kapitel IV, 3 beschrieben.



Der Stellenwert der einzelnen Informationsquellen zu HIV/Aids ist je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 15).

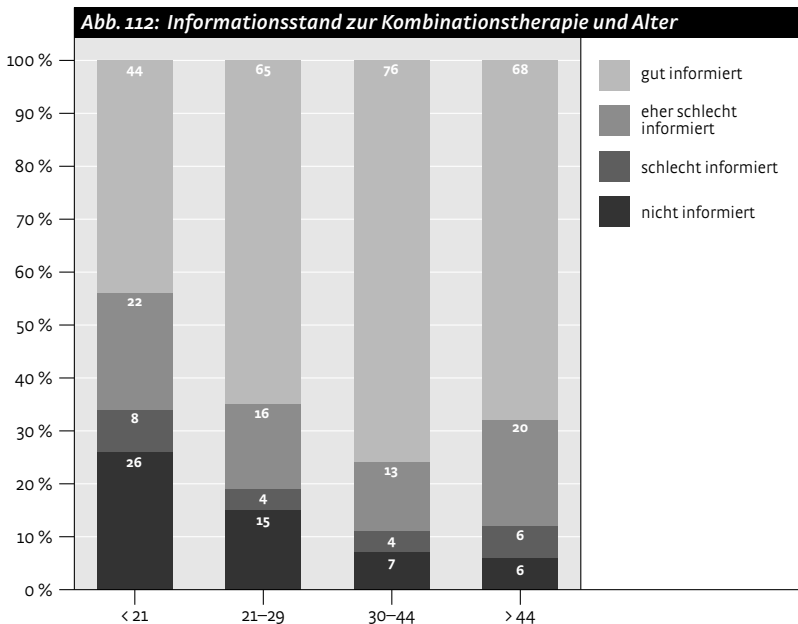
Tabelle 15: Wichtige Informationsquellen (in Prozent)

Informationsquelle	unter 21	21-29	30-44	über 44
Gespräche in Schwulengruppen	43	35	24	16
Fernsehen	19	17	19	24
Materialien der Aidshilfen	17	27	36	35
Presse	17	18	31	38
Schwulenzeitungen	16	30	53	55
Arzt	15	5	1	1
Gesundheitsamt/ Klinik	14	15	21	18
medizinische Fachliteratur	8	11	13	13
Fernseh- und Kinospots der BZgA	8	11	9	9
telefonische Beratung	7	10	18	17
Schule	7	6	7	8
Internet	7	5	5	5
Freundeskreis	5	5	5	8
Radio	4	5	7	11
allgemein verständliche Bücher	4	3	4	5
Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA)	2	6	6	5
Materialien der BZgA	2	2	2	2
keine Angaben	19	20	11	13

Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach dem Stellenwert der Informationsquellen für Männer unter 21 Jahren.

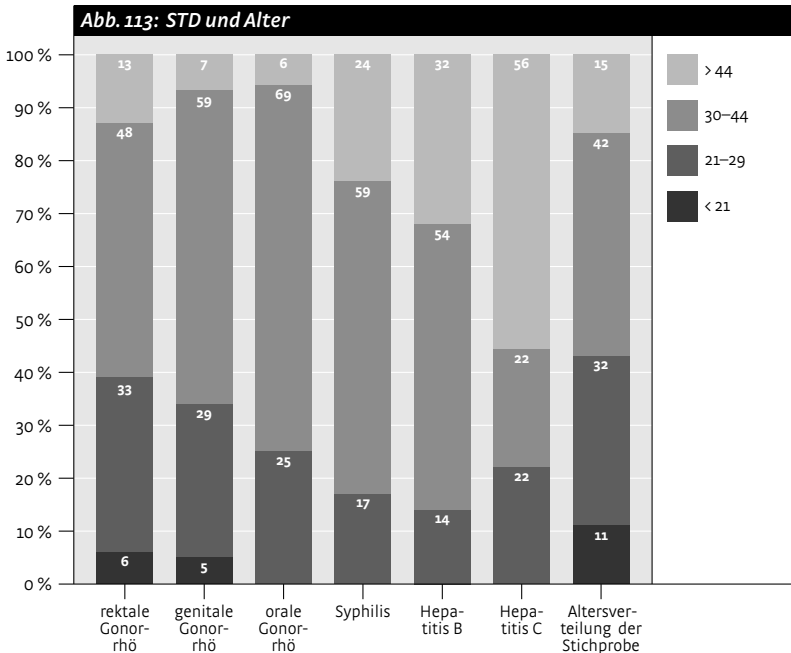
Der Anteil derer, die keine Angaben zu den Informationsquellen machen, ist bei den unter 30-Jährigen höher als bei den Älteren. Dies könnte ein Zeichen mangelnden Interesses sein und auch das schlechtere Informationsniveau bei den jüngeren Befragten erklären. Bei allen Altersgruppen gehören Gespräche in Schwulengruppen, das Fernsehen, Materialien der Aidshilfen sowie die Presse und Schwulenzeitungen zu den meistgenannten Quellen. Der Anteil der Männer, die das Fernsehen, Fernseh- und Kinospots der BZgA, die Schule, den Freundeskreis, allgemein verständliche Bücher sowie Materialien der BZgA für wichtige Informationsquellen halten, ist in allen Altersgruppen in etwa gleich groß. Die Nutzung anderer Quellen ist deutlich altersabhängig. Jüngere Männer informieren sich häufiger durch Gespräche in Schwulengruppen und bei ihrem Arzt. Ein größerer Anteil der älteren Befragten gibt Materialien der Aidshilfen, die Presse, Schwulenzeitungen, medizinische Fachliteratur, telefonische Beratung, das Radio sowie Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA) als Informationsquellen an.

Über die Kombinationstherapien sind die unter 21-Jährigen deutlich schlechter informiert als die Männer in den anderen Altersgruppen (vgl. Abbildung 112; zum Informationsstand im Hinblick auf die Kombinationstherapien siehe Kapitel V, 1).



1.8 Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

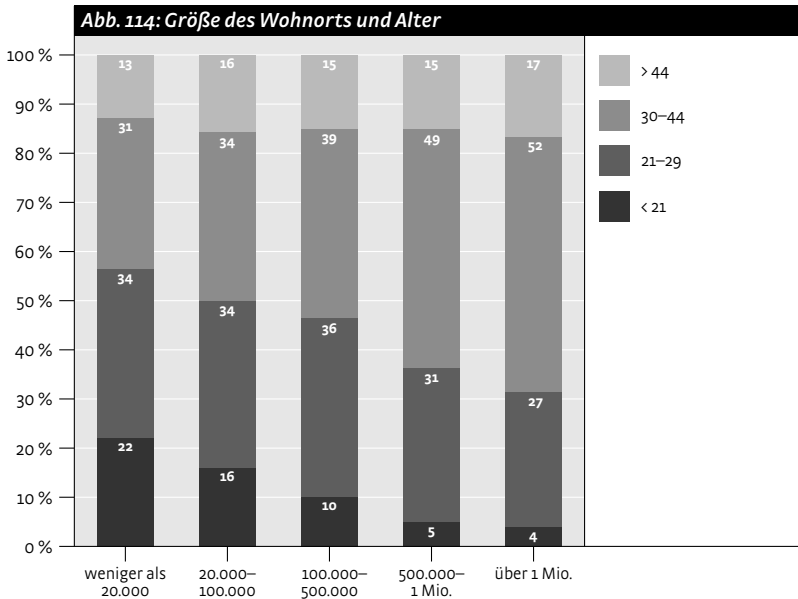
In den zwölf Monaten vor der Befragung hatten 3 % der Männer unter 21 Jahren, 8 % derer zwischen 21 und 29 Jahren, 13 % derer zwischen 30 und 44 Jahren und 9 % der über 44-jährigen eine STD. Sehr unterschiedlich ist die Verteilung der einzelnen STD über die vier Altersgruppen: Die meisten STD sind in den beiden mittleren Gruppen zu finden, vor allem bei Männern zwischen 30 und 44 Jahren, während die jüngste Altersgruppe lediglich von rektaler und genitaler Gonorrhö betroffen ist (vgl. Abbildung 113).



2. Größe des Wohnorts

Die Größe des Wohnortes bestimmt in hohem Maße die Lebenssituation der Bevölkerung. Vielfältige Optionen und die Möglichkeit, anonym zu leben, bieten am ehesten Großstädte mit mehr als 100.000, vor allem aber mit mehr als 500.000 Einwohnern. Dies ist auch der Grund, weshalb viele homosexuelle Männer in Großstädte ziehen: Die subkulturelle Infrastruktur ist besser entwickelt, es gibt mehr Möglichkeiten, Männer kennen zu lernen, und man kann seine Sexualität freier ausleben. Aufgrund der höheren Bevölkerungsdichte sind dort allerdings auch die Bedingungen für die Ausbreitung (sexuell) übertragbarer Krankheiten „günstiger“.

Wie schon berichtet, ermöglichte die Online-Schaltung des Fragebogens jüngeren Männern und Männern aus kleineren Orten eine stärkere Beteiligung an der Befragung. Betrachtet man Alter und Größe des Wohnorts der Befragten, erkennt man, dass zwischen beiden Variablen ein Zusammenhang besteht: Die Männer der jüngeren Altersgruppen leben überdurchschnittlich oft in kleineren Orten (vgl. Abbildung 114). Ein Grund dafür ist, dass die in kleineren Orten Aufgewachsenen erst später entscheiden, ob sie in einer Großstadt studieren, eine Ausbildung machen oder ihrem Beruf nachgehen wollen. Studium, Ausbildung und Berufstätigkeit nehmen homosexuelle Männer auch zum Anlass, der Kontrolle ihrer Herkunftsfamilie und/oder der in kleineren Orten sehr viel stärker ausgeprägten sozialen Kontrolle zu entkommen. Dies erklärt den überproportional hohen Anteil der in Großstädten lebenden homosexuellen Männer.



Ein deutlicher linearer Zusammenhang ist außerdem zwischen der Größe des Wohnorts und bestimmten Merkmalen festzustellen, das heißt: Je größer bzw. kleiner der Wohnort, umso ausgeprägter das Merkmal. Dies ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass die jüngeren Männer überdurchschnittlich häufig in kleineren Orten wohnen, sondern auch darauf, dass die Lebenssituationen je nach Gemeindegröße unterschiedlich sind. Tabelle 16 fasst diese Tendenz hinsichtlich mehrerer Variablen zusammen, auch wenn Alter oder Bildungsniveau weitere Faktoren sein mögen, die sich ähnlich wie die Variable „Größe des Wohnorts“ auswirken könnten:

Tabelle 16: Größe des Wohnorts und Angaben zu ausgewählten Fragen (in Prozent)

		Größe des Wohnorts (Zahl der Einwohner)				
		weniger als 20.000	20.000– 100.000	100.000– 500.000	500.000– 1 Mio.	mehr als 1 Mio.
Anzahl der Sexpartner	keine	8	5	3	3	2
	1–5	61	56	54	44	40
	51 und mehr	5	5	6	9	12
Akzeptanz im Umfeld	Ablehnung	25	20	14	14	8
	teils/teils	21	17	18	15	15
	Akzeptanz	54	63	68	71	77
Akzeptanz in der Familie	Ablehnung	32	27	24	20	17
	teils/teils	10	10	6	9	7
	Akzeptanz	58	63	70	71	76
Umgang mit eigener Homosexualität gegenüber bedeut- samen Personen	Homosexualität wird verborgen	19	15	11	9	6
Zusammensetzung des Freundeskreises	überwiegend schwul	12	16	18	27	33
	überwiegend heterosexuell	38	34	29	21	17
	kein engerer Freundeskreis	8	6	3	5	3
kein HIV-AK-Test		46	40	33	25	21
Serostatus der Getesteten	negativ	91	89	89	84	81
	positiv	7	9	9	14	16
	Testergebnis unbekannt	2	2	2	2	3
STD in den letzten zwölf Monaten		5	7	8	11	13
Informationsstand (HIV/Aids)	schlecht informiert	8	6	6	4	4
	gut informiert	92	94	94	96	96
Informationsstand (Kombinations- therapien)	schlecht informiert	45	41	31	26	23
	gut informiert	55	59	69	74	77
HIV-Risikokontakte in den letzten zwölf Monaten		27	29	29	32	32

So ist bei den Befragten aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern der Anteil der Männer, deren Homosexualität in ihrem Umfeld abgelehnt wird, dreimal so hoch wie bei den Männern aus Millionenstädten. Dementsprechend ist die in kleineren Orten erlebte Akzeptanz durch das soziale Umfeld geringer. Was die Familie angeht, ist eine ähnliche, wenngleich weniger deutliche Tendenz festzustellen, die allenfalls auf einem indirekten Zusammenhang basiert. So ist die Akzeptanz der Homosexualität des Sohnes/Bruders durch die Herkunftsfamilie in Großstädten nicht unbedingt größer als in Kleinstädten. Aber vielen Homosexuellen fällt das Coming-out (das ja nicht zwangsläufig in der Herkunftsfamilie beginnt) in einer Großstadt leichter, und wenn es erfolgreich ist, hat dies Rückwirkungen auf die Offenheit des Sohnes/Bruders gegenüber seiner Herkunftsfamilie. Kleinstädte oder gar Dörfer bieten weniger Möglichkeiten für eine solche soziale Dynamik des Coming-out.

Dass mit der Größe des Wohnorts auch das Maß der sozialen Integration bzw. Isolation zusammenhängt, ist den Angaben zur Zusammensetzung des Freundeskreises zu entnehmen: Im Vergleich zu den Männern aus den Millionenstädten geben doppelt so viele Männer aus kleinen Orten an, keinen engeren Freundeskreis zu haben. Ein Drittel der Männer aus den Millionenstädten hat einen überwiegend aus schwulen Männern bestehenden Freundeskreis. Dies ist nur bei einem Zehntel der Männer aus Orten mit unter 20.000 Einwohnern der Fall; ihr Freundeskreis besteht eher aus Heterosexuellen.

Bei Männern aus kleineren Orten ist der Informationsstand zu HIV/Aids niedriger, zu den Kombinationstherapien deutlich niedriger. Der Stellenwert der einzelnen Informationsquellen unterscheidet sich ebenfalls je nach Größe des Wohnorts, wenngleich bei vielen Quellen auch das Alter ein bestimmender Faktor sein dürfte (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Wichtige Informationsquellen (in Prozent)

Informationsquelle	weniger als 20.000	20.000- 100.000	100.000- 500.000	500.000- 1Mio.	mehr als 1 Mio.
Gespräche in Schwulengruppen	34	32	31	25	22
Schwulenzeitungen	30	35	39	45	52
Presse	25	25	26	26	29
Materialien der Aidshilfen	23	28	34	32	34
Fernsehen	21	23	20	20	16
Gesundheitsamt/ Klinik	14	14	16	19	22
medizinische Fachliteratur	11	12	12	13	12
telefonische Beratung	9	11	11	16	20
Fernseh- und Kinospots der BZgA	8	10	12	8	9
Radio	8	6	7	6	6
Arzt	6	4	4	2	2
Schule	6	9	7	7	6
Internet	6	7	4	5	5
Freundeskreis	5	6	6	4	6
allg. verständliche Bücher	4	3	4	5	3
Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA)	3	5	7	7	5
Materialien der BZgA	2	2	2	2	2
keine Angaben	21	18	13	15	12

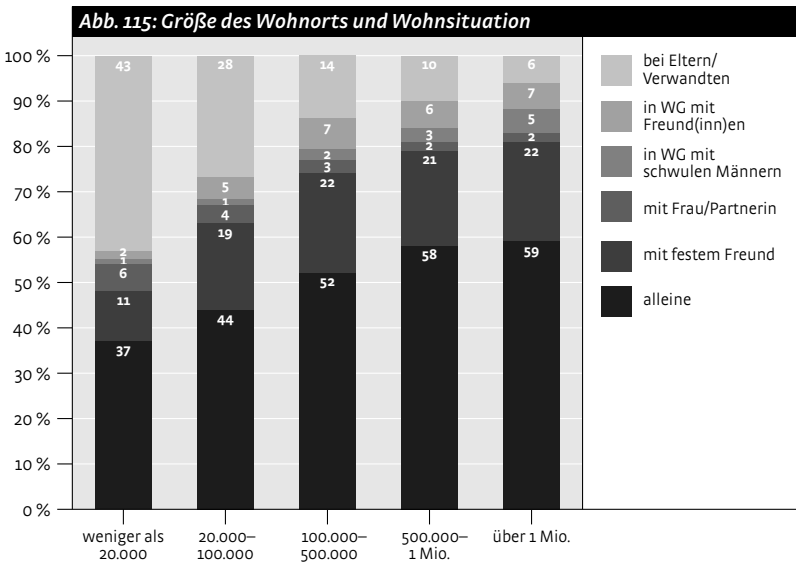
Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach dem Stellenwert der Informationsquellen für die Männer aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern.

Der Anteil derer, die keine Angaben zu den Informationsquellen machten, ist bei den Männern aus kleineren Orten höher als bei jenen aus größeren Orten. Dies könnte ein Ausdruck mangelnden Interesses sein und auch das schlechtere Informationsniveau bei den Männern aus kleineren Orten erklären. Bei allen Gruppen gehören Gespräche in Schwulengruppen, das Fernsehen, Materialien der Aidshilfen, die Presse und Schwulenzeitungen zu den meistgenannten Quellen. Der Anteil der Männer, die medizinische Fachliteratur, das Radio, das Internet, den Freundeskreis, allgemein verständliche Bücher, Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA) und Materialien der BZgA für wichtig halten, ist in allen Gruppen gleich oder fast gleich. Bei anderen Quellen spielt die Größe des Wohnorts eine Rolle: Männer aus kleineren Orten informieren sich häufiger durch Gespräche in Schwulengruppen und beim Arzt. Der Anteil der Männer, die Materialien der Aidshilfen, die Presse, Schwulenzitungen, telefonische Beratung und Gesundheitsamt/Klinik als Quelle angeben, ist bei Befragten aus größeren Orten größer. Dass

der Anteil der Männer, für die Gespräche in Schwulengruppen wichtig sind, bei Befragten aus kleinen Orten höher ist, lässt sich zum Teil darauf zurückzuführen, dass die jüngeren Männer in der Stichprobe überdurchschnittlich häufig in kleineren Orten wohnen.

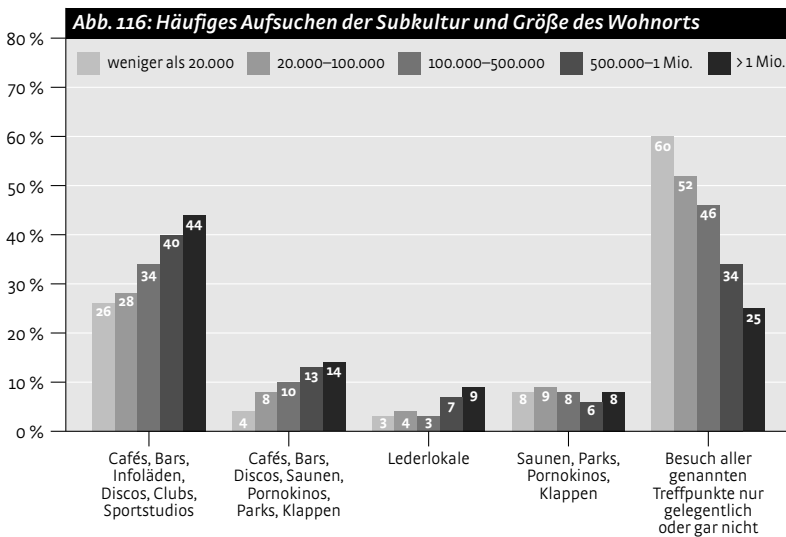
HIV-Risikokontakte kommen bei Männern aus größeren Orten etwas häufiger vor, sexuell übertragbare Krankheiten bei Männern in Millionenstädten fast dreimal so häufig wie bei Männern aus Orten mit unter 20.000 Einwohnern. Männer aus größeren Orten haben im Jahr mehr Sexualpartner als Männer aus kleineren Orten. Aufgrund des höheren HIV-Infektionsrisikos lassen sich mehr Männer aus größeren Orten auf HIV-Antikörper testen, und der Anteil der positiv Getesteten ist höher.

Eine Betrachtung der Wohnsituation der Befragten nach Wohnortgröße zeigt weitere Unterschiede (vgl. Abbildung 115). Dass Männer in kleineren Orten eher bei den Eltern und Verwandten wohnen und Männer in größeren Orten eher alleine, ist neben der Größe des Wohnorts auch darauf zurückzuführen, dass die Befragten aus kleineren Orten wesentlich jünger sind. Dass weniger Männer aus kleineren Orten in Wohngemeinschaften mit schwulen Männern oder anderen Freund(inn)en wohnen, ist nicht durch einen Alterseffekt zu erklären, sondern durch die in Groß- und Kleinstädten jeweils unterschiedlichen Geselligungsmöglichkeiten. In kleineren Orten wohnt ein größerer Anteil an Männern mit ihrer Frau/Partnerin zusammen. Ein höherer Anteil von Männern in diesen Orten definiert sich als bisexuell.



Auch dass sich Männer aus kleineren Orten häufiger als bisexuell bezeichnen, ist sicherlich nicht auf die Größe des Wohnorts zurückzuführen, sondern dürfte ein klassisches Beispiel für die soziale Konstruktion von Sexualität sein, wonach Bisexualität „akzeptabler“ ist als Homosexualität. Diese Erklärung stellt eine Hypothese dar, die mit den Daten dieser Erhebung nicht erhärtet werden kann.

Einrichtungen der schwulen Subkultur werden eher von den Männern in größeren Orten als von jenen in kleineren Orten aufgesucht (solche Einrichtungen sind in den Großstädten zahlreicher oder auch nur dort vorhanden). Öffentliche Orte zur Anbahnung von Sexualkontakten gibt es dagegen auch in kleineren Orten; ihre Inanspruchnahme hängt daher nicht von der Wohnortgröße ab (vgl. Abbildung 116).



3. Soziale Schicht

Die 1988 und 1991 in den alten Bundesländern durchgeführten Erhebungen zeigten, dass Männer aus den unteren Schichten und der unteren Mittelschicht schlechter informiert und weniger in die größtenteils mittelschichtsorientierten kommunikativen Netzwerke der schwulen Subkultur eingebunden waren. Eine Sekundäranalyse der Daten von 1991 und 1993 im Rahmen einer Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Bochow 1997a) dokumentierte eine signifikant erhöhte HIV-Gefährdung (Vulnerabilität) homosexueller Männer der unteren Schichten. Diese Ergebnisse wurden durch die Erhebungen von 1996 und 1999 (vgl. Bochow 1997b; Bochow 2001; siehe auch Bochow 2000) bestätigt.

Wie schon 1999 wurde für die Analyse der Untersuchungsergebnisse auch 2003 wieder ein Schichtindex gebildet. Dieser beruht auf den Angaben zum Schul-, Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss und zur beruflichen Stellung.²⁷ Gegenüber 1999 wurde die Berechnung des Schichtindex wegen des höheren Anteils von Befragten, die noch keinen Schul- oder Hochschulabschluss hatten, allerdings modifiziert, indem die drei Gruppen von 1999 um eine vierte Gruppe erweitert wurden:

1. Männer mit Hauptschulabschluss und ungelernter Berufstätigkeit
2. Männer mit Facharbeiterqualifikationen und vergleichbaren anderen („mittleren“) Ausbildungsabschlüssen
3. Männer mit Fachhochschul- oder Hochschulabschlüssen (einschließlich Studenten)
4. Schüler, die noch keiner Schicht zugeordnet werden können.²⁸

Die Schichtzuordnung der Befragten nach dem in Fußnote X beschriebenen Verfahren ergibt folgende Verteilung:

Tabelle 18: Verteilung der Befragten nach sozialer Schicht

Schicht	n	%
Unterschicht	190	4
untere Mittelschicht	1.051	22
Mittelschicht	3.360	71
nicht zuzuordnen	149	3
gesamt	4.750	100

130

²⁷ Bei der Berechnung des Schichtindex wurde die letzte berufliche Stellung berücksichtigt, falls der Befragte zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätig war.

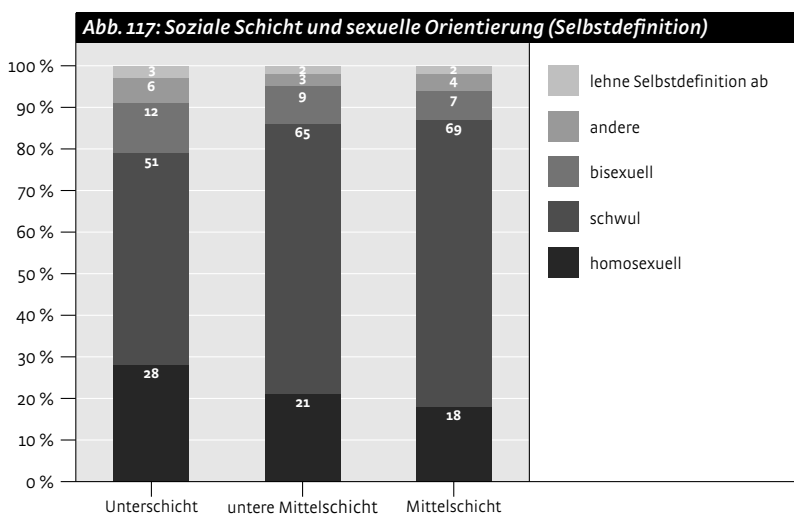
²⁸ Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung sollen im Folgenden Männer der ersten Gruppe als „Unterschichtsmänner“, die der zweiten Gruppe als Männer der unteren Mittelschicht und die der dritten Gruppe als „Mittelschichtsmänner“ bezeichnet werden. Diese Bezeichnungen entsprechen den in der Soziologie üblichen Kategorien (siehe z. B. Geißler 1992), wengleich keine Einigkeit darüber herrscht, nach welchen Kriterien die einzelnen Schichten voneinander unterschieden werden sollten. Die hier vorgenommene – stark an Ausbildungsabschlüssen orientierte – Unterscheidung zwischen ungelerten Arbeitskräften, Arbeitskräften mit von Entwertung bedrohter Facharbeiterqualifikation (traditioneller Facharbeiterabschluss), qualifiziertem Facharbeiterabschluss und vergleichbarem Abschluss (Bereich der mittleren Qualifikationen) sowie Hochschulabsolventen (hoch qualifizierte Arbeitskräfte: HQA) ist in der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung weit verbreitet. Die mit den Befragungen über die Schulpresse erhobenen Daten erlauben es nicht, hinreichend differenzierte Indikatoren zu entwickeln, um den anspruchsvolleren Kriterien der soziologischen Schichtdiskussion – unabhängig vom bevorzugten Schichtmodell – zu genügen.

In den Publikationen der Medizinsoziologie und der Sozialmedizin ist der Begriff „Unterschicht“ gebräuchlich, wenn es um die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken geht (vgl. Mielck [Hg.] 1994). In diesem Sinne sollen im Folgenden die Begriffe „Unterschicht“ wie auch „untere Schichten“ verwendet werden. Die abwertende Tönung des Begriffs „Unterschicht“, die in der Alltagssprache oft mitschwingt, ist im sozialwissenschaftlichen Sprachgebrauch nicht enthalten, ebenso wenig wie der Begriff „Oberschicht“ auf eine Glorifizierung der Bourgeoisie zielt.

Diese Verteilung dokumentiert erneut den starken Mittelschichts-Bias der Erhebungen. Die Zahlen in den einzelnen Gruppen ermöglichen jedoch sinnvolle statistische Vergleiche der Männer aus der Mittelschicht mit Männern aus den unteren sozialen Schichten.

3.1 Sexuelle Identität und Akzeptanz der Homosexualität

Bei der Frage, wie die Befragten ihre eigene sexuelle Orientierung definieren, sind deutliche schichtspezifische Unterschiede festzustellen. Die Bezeichnungen „bisexuell“ und „homosexuell“ werden von mehr Unterschichtsmännern als Mittelschichtsmännern verwendet. Wenn die Befragten unter 21 Jahren und diejenigen über 44 nicht berücksichtigt werden (also Gruppen, die wegen alters- oder generationsbedingter Gründe eher Probleme mit der Bezeichnung „schwul“ haben könnten), ist der hier abgebildete Unterschied sogar stärker ausgeprägt:



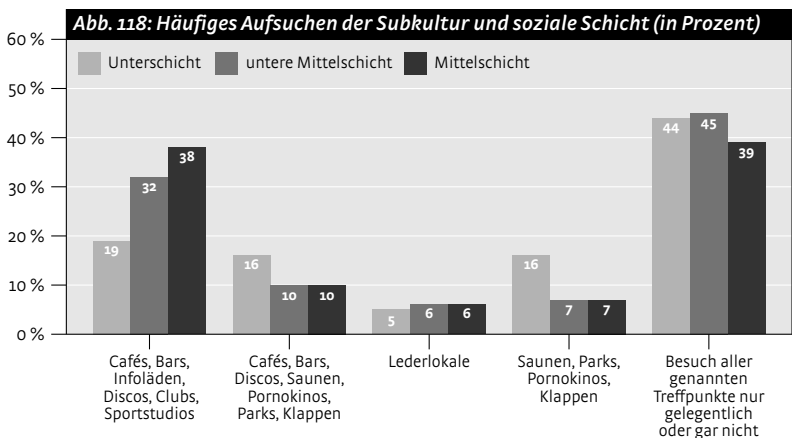
Obwohl der Anteil derer, die zur Zeit der Erhebung eine Beziehung mit einer Frau hatten, bei Männern aus der Unterschicht nicht höher ist als bei Männern aus der Mittelschicht, geben mehr Unterschichtsmänner für die zwölf Monate vor der Befragung an, dass sie Sexualkontakte mit Frauen hatten: 13 % im Vergleich zu 7 % der Mittelschichtsmänner.

Die Befragung von 2003 dokumentiert erneut, dass homosexuelle Männer aus den unteren Sozialschichten in ihrem sozialen Umfeld stärker abgelehnt werden oder stärker eine Stigmatisierung befürchten. 23 % der Unterschichtsmänner verbergen ihre Homosexualität gegenüber für sie wichtigen heterosexuellen Menschen, dagegen nur 9 % der Mittelschichtsmänner. 65 % der Männer aus den unteren Schichten sehen ihre Homosexualität von ihrem sozialen Umfeld akzep-

tiert, bei den Mittelschichtsmännern sind es 70 %. Die Akzeptanz in der Familie liegt für Befragte aus der Unterschicht bei 62 % und für Männer aus der Mittelschicht bei 70 %. Als Folge stärkerer sozialer Isolierung geben 15 % der Unterschichtsmänner gegenüber 3 % der Mittelschichtsmänner an, keinen engeren Freundeskreis zu haben. Die Werte für die untere Mittelschicht liegen in der Regel zwischen denen der Unterschicht und der Mittelschicht.

3.2 Aufsuchen subkultureller Orte

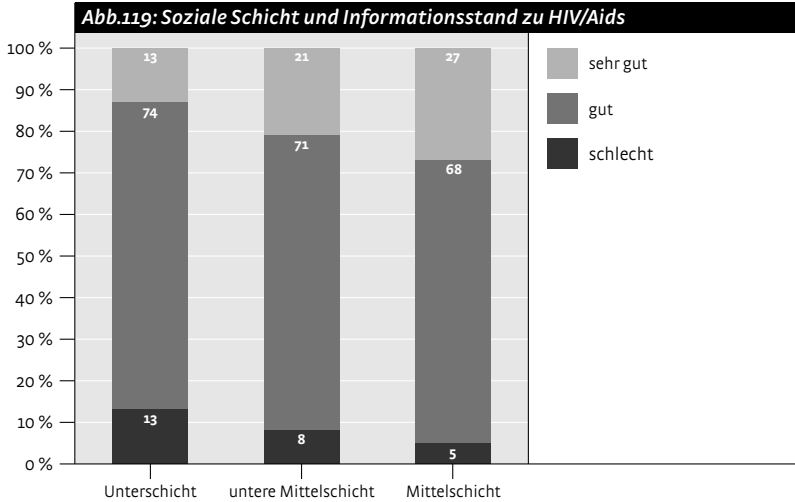
Was die Nutzung von Orten der schwulen Subkultur je nach sozialer Schicht angeht, so ist der Anteil der Befragten, die Cafés, Infoläden, Bars, Discos, Clubs und Sportstudios besuchen, bei den Mittelschichtsmännern doppelt so hoch wie bei den Unterschichtsmännern. Bei den öffentlichen Orten der Anbahnung von Sexualkontakten (z. B. Parks, öffentliche Toiletten) sind dagegen Unterschichtsmänner stärker vertreten. Der häufige Besuch von Lederlokalen scheint jedoch nicht von der Schichtzugehörigkeit abhängig zu sein (vgl. Abbildung 118).



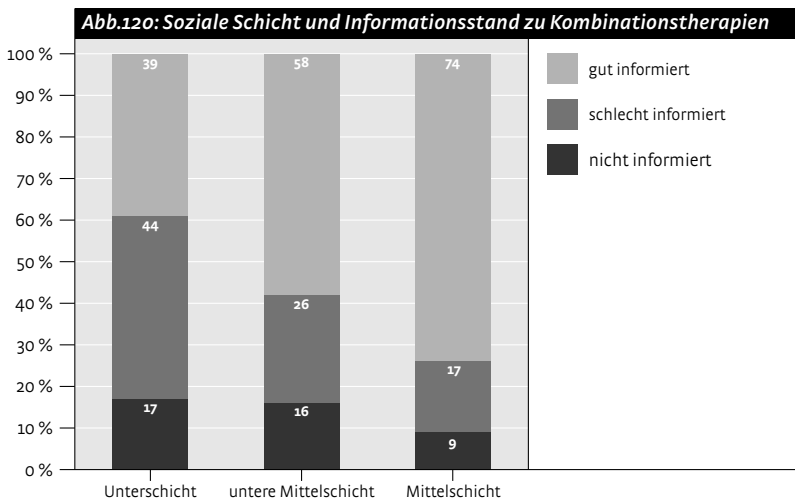
Was die Kommunikationsformen anbetrifft, unterscheiden sich Orte, an denen anonyme Sexualkontakte stattfinden, stark von anderen Orten der Schwulenszene. Bei der Anbahnung von Sexualkontakten in Saunen, Parks, usw. spielen verbale Kommunikation und Umgangsformen eine untergeordnete Rolle. An diesen Orten ist es auch nicht nötig, sich mit subkulturellen Normen zu identifizieren oder sich als schwul zu definieren. Dagegen findet man in vielen Cafés, Bars, Infoläden usw. mittelschichtorientierte Interaktionsformen, die sich z. B. auch in der Kleidung oder in der Einrichtung ausdrücken. Die Lederszene indes bietet einen sozialen Raum, in dem Kontakte unabhängig von schichtspezifischen Normen geknüpft werden können; die Fetischfunktion des Leders oder anderer Accessoires dieser Szene sind offenkundig schichtübergreifend.

3.3 Informationsniveau und Informationsquellen

Obwohl auch Unterschichtsmänner mehrheitlich gut über HIV/Aids informiert sind, ist der Anteil der sehr gut Informierten hier wesentlich niedriger und der Anteil der schlecht Informierten wesentlich höher als bei den Männern aus der Mittelschicht (vgl. Abbildung 119).



Starke schichtspezifische Unterschiede zeigen sich auch beim Informationsstand in punkto Kombinationstherapien. Während 74 % der Mittelschichtsmänner hierüber gut informiert sind, gilt dies lediglich für 39 % der Männer aus der Unterschicht (vgl. Abbildung 120).



Der Stellenwert der einzelnen Informationsquellen unterscheidet sich ebenso je nach sozialer Schicht der Befragten (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Stellenwert der Informationsquellen nach Schichtzugehörigkeit (in Prozent)

Informationsquelle	untere		
	Unterschicht	Mittelschicht	Mittelschicht
Schwulenzeitungen	42	41	43
Presse	28	25	27
Fernsehen	28	22	18
telefonische Beratung	28	15	14
Materialien der Aidshilfen	27	27	33
Gespräche in Schwulengruppen	25	27	28
Gesundheitsamt/Klinik	13	17	18
medizinische Fachliteratur	12	11	12
Radio	10	7	7
Internet	8	7	4
Freundeskreis	7	6	5
Schule	6	8	6
Fernseh- und Kinospots der BZgA	5	9	10
Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA)	5	7	5
allgemein verständliche Bücher	4	4	4
Arzt	3	2	3
Materialien der BZgA	2	2	2
keine Angaben	21	18	14

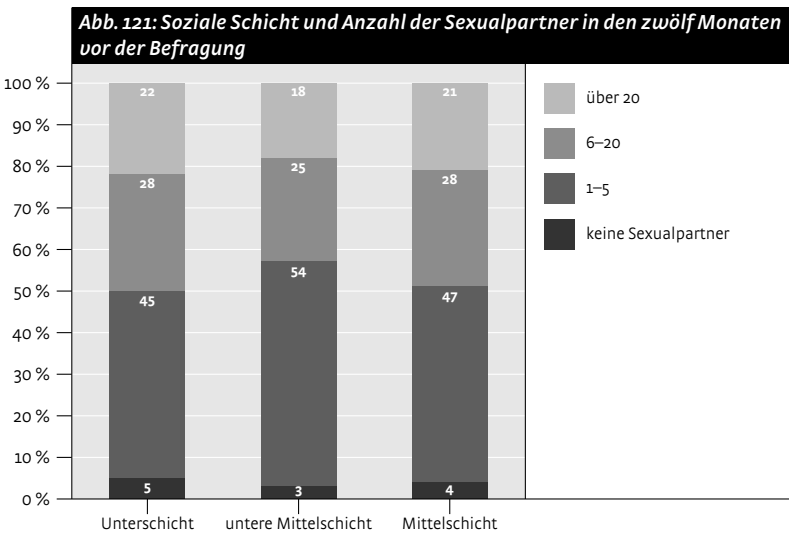
Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach dem Stellenwert der Informationsquellen für die Männer aus der Unterschicht.

Der Anteil derer, die keine Angaben zu den Informationsquellen machen, ist bei Männern aus der Unterschicht höher als bei Männern aus der Mittelschicht. Dies könnte ein Ausdruck mangelnden Interesses sein und auch das schlechtere Informationsniveau bei Unterschichtsmännern erklären. Bei allen drei Gruppen gehören Gespräche in Schwulengruppen, das Fernsehen, Materialien der Aidshilfen, die Presse und Schwulenzeitungen zu den meistgenannten Quellen. Der Anteil der Männer, die Schwulenzeitungen, die Presse, medizinische Fachliteratur, die Schule, Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA), allgemein verständliche Bücher, den Arzt und Materialien der BZgA für wichtige Informationsquellen halten, ist in allen Gruppen gleich oder fast gleich groß. Bei der Nutzung anderer Quellen spielt die soziale Schichtzugehörigkeit des Befragten eine Rolle: Männer

aus der Unterschicht bevorzugen eher telefonische Beratung, Radio, Fernsehen, Internet und Freundeskreis, Männer aus der Mittelschicht hingegen Gespräche in Schwulengruppen, Gesundheitsamt/Klinik, Fernseh- und Kinospots der BZgA sowie Materialien der Aidshilfen als Informationsquelle.

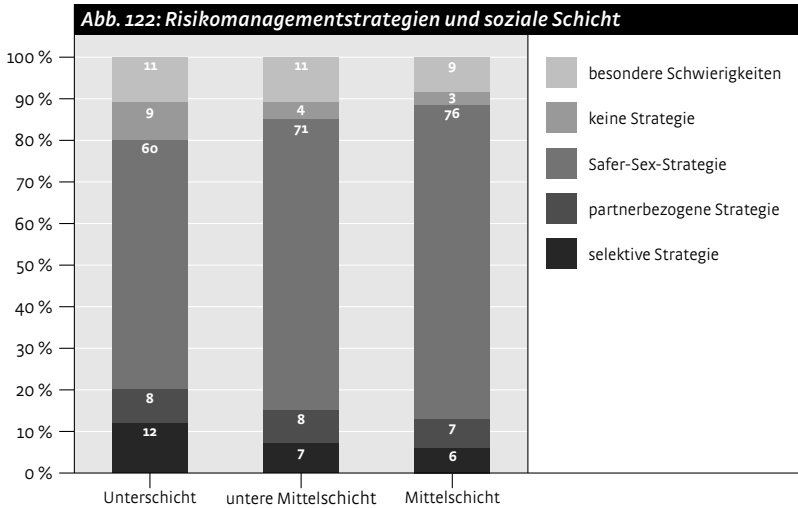
3.4 Sexualverhalten und HIV-Infektionsrisiken

Wird zunächst von Schutzmaßnahmen abgesehen und nur die *allgemeine* HIV-Gefährdung (Risikoexposition) analysiert, so zeigt sich, dass diese bei den Männern der unteren Schichten etwas geringer ist als bei den Mittelschichtsmännern: Zwar haben Unterschichtsmänner ähnlich viele Sexualpartner wie Mittelschichtsmänner (vgl. Abbildung 121), doch ist Analverkehr bei ihnen weniger verbreitet (24 % der Männer aus der Unterschicht hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen Analverkehr, bei den Männern aus der unteren Mittelschicht sowie der Mittelschicht waren dies 18 %). Dies könnte unter anderem dadurch bedingt sein, dass Unterschichtsmänner zu einem etwas geringeren Teil in einer festen Beziehung leben (46 %) als Mittelschichtsmänner (51 %).



Allerdings haben Männer aus der Unterschicht *häufiger* Risikokontakte als jene aus der Mittelschicht (das zeigte sich auch schon in der Befragung von 1999), und zwar sowohl mit Partnern, deren Testergebnis nicht bekannt ist, als auch mit solchen, die ein anderes Testergebnis haben als sie selbst: 70 % aller Befragten hatten in den zwölf Monaten vor der Erhebung keine Risikokontakte, bei den Unterschichtsmännern waren dies aber nur 64 % (gegenüber 67 % der Männer aus der unteren Mittelschicht und 72 % der Mittelschichtsmänner).

Unterschiede gibt es ebenso bei den Strategien des Risikomanagements. Safer-Sex-Strategien werden von der Mehrheit der Befragten aller sozialen Schichten angewandt, selektive Strategien (die Anzahl der Sexualpartner verringern, bestimmte Treffpunkte meiden oder auf das Aussehen der Sexualpartner achten) jedoch häufiger von Unterschichtsmännern. Männer aus der Unterschicht geben häufiger an, Risiken einzugehen, sei es, weil sie diese in Kauf nehmen oder weil es ihnen schwer fällt, sich an die Safer-Sex-Empfehlungen zu halten (vgl. Abbildung 122; eine detaillierte Beschreibung der Strategien findet sich in Kapitel III, 3.4).



3.5 Testverhalten, Serostatus und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

Die Erhebung von 2003 bestätigt die Ergebnisse der vorangegangenen Befragungen, die eine besondere HIV- und Aids-Gefährdung der Männer aus unteren Schichten dokumentieren. Diese Tendenz wurde auch in englischen und französischen Untersuchungen festgestellt (siehe auch Bochow 2000b, Weatherburn u. a. 1999). Die Testbereitschaft ist bei allen drei Schichtgruppen nahezu gleich (69 % der Unterschichtsmänner, 68 % der Männer aus der unteren Mittelschicht und 70 % der Befragten aus der Mittelschicht haben sich testen lassen), aber der Anteil der positiv Getesteten ist bei den Unterschichtsmännern höher als bei den Mittelschichtsmännern: 19 % der Männer aus der Unterschicht, 14 % der Männer aus der unteren Mittelschicht und 11 % der Männer aus der Mittelschicht sind seropositiv.

Bei der Frage, ob die Befragten in den zwölf Monaten vor der Befragung andere sexuell übertragbare Krankheiten hatten, zeigen sich keine schichtspezifischen Unterschiede.

4. Migrantenspezifische Aspekte

Da der Anteil neu gemeldeter HIV-Infektionen, die Migranten betreffen, ständig wächst, muss HIV/Aids bei Menschen nichtdeutscher Herkunft stärker thematisiert werden. In dieser Erhebung wurden zum ersten Mal Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Männern analysiert. Wie in Kapitel I, 6 erwähnt, besitzt die überwiegende Mehrheit der Befragten (95 %) die deutsche Staatsbürgerschaft, 4 % (203 Männer) haben eine andere Nationalität. Unter den Nichtdeutschen finden sich Männer aus 38 Ländern. Für einen Vergleich nach Herkunftsländern oder Weltregionen reichen die Zahlen der Befragten jedoch nicht aus. Um dennoch statistisch verwertbare Fallzahlen zu erhalten und sinnvoll nach dem Kriterium „gesellschaftliche Akzeptanz der Homosexualität“ unterscheiden zu können (hiermit war die Annahme verbunden, dass vor allem Männer aus Kulturen, in denen Homosexualität nicht oder kaum akzeptiert und daher anders gelebt wird, größere Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Umsetzung von Präventionsbotschaften haben), wurden die folgenden drei Gruppen gebildet: deutsche Staatsbürger, Männer aus Ländern, in denen Homosexualität ähnlich akzeptiert und gelebt wird wie in Deutschland (= vergleichbare Länder²⁹), und Männer aus Ländern, in denen andere Lebensbedingungen herrschen. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 20: Verteilung der Befragten nach Ländergruppen

	N	%
Deutschland	4.518	95
vergleichbare Länder	104	2
Länder mit anderen Bedingungen	99	2
keine Angabe	29	1
gesamt	4.750	100

4.1 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der beiden Gruppen von Männern nichtdeutscher Herkunft deuten auf unterschiedliche Migrationshintergründe hin. Männer aus vergleichbaren Ländern gehören überproportional häufig der Mittel-

²⁹ Die Vergleichbarkeit mit Deutschland wurde vor allem daran gemessen, ob ähnliche subkulturelle Gesellschaftsformen, eine etablierte Schwulenbewegung und Regelungen für schwule Partnerschaften vorhanden sind. Nach diesen Kriterien wurden die folgenden (in der Stichprobe vorkommenden) Länder als mit Deutschland „vergleichbar“ eingestuft: Dänemark, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweiz und USA. Länder, in denen Homosexualität weniger akzeptiert oder kaum toleriert wird, sind: Argentinien, Brasilien, China, Griechenland, Iran, Israel, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Marokko, Mexiko, Nigeria, Polen, Russland, Slowakei, Spanien, Südafrika, Syrien, Taiwan, Trinidad/Tobago, Tschechien, Türkei, Ukraine, Ungarn, Venezuela.

schicht an (87 %; deutsche Männer: 73 %, Männer aus anderen Ländern: 71 %), Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen kommen häufiger aus der Unterschicht (7 %; deutsche Männer: 4 %, Männer aus vergleichbaren Ländern: 3 %). Der Anteil der Befragten mit niedrigen Schulabschlüssen ist bei den deutschen Männern (9 %) und den Männern aus vergleichbaren Ländern (7 %) geringer als bei Männern aus anderen Ländern (14 %). Männer aus vergleichbaren Ländern wohnen eher in Millionenstädten (58%; deutsche Männer: 31 %, Männer aus anderen Ländern: 44 %), während Männer aus anderen Ländern häufiger in mittelgroßen Städten mit 100.000–500.000 Einwohnern wohnen (19 %; deutsche Männer: 20%, Männer aus vergleichbaren Ländern: 8 %). Bei den Befragten aus vergleichbaren Ländern ist der Anteil der Älteren höher als bei jenen aus Deutschland und aus Ländern mit anderen Bedingungen (29 % der Befragten aus vergleichbaren Ländern, 15 % der deutschen Befragten und 5 % der Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen sind über 44).

Die Männer aus vergleichbaren Ländern stammen überwiegend aus Westeuropa und sind vermutlich aus beruflichen oder anderen Gründen freiwillig und erst als Erwachsene nach Deutschland gekommen. Als schwule Männer haben sie sich zum großen Teil für die Millionenstädte entschieden. Die Nationalitäten der Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen lassen vermuten, dass für etliche von ihnen Migrationsgründe wie politische Repression, ökonomische Krisen und Krieg im Vordergrund standen. In dieser Gruppe befinden sich außerdem Männer aus Herkunftsländern der früheren „Gastarbeiter“; sie stammen eher aus der Arbeiterschicht und sind aus ökonomischen Gründen nach Deutschland gekommen.

4.2 Sexuelle Identität, Aufsuchen subkultureller Orte und Akzeptanz der Homosexualität

Die Annahmen, die den Kriterien zur Aufteilung nichtdeutscher Männer in solche aus „vergleichbaren“ und aus „anderen“ Ländern zugrunde liegen, bestätigen sich durch die deutlichen Unterschiede bei den Aussagen zur Definition der eigenen sexuellen Orientierung, zur Akzeptanz der Homosexualität und zu den Lebensstilen. Die Männer aus vergleichbaren Ländern weisen im Hinblick auf ihre Lebensstile und die Akzeptanz ihrer Homosexualität große Ähnlichkeiten mit den deutschen Befragten auf; bei Männern aus Ländern mit anderen Bedingungen zeigen sich größere Unterschiede.

Zwei Drittel der deutschen Befragten und der Befragten aus vergleichbaren Ländern (68 % beider Gruppen) definieren sich als „schwul“. Dies ist nur bei 46 % der Männer aus anderen Ländern der Fall; sie bevorzugen eher „homosexuell“ (35 % gegenüber 19 % der deutschen Befragten und 24 % der Männer aus vergleichbaren Ländern) oder eine andere Bezeichnung wie z. B. bisexuell (19 %; 13 % der deutschen Männer, 9 % der Männer aus vergleichbaren Ländern).

Obwohl bei den nichtdeutschen Befragten feste Beziehungen mit einer Frau nicht häufiger sind als bei den deutschen Befragten, ist der Anteil derer, die im Jahr vor der Erhebung Sexualkontakte mit einer Frau hatten, bei Männern aus anderen Ländern (39 %) und aus vergleichbaren Ländern (33 %) größer als bei den deutschen Männern (20 %).

Der Anteil der Männer, deren Homosexualität im sozialen Umfeld und in der Familie nicht akzeptiert wird, ist bei den Befragten aus Ländern mit anderen Bedingungen wesentlich höher als bei denen der beiden anderen Gruppen (vgl. Abbildungen 123 und 124).

Abb. 123: Einstellung des sozialen Umfeldes zur Homosexualität des Befragten nach Herkunftsland

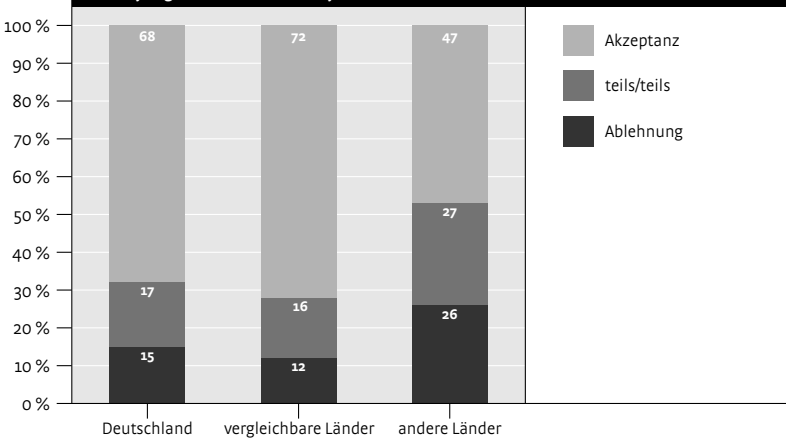
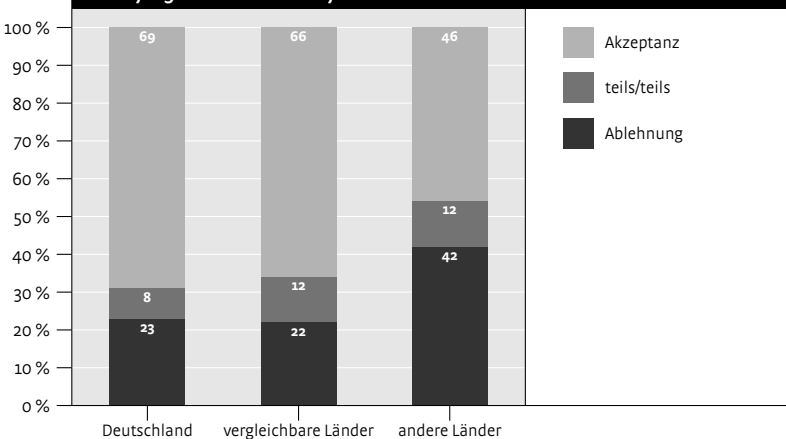


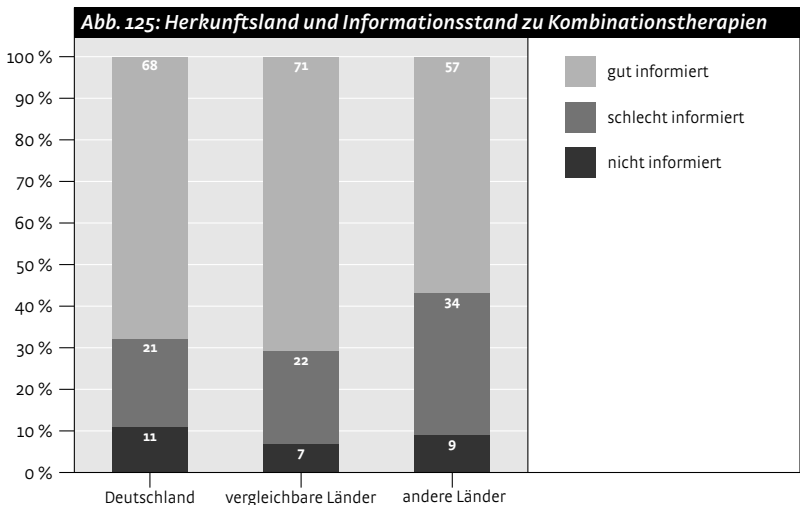
Abb. 124: Einstellung der Familie zur Homosexualität des Befragten nach Herkunftsland



Was den Besuch von Orten der schwulen Subkultur angeht, waren zwischen den drei Gruppen keine entscheidenden Unterschiede festzustellen.

4.3 Informationsniveau und Informationsquellen

Der Informationsstand zu HIV/Aids ist bei allen drei Gruppen in etwa gleich hoch, das Niveau der Kenntnisse zu den Kombinationstherapien jedoch ist bei Männern aus Ländern mit anderen Bedingungen deutlich niedriger (vgl. Abbildung 125). Dieses Ergebnis ist angesichts der hohen HIV-Prävalenz in dieser Gruppe (21 %; siehe unten Kapitel 4.5) besonders bemerkenswert.



140

Auch der Stellenwert der einzelnen Informationsquellen unterscheidet sich nach Herkunft der Befragten (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Wichtige Informationsquellen (in Prozent)

Informationsquelle	Deutschland	vergleichbare Länder	andere Länder
Schwulenzeitungen	42	50	51
Materialien der Aidshilfen	31	34	41
Gespräche in Schwulengruppen	28	28	26
Presse	26	31	25
telefonische Beratung	14	15	23
medizinische Fachliteratur	12	14	20
Fernsehen	19	17	18
Gesundheitsamt/Klinik	18	24	17
Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA)	5	7	8
Freundeskreis	6	5	7
allgemein verständliche Bücher	4	4	7
Arzt	4	3	7
Radio	7	7	6
Internet	5	6	5
Fernseh- und Kinospots der BZgA	10	7	4
Schule	7	7	1
Materialien der BZgA	2	0	1
keine Angaben	15	12	13

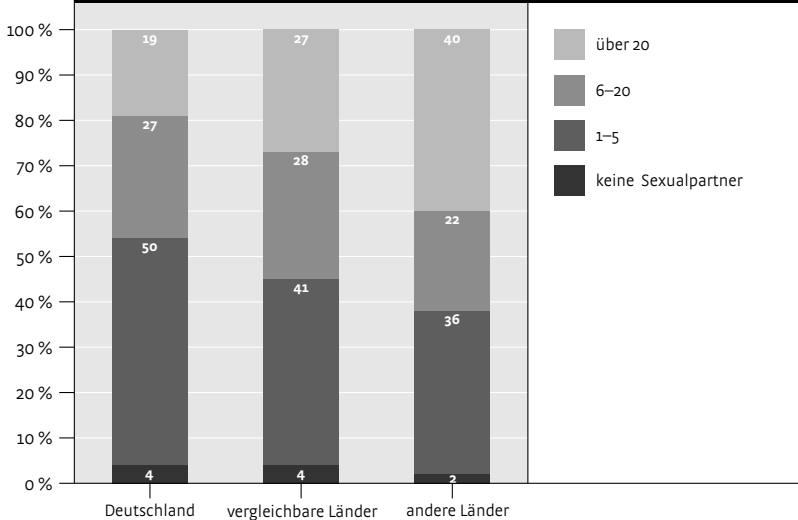
Die Reihenfolge der Nennungen richtet sich nach dem Stellenwert der Informationsquellen für die Männer aus anderen Ländern.

Bei allen drei Gruppen gehören Gespräche in Schwulengruppen, Materialien der Aidshilfen, die Presse und Schwulenzeitungen zu den meistgenannten Quellen. Der Anteil der Männer, die das Fernsehen, den Freundeskreis, das Radio und das Internet für wichtige Informationsquellen halten, ist in allen Gruppen gleich oder fast gleich groß. Bei anderen Quellen spielt die Nationalität bzw. Herkunft der Befragten eine Rolle: Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen informieren sich eher durch Schwulenzeitungen, Materialien der Aidshilfen, telefonische Beratung, medizinische Fachliteratur, Materialien staatlicher Stellen (nicht BZgA), allgemein verständliche Bücher und den Arzt. Bei den deutschen Befragten und den Männern aus vergleichbaren Ländern ist der Anteil derer, die Schule, Fernseh- und Kinospots der BZgA sowie Materialien der BZgA als wichtige Informationsquellen angeben, größer. Bei den Angaben der Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen ist die hohe HIV-Prävalenz zu berücksichtigen (siehe unten Kapitel 4,5), die z. B. die stärkere Inanspruchnahme der medizinischen Fachliteratur und des ärztlichen Gesprächs erklärt.

4.4 Sexualverhalten, HIV-Infektionsrisiken und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

Ungefähr die Hälfte aller Männer in den drei Ländergruppen lebte zur Zeit der Befragung in einer festen Beziehung mit einem Mann. Die Zahl der Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung war jedoch bei den Männern nichtdeutscher Herkunft größer, vor allem bei jenen aus Ländern mit anderen Bedingungen (vgl. Abbildung 126).

Abb. 126: Herkunftsland und Anzahl der Sexualpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung



Auf Analverkehr verzichteten deutsche Männer (19 %) und Männer aus vergleichbaren Ländern (17 %) eher als Männer aus anderen Ländern (8 %). Der Anteil derer, die in den zwölf Monaten vor der Befragung Analverkehr – auch ungeschützt im Hinblick auf HIV – praktizierten, ist bei Männern aus anderen Ländern deutlich höher. Keinen solchen Risikokontakt hatten 71 % der deutschen Befragten und 71 % der Befragten aus vergleichbaren Ländern gegenüber 58 % der Männer aus Ländern mit anderen Bedingungen; bei ihnen kamen Risikokontakte (unabhängig vom Serostatus des Sexualpartners) auch häufiger vor (vgl. Abbildungen 127 und 128).

Abb. 127: Herkunftsland und Häufigkeit der Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus

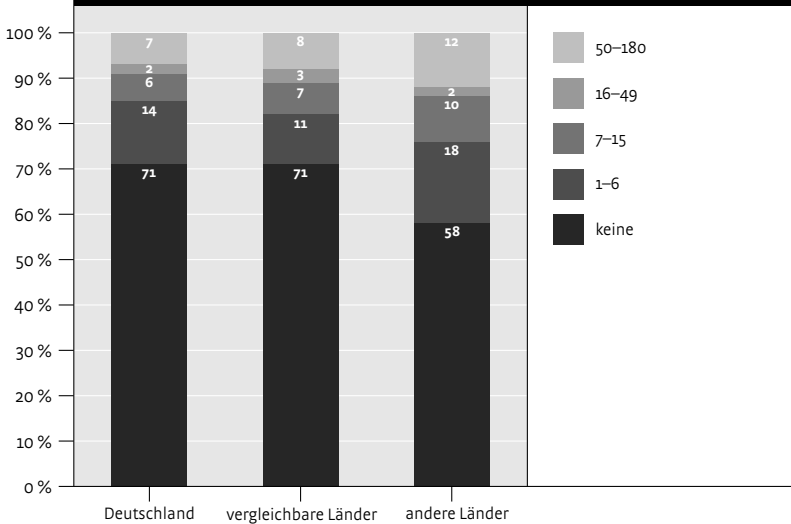
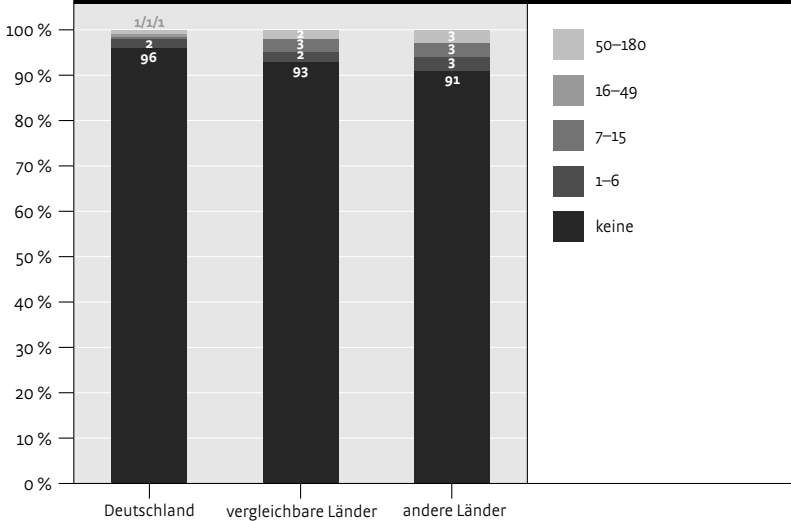
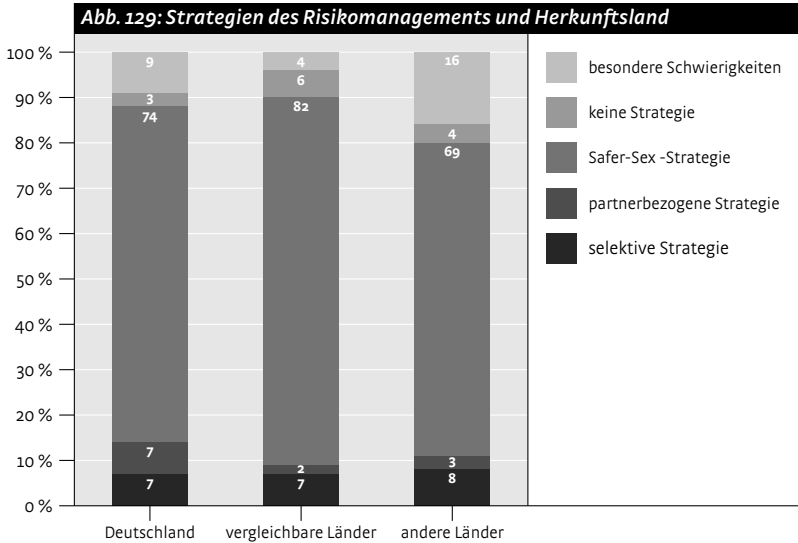


Abb. 128: Herkunftsland und Häufigkeit der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus



Männer nichtdeutscher Herkunft waren in den zwölf Monaten vor der Befragung deutlich stärker von sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) betroffen als deutsche Männer (9 % der deutschen Männer, 14 % der Männer aus vergleichbaren Ländern und 18 % der Männer aus anderen Ländern hatten eine solche STD).

Der Anteil der Männer, denen es besonders schwer fällt, Infektionsrisiken zu vermeiden, ist bei den Befragten aus Ländern mit anderen Bedingungen deutlich größer als bei den Befragten der beiden anderen Gruppen. Dementsprechend ist in dieser Gruppe auch der Anteil derer, die Safer Sex praktizieren, geringer (vgl. Abbildung 129).



4.5 Testverhalten und Serostatus

Der Anteil der Männer, die sich nicht auf HIV-Antikörper testen ließen, ist bei den deutschen Befragten (32 %) höher als bei den nichtdeutschen (20 % der Männer aus vergleichbaren Ländern, 26 % der Männer aus anderen Ländern). Unter den Getesteten ist die HIV-Prävalenz bei den Nichtdeutschen höher als bei den Deutschen; bei den Männern aus Ländern mit anderen Bedingungen ist sie sogar fast doppelt so hoch: 12 % der deutschen Befragten, 15 % der Männer aus vergleichbaren Ländern und 21 % der Männer aus anderen Ländern sind positiv getestet.

VIII. Faktoren, die das Eingehen von Risikokontakten beeinflussen

In den bisherigen Kapiteln wurden mehrere Faktoren identifiziert, die mit Risikokontakten verbunden sind. Ein HIV-Infektionsrisiko gehen eher jene Männer ein, die

- » das Kondom als Störfaktor bei anal-genitalen Kontakten empfinden,
- » entweder eine selektive Risikomanagementstrategie (Verringerung der Anzahl der Sexualpartner, Meiden bestimmter Treffpunkte, Auswahl der Sexualpartner nach ihrem Aussehen) verfolgen, besondere Probleme bei der Einhaltung von Schutzstrategien haben oder solche nicht befolgen,
- » ungeschützten Analverkehr ohne Ejakulation („dipping“) mit Partnern praktizieren, mit denen sie keine feste Beziehung haben,
- » eine höhere Anzahl an Sexualpartnern haben,
- » Partydrogen, Cannabis oder Poppers konsumieren,
- » nicht testpositiv sind und aufgrund der positiven Wirkung der Kombinationstherapien weniger Angst vor einer HIV-Übertragung haben („Therapieoptimismus“),
- » testpositiv sind oder ihr Testergebnis nicht kennen,
- » in größeren Städten wohnen,
- » nicht der Mittelschicht angehören,
- » aus einem Land stammen, in dem Homosexualität eine wesentlich geringere Akzeptanz erfährt als in Deutschland oder in Westeuropa/Skandinavien.

Wie bereits in den entsprechenden Kapiteln diskutiert, sind einzelne Faktoren miteinander verbunden; so haben Männer aus Großstädten z. B. auch mehr Se-

xualpartner. Lässt sich nun das höhere Risiko der Großstädter durch ihre höhere Partnerzahl erklären, oder gibt es ein davon unabhängiges „Restrisiko“?

Die Beantwortung dieser Frage kann mit Hilfe der Regressionsanalyse erfolgen.³⁰ Die mit dieser Methode als statistisch relevant ermittelten Faktoren lassen sich in drei Gruppen zusammenfassen. Die erste Gruppe umfasst die Faktoren, die besonders stark mit dem Eingehen eines Risikos assoziiert sind, nämlich sechs oder mehr Sexualpartner im Jahr sowie ungeschützter Analverkehr (ohne Ejakulation) mit Partnern, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind. An zweiter Stelle stehen folgende Faktoren: 1–5 Sexualpartner im Jahr, besondere Probleme bei der Einhaltung von Schutzstrategien oder das Nichtvorhandensein einer Schutzstrategie. Die dritte Gruppe schließlich umfasst: Kondome als Störfaktor beim Sex, eine nur selektive Risikomanagementstrategie, Konsum von Partydrogen oder Poppers, weniger Angst vor einer HIV-Übertragung bei Männern ohne ein positives Testergebnis aufgrund der positiven Wirkung der Kombinationstherapien, Zugehörigkeit zur Unterschicht. Nicht im Regressionsergebnis kommen folgende Faktoren vor: eine partnerbezogene Risikomanagementstrategie, Konsum von Cannabis, Serostatus, Größe des Wohnorts und Herkunftsland. Dies bedeutet nicht, dass diese Faktoren keine Rolle bei Risikokontakten spielen; sie kommen aber eher im Zusammenhang mit anderen Faktoren vor, die wesentlich stärker mit dem Eingehen eines Risikos assoziiert sind.

Mit Hilfe verschiedener Tests lässt sich überprüfen, inwieweit es die durch die Regressionsanalyse ermittelte Variablenkonstellation erlaubt, die Befragten mit und ohne Risikokontakte zu identifizieren; Hauptkriterium dieser Tests ist die Zuordnung der Männer zur richtigen Risikokategorie. Im besten Fall ließen sich die Antworten der Befragungsteilnehmer annähernd rekonstruieren, doch zeigen unsere Tests, dass sich das Eingehen von Risiken durch die oben genannte Variablenzusammenstellung bei vielen Männern nicht berechnen lässt. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass andere wichtige Faktoren fehlen und dass dieses relativ einfache Verfahren das komplexe Zusammenspiel der Variablen nicht erfassen kann.

30 Mit diesem Verfahren kann man die Stärke des statistischen Zusammenhangs zwischen einzelnen Faktoren und dem Eingehen eines Risikos unter Berücksichtigung aller anderen Faktoren berechnen. Dies ermöglicht es, weniger aussagekräftige Faktoren (z. B. solche, die sich mit anderen, weitaus stärker mit Risikokontakten assoziierten überschneiden) aus der weiteren Analyse auszuklammern und nur die statistisch besonders relevanten zu untersuchen.

IX. Zusammenstellung wichtiger Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Prävention

1. Zusammenstellung wichtiger Ergebnisse

147

1.1 Die Befragung

In den Februarheften von neun Monatszeitschriften für schwule Männer in Deutschland wurde im Jahre 2003 zum siebten Mal (seit 1987) in den alten und zum fünften Mal (seit 1991) in den neuen Bundesländern ein vierseitiger Fragebogen geschaltet. Erstmals war es auch möglich, den Fragebogen über drei Internetportale für Schwule online auszufüllen. Im Zentrum des Interesses stand der Umgang mit der Bedrohung durch HIV und Aids. Dabei ging es vor allem um Fragen nach den genutzten Informationsquellen und dem damit erzielten Informationsniveau (auch zu den Kombinationstherapien gegen HIV), dem sexuellen Lebensstil und den Schutzvorkehrungen gegen eine HIV-Übertragung, den eingegangenen Infektionsrisiken, dem Testverhalten und dem Testergebnis. Gefragt wurde ebenso nach anderen Aspekten des Lebensstils wie z. B. Partnerschaft und Freundeskreis, Frequentierung der Schwulenszenen, Drogengebrauch, Mitgliedschaft in Aidshilfen oder Schwulengruppen.

1.2 Zusammensetzung der Stichprobe

Die Gesamtzahl der im Jahr 2003 berücksichtigten Fragebögen betrug 4.750 (835 aus Ostdeutschland und Ostberlin = 18 %; 3.840 aus Westdeutschland und Westberlin = 81 %). Dies ist die höchste Teilnehmerzahl seit Beginn der Studie. Auch

mit der siebten Befragung schwuler Männer zu Aids ist es wieder gelungen, sehr unterschiedliche Gruppen zu erreichen. Die Altersverteilung der Stichprobe stellt sich wie folgt dar: 42 % der Befragten sind unter 30, 42 % zwischen 30 und 44 und 15 % über 44.

Durch die erstmalige Nutzung des Internets konnte die bisher stärkste Beteiligung von Männern/Jugendlichen unter 23 Jahren erreicht werden (18 % aller Befragten oder 833 Personen). Das Problem, dass immer weniger unter 30-Jährige an der Befragung teilnahmen, wurde damit gelöst. Das Interesse am Thema Aids ist offenkundig auch in dieser Altersgruppe nach wie vor vorhanden; die Erreichbarkeit der jüngeren Männer scheint jedoch stark vom Medium der Erhebung abhängig zu sein.

Was den Wohnort der Befragten angeht, ist auch 2003 eine Konzentration auf Großstädte mit über 500.000 Einwohnern zu verzeichnen (48 %). Über die Internetbefragung wurde im Vergleich zu 1999 jedoch eine stärkere Beteiligung von Männern aus Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern erreicht (1999: 22 % = 649 Personen; 2003: 34 % = 1.578 Personen). Personen mit höheren Bildungsabschlüssen bilden die Mehrheit: 65 % haben einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss, lediglich 9 % einen Hauptschulabschluss. Männer mit Hauptschulabschluss und in kleineren Orten lebende Männer sind damit (wie auch in den vorangegangenen Befragungen) unterrepräsentiert. Als Gruppen sind sie in der Erhebung jedoch in einer Größenordnung vertreten, die statistische Analysen sinnvoll erscheinen lässt.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer (95 %) hat die deutsche Staatsbürgerschaft. In der relativ kleinen Gruppe der Nichtdeutschen (4 % oder 203 Personen) stammen die meisten Befragten aus Westeuropa und der Türkei. *Vor dem Hintergrund, dass Menschen ohne deutschen Pass ca. 9 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands ausmachen, ist der Anteil von Migranten unter den Teilnehmern gering. Auch die Verteilung der Migranten nach Herkunftsland spiegelt nicht die Zusammensetzung der in Deutschland am stärksten vertretenen Gruppen wider.*

1.3 Zur Lebenssituation der Befragten

Die Hälfte der Befragten lebt 2003 in einer festen Beziehung, was in etwa den Ergebnissen aller Erhebungen seit 1987 entspricht. 23 % der Männer haben neben ihrem festen Freund noch andere Sexualpartner, 27 % leben in ihrer Beziehung eher monogam. In den zwölf Monaten vor der Befragung hatten 50 % der Männer 1–5 Sexualpartner, 46 % sechs oder mehr.

Anlässlich des im Jahr 2001 in Kraft getretenen Lebenspartnerschaftsgesetzes für Schwule und Lesben wurde erhoben, ob die Befragten eine staatlich anerkannte Partnerschaft eingehen würden oder schon eingegangen sind. 2003 leben 3 % der Befragten in einer solchen Partnerschaft (6 % der fest Befreundeten), 17 %

erwägen, sie mit ihrem Freund einzugehen, und 43 % erachten dies als eine Möglichkeit für die Zukunft. Diese relativ deutliche Zustimmung zur eingetragenen Partnerschaft ist im Zusammenhang mit der seit 1987 dokumentierten starken Orientierung auf eine feste Beziehung zu sehen. 52 % der Männer würden sich am liebsten mit einem festen Freund eine gemeinsame Wohnung teilen, und 22 % möchten gerne einen festen Freund, aber getrennt wohnen. Lediglich 4 % der Befragten schließen eine feste Partnerschaft für sich aus. 16 % geben an, ihre Vorstellung von Partnerschaft und fester Beziehung sei abhängig von der jeweiligen Lebensphase, und 5 % ziehen mehrere feste (Sexual-)Partner einer Zweierbeziehung vor.

1991 wurde zum ersten Mal – und seit 1993 in jeder Befragung erneut – erhoben, ob schwule Männer im Jahr vor der Befragung Opfer von Gewalttaten waren. Der Anteil der Männer, die in den letzten zwölf Monaten „symbolische Gewalt“ erlebten (beschimpft, beleidigt oder angepöbelt wurden), ist relativ konstant geblieben, die physische Gewalt nimmt dagegen ab. Wie in früheren Erhebungen sind altersspezifische Unterschiede in der Gewalterfahrung festzustellen. Doppelt so viele Männer unter 30 Jahren gaben an, Opfer von – hauptsächlich symbolischer – Gewalt gewesen zu sein. Die einzige berichtete lebensgefährliche Verletzung betraf einen jüngeren Befragten. „Offen schwul“ lebende Befragte sind ebenso wie jene, die häufiger verschiedene Schwulenszenen besuchen, in höherem Maße von Beleidigungen und Pöbeleien betroffen.

1.4 Sex und Safer Sex

Zeitstabil seit der ersten Erhebung (1987) berichtet ungefähr ein Fünftel der Männer, dass sie in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen Analverkehr hatten. Während der Anteil der Analverkehr praktizierenden Männer sich über die Jahre kaum verändert hat, nimmt seit 1996 die Häufigkeit dieser Sexualpraktik zu. Werden alle Angaben berücksichtigt, so ergibt sich ein Anteil von 33 % aller Befragten, die häufig anal-genitalen Sex praktizieren (1996: 27 %, 1999: 32 %). Außerhalb fester Partnerschaften nimmt die Häufigkeit des Analverkehrs besonders stark zu.

Männer in einer festen Beziehung haben häufiger Sexkontakte als Männer, die keinen festen Partner haben. Auch die Häufigkeit des Analverkehrs hängt stark davon ab, ob eine feste Beziehung besteht. 47 % der Männer in festen Beziehungen hatten mehrmals im Monat oder in der Woche Analverkehr mit ihrem festen Freund, dagegen 18 % der Männer, die Sex mit Männern hatten, mit denen sie nicht fest befreundet waren.

Bei den Männern, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Analverkehr hatten, zeigt sich, dass immer weniger durchgängig Kondome verwenden. Zwar bleibt der Anteil derer, die nie ein Kondom gebrauchen, zwischen 1999 und

2003 stabil bei 10 % (1996 waren es noch 15 %), jedoch steigt der Anteil derjenigen, die nicht regelmäßig ein Kondom verwenden, von 40 % (1996) auf 49 % (2003). Die Frage, ob sie Kondome in der Tasche oder zu Hause haben, beantwortet auch 2003 die große Mehrheit der Befragten mit „ja“, obgleich der Anteil über die Jahre etwas geringer geworden ist. Innerhalb fester Beziehungen sind sexuelle Kontakte – vor allem anal-genitale – zwar häufiger als außerhalb, jedoch ist hier der Kondomgebrauch weniger habitualisiert. Wie stark er habitualisiert ist, hängt von der Dauer der festen Beziehung ab: Je länger sie besteht, desto eher wird auf das Kondom verzichtet.

Unter den Männern, die durchgehend ungeschützten Analverkehr haben, ist der Anteil derer, die sich durch ein Kondom stark beeinträchtigt fühlen, am höchsten; unter denen, die es durchgängig benutzen, ist der Anteil am niedrigsten. Dies bestätigt die Befunde aus früheren Befragungen. Ein Vergleich der Jahre 2003 und 1999 ergibt folgendes Bild: Bei den Männern ohne Risikokontakte haben sich die Aussagen zum Kondom als Störfaktor beim Analverkehr seit der letzten Befragung nicht verändert. Bei Männern mit Risikokontakten hat sich die empfundene Einschränkung beim Analverkehr durch Kondome indes verstärkt. Ein Vergleich der Jahre 1996, 1999 und 2003 hinsichtlich der Häufigkeit des Kondomgebrauchs zeigt Einbrüche vor allem beim Analverkehr mit Partnern, mit denen die Befragten nicht befreundet sind.

Seit 1996 wird die *Häufigkeit ungeschützter anal-genitaler Kontakte* mit Partnern, deren Testergebnis unbekannt oder ungleich war, erhoben. Wie in allen vorherigen Erhebungen geben auch 2003 wesentlich mehr Befragte ungeschützten Analverkehr mit Partnern an, deren Testergebnis unbekannt ist, als mit Partnern, die ein anderes Testergebnis haben als sie selbst. *Allerdings nimmt der Anteil derer zu, die Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus haben (1996: 23 %, 1999: 27 %, 2003: 29 %)*. Der Anteil der Befragten, die mindestens einmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner hatten, dessen Testergebnis anders war als das eigene, nahm im Vergleich zu 1996 und 1999 zu und ist im Jahr 2003 unverändert (1996: 3 %, 1999 und 2003: 5 %). *Betrachtet man alle Risikokontakte unabhängig vom Serostatus der Sexualpartner, so ist seit 1996 ein gewisser Rückgang der Bereitschaft zu Safer Sex erkennbar. Insgesamt hatten 1996 74,4 % in den zwölf Monaten vor der Befragung keine Risikokontakte, 1999 waren dies 71,5 %, 2003 liegt der Anteil bei 69,6 %.*

Der Anteil der Befragten mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Erhebung war bei Männern in festen Beziehungen genau so hoch wie bei Männern ohne festen Partner. Innerhalb fester Beziehungen kommen Risikokontakte (ungeschützter Analverkehr jeden Monat/jede Woche) jedoch deutlich öfter vor als außerhalb fester Beziehungen, vor allem mit Partnern mit unbekanntem Serostatus.

Beim Sex zwischen nicht fest befreundeten Männern nimmt die Risikobereitschaft stärker zu als beim Sex zwischen fest befreundeten Partnern. Dies bedeutet, dass ein wachsender Anteil der Risikokontakte außerhalb fester Beziehungen stattfindet.

Fasst man alle erhobenen Risikokontakte (unabhängig vom Partnertypus) zusammen, so zeigt sich Folgendes: Obwohl der Anteil der Befragten mit häufigeren Risikokontakten (sieben oder mehr im Jahr vor der Befragung) auf einem relativ niedrigen Niveau bleibt, ist der Prozentsatz von 1996 bis 2003 gestiegen (von 10 % auf 15 % bei Befragten mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis, von 2 % auf 3 % bei Befragten mit Partnern, die ein anderes Testergebnis haben als sie selbst). Der Anteil derer mit sporadischen Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Testergebnis stieg von 1996 (12 %) bis 1999 (15 %) um 3 %, bleibt aber seitdem relativ konstant (14 %).

Der Vergleich der Risikomanagementstrategien nach Erhebungsjahr zeigt im Jahr 2003 eine deutliche Veränderung. Die Mehrheit der Männer verfolgt nach wie vor eine Safer-Sex-Strategie, wenn auch in geringerem Umfang als in vergangenen Jahren. Die Zahl derjenigen, die keine Strategie anwenden (d. h. ihr Sexualverhalten nicht ändern, auch wenn dies ein Risiko darstellt), sowie jener, denen es besonders schwer fällt, Infektionsrisiken zu meiden, nimmt zu. 10 % der Befragten praktizieren Analverkehr ohne Ejakulation, um einer HIV-Übertragung vorzubeugen. Der Analverkehr ohne Ejakulation mit Partnern, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind, ist mit einer deutlich höheren Risikobereitschaft verbunden.

Ungeschützter Analverkehr ist im Hinblick auf die HIV-Übertragung als die risikoreichste Sexualpraktik unter homosexuellen Männern anzusehen. Als übertragungsrelevant – wenngleich weniger risikoreich – gilt ebenso die orale Aufnahme von Sperma. Zwar vermeidet die Mehrheit der Befragten diese Sexualpraktik, jedoch ist der Anteil der Männer, die Oralsex mit Aufnahme von Sperma praktizieren, seit 1996 gestiegen (1996: 19 %, 1999: 22 %, 2003: 31 %). Eine ähnliche Entwicklung ist bei der Ejakulation in den Mund des Sexualpartners zu beobachten.

1.5 Sexuell übertragbare Krankheiten (STD)

78 % der Befragten haben sich schon einmal Gedanken darüber gemacht, ob sie sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit angesteckt haben könnten (48 % in den zwölf Monaten vor der Befragung). 47 % dieser Männer haben sich deswegen ärztlich untersuchen lassen, 53 % nicht.

Seit 1996 sinkt der Anteil der Befragten mit STD, während die Verbreitung einiger STD (vor allem Gonorrhö und Syphilis) zunimmt, was zugleich auf einen Anstieg von Koinfektionen hindeutet.

Die Mehrzahl der STD-Fälle ist bei negativen und nicht getesteten Männern zu finden, obgleich das Risiko einer STD-Infektion bei Testpositiven höher ist – unabhängig von Partnerzahl, Alter, Bildungsniveau, Größe des Wohnorts und Anzahl der Risikokontakte. Dieses Ergebnis stützt die epidemiologische These, dass Männer allein aufgrund einer HIV-Infektion ein höheres STD-Risiko haben, auch wenn sie sich im Hinblick auf Sexualverhalten und soziodemographische Merkmale nicht von anderen Männern unterscheiden. Im Jahre 2003 ist die Koinzidenz von HIV und Syphilis besonders stark ausgeprägt, beachtenswert ist auch der Zusammenhang zwischen HIV und genitaler sowie rektaler Gonorrhö.

1.6 Informationsverhalten und Informationsniveau

Die Zahl der Westdeutschen (einschließlich Westberliner), die sich regelmäßig über HIV/Aids informieren, nimmt seit 1987 ab, während die Zahl derjenigen, die dies gelegentlich tun, seit 1987 zunimmt. So sinkt der Anteil der Westdeutschen, die sich 1987 zu 60 % regelmäßig informierten, auf 23 % im Erhebungsjahr 2003. Der Anteil der sich regelmäßig informierenden Ostdeutschen (einschließlich Ostberliner) nimmt zwischen 1991 und 1996 zu, bleibt jedoch immer unter dem der Westdeutschen. 1999 ist ein Rückgang des Anteils dieser Ostdeutschen zu verzeichnen – ein Trend, der sich 2003 fortsetzt.

Der Stellenwert der genutzten Informationsquellen hat sich seit 1991 kaum geändert. *Seit 1996 ist jedoch der Anteil derjenigen Befragten, welche die meistgenannten Informationsquellen nutzen, zurückgegangen – ein Ausdruck des allgemeinen Rückgangs der Inanspruchnahme von Informationen.* Um das Informationsniveau zu erfassen, wurde anhand der Wissensfragen zum Themenbereich Aids ein additiver Index gebildet. Ein Vergleich der Erhebungen von 1999 und 2003 zeigt keine wesentlichen Veränderungen; die große Mehrheit der Befragten ist gut bis sehr gut informiert.

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe erfreuen sich weiterhin eines hohen Bekanntheitsgrades. Dennoch zeigt der Vergleich der letzten drei Erhebungen einen deutlichen Rückgang des Anteils derjenigen Befragten, welche die wichtigsten Printmedien kennen.

1.7 Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests und Testergebnisse

Der Anteil der Befragten, die sich mindestens einmal einem HIV-Antikörpertest unterzogen haben, steigt seit 1987 an. Der 2003 festgestellte Rückgang der Anzahl der Getesteten ist auf den höheren Anteil von Männern aus den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen, die sich (noch) nicht testen ließen. Bei den Befragungsteilnehmern über 30 steigt der Prozentsatz der Getesteten weiter (1999: 78 %; 2003: 80 %). Die große Mehrheit der Getesteten ging aus eigener Initiative zum (ersten) Test, bei 14 % hat der feste Freund darauf hingewirkt – ein deutlich höhe-

rer Anteil als in den beiden letzten Befragungen (1996 und 1999: 5%). Bei den Gründen, die gegen einen Test angeführt werden, dominiert die Einschätzung, nicht gefährdet zu sein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Nichtgetesteten immer weniger von HIV bedroht fühlen und sich hauptsächlich deshalb nicht testen lassen. Während 1996 ungefähr die Hälfte der Befragten dies als Hauptgrund gegen den Test angab, sind es im Jahre 2003 bereits fast drei Viertel. Parallel dazu nimmt die Angst vor den Konsequenzen eines positiven Serostatus ab. Die Zuverlässigkeit des HIV-Antikörpertests sowie die Wirksamkeit der gegen HIV gerichteten Therapien werden kaum noch in Frage gestellt. Männer, für die Fragen der Anonymität oder Probleme mit der Testberatung im Vordergrund stehen, bleiben unverändert eine kleine Minderheit.

HIV-positiv (oder erkrankt) sind 2003 12 % der getesteten Befragten (1999: 15 %, 1996: 11 %). Der hohe Anteil Testpositiver belegt die überdurchschnittliche Beteiligung infizierter und erkrankter Männer an der Befragung.

In den Erhebungen von 1993 und 1999 wurde festgestellt, dass infizierte Männer zu einem höheren Anteil ungeschützte anal-genitale Kontakte eingehen als testnegative und nicht getestete. Dieses Ergebnis wird durch die 2003 erhobenen Daten bestätigt. Vergleicht man die Ergebnisse der Befragungen von 1996, 1999 und 2003, so wird deutlich, dass der Anteil der Männer, die in den letzten zwölf Monaten Risikokontakte hatten, bei den positiv Getesteten am stärksten zunimmt. Alle drei Erhebungen zeigen, dass sich negativ sowie nicht Getestete einerseits und positiv Getestete sowie Männer mit unbekanntem Testergebnis andererseits in ihrem Risikoverhalten ähneln.

Berücksichtigt man die Serostatus-Angaben der Befragten in festen Beziehungen, so ergibt sich folgendes Bild: Fast die Hälfte der Freundespaare sind serokonkordant, bei den meisten dieser Paare sind beide Partner negativ. An zweiter Stelle (27 %) folgen Paare, bei denen nur ein Partner seinen Serostatus weiß; bei der großen Mehrheit dieser Paare ist der Partner mit bekanntem Serostatus negativ. Die drittgrößte Gruppe (19 %) besteht aus Paaren, bei denen der Serostatus beider Partner unbekannt ist. Die kleinste Gruppe (7 %) stellen Paare dar, bei denen ein Partner positiv und der andere negativ ist. Dies entspricht fast genau der Verteilung von 1999. Bei den serokonkordanten Paaren ist der Verzicht auf Kondomgebrauch am stärksten ausgeprägt. Bei diesen Paaren ist auch der Anteil der Männer, die keinen Analverkehr mit ihrem festen Freund hatten, am niedrigsten. Hingegen ist der Kondomgebrauch bei den diskordanten Paaren am häufigsten, wenngleich diese Paare in beträchtlichem Maße Infektionsrisiken eingehen. Obwohl diejenigen Paare, in denen ein Partner positiv ist und der andere einen unbekanntem Serostatus hat, am häufigsten auf Analverkehr verzichten, gehen auch in dieser Gruppe 31 % der Befragten in beträchtlichem Maße Infektionsrisiken ein.

1.8 Kombinationstherapien

Die seit 1996 eingesetzten Kombinationstherapien stellen einen entscheidenden Fortschritt in der Behandlung der HIV-Infektion dar, vermögen sie doch den Ausbruch des Aidsvollbildes zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Angesichts der Therapieerfolge hat die Frage, inwieweit sich die Verfügbarkeit wirksamer Medikamente auf das präventive Verhalten auswirken, Anlass zu vielerlei Spekulationen gegeben. 1999 wurde deshalb erstmals eine Reihe von Fragen zum Informationsstand in Sachen Kombinationstherapien gestellt.

Auch im Jahre 2003 stimmt das Informationsniveau zu Kombinationstherapien weitgehend mit dem zu Aids überein. Das heißt, dass diejenigen Gruppen, deren Informationen zu Aids lückenhaft sind, auch über die Kombinationstherapien am schlechtesten informiert sind.

Die Mehrheit der Männer ist über die Kombinationstherapien allerdings gut informiert. 83 % aller Befragten lehnen die Aussage ab, dass behandelte Menschen mit HIV/Aids das Virus nicht mehr übertragen, ebenso viele (83 %) lehnen die Aussage ab, Aids könne mit den Kombinationstherapien endgültig geheilt werden (nur 4 % stimmen dieser Aussage zu). Andererseits stimmen 73 % aller Befragten der Aussage zu, dass Menschen mit HIV/Aids dank der Kombinationstherapien länger leben. Dies bedeutet, dass die große Mehrheit der Befragten den therapeutischen Wert der Kombinationstherapien sieht, ohne die Grenzen ihrer Wirksamkeit zu verkennen.

Der hohe Informationsstand bei der Mehrheit der Befragten hat Auswirkungen auf die Wahrnehmung der eigenen Gefährdung durch Aids. Nur 6 % der negativ und 7 % der nicht Getesteten geben an, dass sie aufgrund der Kombinationstherapien weniger Angst vor einer Ansteckung mit HIV haben, bei der großen Mehrheit beider Gruppen ist das nicht der Fall. Auch viele positiv Getestete (59 %) haben auf diese Frage geantwortet, und auch hier stimmen lediglich 6 % der o.g. Aussage zu.

Lediglich die Hälfte aller HIV-positiven Befragten sieht in den neuen Therapiemöglichkeiten einen Anlass zu geringerer Sorge, die andere Hälfte lehnt diese Aussage ab. Unter Infizierten und Erkrankten ist demzufolge das Vertrauen in die Kombinationstherapien keineswegs groß. Dies gilt ebenso für negativ und nicht Getestete, die diese Frage beantwortet und sich dabei in die Situation von Infizierten und Erkrankten hineinversetzt haben.

Die Skepsis gegenüber einer Senkung des Übertragungsrisikos durch die Kombinationstherapien führt dazu, dass lediglich 7 % aller Befragten angeben, sich heute weniger zu schützen als früher. Von den negativ Getesteten sind dies 5 %, von den nicht Getesteten 6 %; bei den positiv Getesteten (25 %) und Männern mit unbekanntem Testergebnis (12 %) sind diese Anteile deutlich höher.

Dem bekundeten Festhalten an Schutzmaßnahmen gegen HIV steht eine gewisse Skepsis im Hinblick auf das präventive Verhalten anderer homosexueller

Männer gegenüber. 56 % aller Befragten gehen davon aus, dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher. Diese Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung (Befolgung der Safer-Sex-Empfehlungen) und der Einschätzung anderer wurde schon in der Erhebung von 1999 beobachtet.

Obwohl es weder 2003 noch 1999 Anhaltspunkte für einen weit verbreiteten „Therapieoptimismus“ gibt, ist ein Zusammenhang zwischen positiver Einschätzung der Kombinationstherapien und erhöhter Risikobereitschaft festzustellen. Bei 6 % der negativ getesteten und 7 % der nicht getesteten Männer, die angeben, aufgrund der Behandlungsmöglichkeiten weniger Angst vor einer HIV-Infektion zu haben als früher, findet sich ein höherer Anteil an Männern mit mindestens einem Risikokontakt in den zwölf Monaten vor der Befragung.

Das Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) ist deutlich geringer als dasjenige zu den Kombinationstherapien. In Anspruch genommen wurde die PEP bisher nur selten, und zwar von 29 Männern (0,6 % aller Befragten; 1999: 7 Männer bzw. 0,2 %) einmal und von 11 Männern (0,2 % aller Befragten; 1999: 1 Mann) zweimal.

2003 wurden positiv getestete Männer zum ersten Mal gefragt, ob sie wegen ihrer HIV-Infektion gegenwärtig behandelt werden und wenn nicht, weshalb nicht. 67 % der Testpositiven werden mit einer Kombinationstherapie behandelt. Die 103 positiv getesteten Männer, die zurzeit nicht antiretroviral behandelt werden, geben hierfür folgende Gründe an: „Mein Arzt hat mir nicht dazu geraten“ (58 %), „Ich will keine Therapie“ (19 %) und „Ich will noch warten“ (28 %).

Von den positiv getesteten Männern, die nicht mit einer Kombinationstherapie behandelt werden, geht mit 66 % ein größerer Anteil das Risiko ein, Sexualpartner zu infizieren, als von den Männern, die antiretrovirale Medikamente einnehmen. Unter Berücksichtigung der bisherigen Studien zum Thema und der oben genannten Argumente gegen eine Behandlung ist dieses Ergebnis wahrscheinlich auf den besseren körperlichen Zustand der nicht antiretroviral behandelten Männer zurückzuführen, wobei weder die Behandlung selbst noch die Viruslast mit einer höheren Risikobereitschaft zusammenhängt, sondern das physische Wohlbefinden. Ohne klinische Indikatoren oder die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes der Befragten können Unterschiede im Risikoverhalten zwischen Behandelten und Nichtbehandelten in diesem Zusammenhang allerdings nicht interpretiert werden.

Die Angaben der positiv getesteten Befragten auf die Fragen zu den Kombinationstherapien unterscheiden sich nicht danach, ob sie in Behandlung sind oder nicht. Eine Ausnahme ist die Frage zur verbesserten Lebenserwartung, doch ist der Unterschied hier gering: 83 % der behandelten und 80 % der nicht behandelten Männer stimmen der Aussage zu, aufgrund der Kombinationstherapien eine verbesserte Lebenserwartung zu haben.

1.9 Gruppenspezifische Unterschiede

Wie bei den Auswertungen vergangener Erhebungen wurden im Hinblick auf ausgewählte präventionsrelevante Variablen gruppenspezifische Unterschiede analysiert. Im Mittelpunkt dieser Analyse standen Alter, Größe des Wohnorts, soziale Schicht und migrantenspezifische Aspekte. Die in den Erhebungen von 1991 und 1993 bei mehreren Aspekten festgestellten Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschen waren 1993 bereits schwächer als 1991, verringerten sich 1996 noch weiter und waren 1999 – bis auf wenige Ausnahmen – fast verschwunden; *auch 2003 gibt es keine bedeutenden Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschen mehr.*

Alter

Bei der Bildung der Altersgruppen (unter 21: 11 %, 21–29 Jahre: 31 %, 30–44 Jahre: 42 %, über 44: 15 %) wurden sowohl präventionsrelevante Fragen als auch die Voraussetzungen für statistisch sinnvolle Berechnungen berücksichtigt.

Die Orientierung auf eine feste Partnerschaft geht mit steigendem Alter zurück. Über 60 % der Befragten unter 21 wollen einen festen Partner und mit ihm zusammenwohnen, was nur bei 43 % der Männer in der höchsten Altersgruppe der Fall ist. Bei den über 44-Jährigen steigt dagegen der Anteil derer, die das Modell „fester Freund und getrennt wohnen“ bevorzugen. Der Anteil der Männer, die keinen festen Freund haben möchten, steigt von 3 % bei den 21- bis 29-Jährigen auf 8 % bei den über 44-Jährigen. Bei den Befragten ab 30 ist der Anteil derer, die eine Beziehung haben, etwas höher als bei den Befragten unter 30. Dagegen sind nichtmonogame Beziehungsformen bei den Männern der beiden höheren Altersgruppen häufiger anzutreffen als bei den beiden jüngeren.

Der Faktor Lebensalter bedingt einen selektiven Besuch von Treffpunkten der schwulen Subkultur. Mit zunehmendem Alter der Befragten gewinnen öffentliche Orte der Anbahnung von Sexualkontakten an Bedeutung. Der höchste Anteil an Befragten mit nur wenig Kontakt zu subkulturellen Treffpunkten ist in der jüngsten Altersgruppe zu finden. In ihr ist auch der höchste Anteil derjenigen zu verzeichnen, deren Homosexualität im sozialen Umfeld nicht oder nur teilweise akzeptiert wird und die noch bei den Eltern wohnen – zwei Faktoren, die den Besuch von Orten mit „homosexueller“ Konnotation verhindern können.

Seit Mitte der 90er Jahre wird immer wieder die Frage gestellt, ob junge Schwule sich risikoreicher verhalten als ältere, doch ist dies weder 2003 noch in den bisherigen Erhebungen belegbar. Es gibt allerdings Unterschiede hinsichtlich der Formen des Risikoverhaltens: Der Anteil der unter 30-Jährigen, die Risikokontakte mit ihrem festen Freund haben, ist wesentlich größer als bei den Männern der beiden älteren Gruppen. Mit steigendem Alter kommen Risikokontakte mit einem festen Freund seltener vor, dafür steigt aber die Bereitschaft zu Risikokontakten mit anderen Partnern.

Welche Drogen jemand konsumiert, ist stark altersabhängig. Cannabis und Poppers werden jedoch von einem beträchtlichen Anteil der Männer aller Altersgruppen konsumiert. Die im Erhebungsinstrument genannten Drogen werden am häufigsten von Männern zwischen 30 und 44 genommen – dies gilt vor allem für „Partydrogen“ wie Ecstasy, LSD und Kokain.

Die Bereitschaft, sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen, ist bei den älteren Befragten ausgeprägter als bei den jüngeren. Der Anteil der HIV-Positiven ist bei den älteren Getesteten höher als bei den jüngeren.

90 % aller Befragten sind gut bis sehr gut über HIV/Aids informiert. Unter den schlechter Informierten sind mehr Jüngere (unter 21) sowie mehr Ältere (über 44) zu finden, dagegen weniger Männer der beiden mittleren Altersgruppen, die sich hier kaum voneinander unterscheiden. Welche Informationsquellen zu HIV/Aids genutzt werden, hängt stark vom Alter der Befragten ab: Deutlich mehr Befragte unter 21 sind schlechter über die Kombinationstherapien informiert als Männer in den anderen Altersgruppen.

Altersabhängig ist ebenso das Vorkommen anderer sexuell übertragbarer Krankheiten (STD, z. B. Gonorrhö und Syphilis). Der höchste Anteil von Männern mit STD ist in den beiden mittleren Altersgruppen, vor allem bei Männern zwischen 30 und 44 zu finden.

Größe des Wohnorts

Die Größe des Wohnorts bestimmt in hohem Maße verschiedene Aspekte der Lebenssituation der Befragten. Vielfältige Optionen und die Möglichkeit, anonym zu leben, bieten am ehesten Großstädte mit mehr als 100.000 und vor allem mit mehr als 500.000 Einwohnern. Das ist auch der Grund, weshalb viele homosexuelle Männer in Großstädte ziehen: Die subkulturelle Infrastruktur ist besser entwickelt, es gibt mehr Möglichkeiten, Männer kennen zu lernen und seine Sexualität freier auszuleben. Aufgrund der höheren Bevölkerungsdichte sind dort allerdings auch die Bedingungen für die Ausbreitung (sexuell) übertragbarer Krankheiten „günstiger“.

Zwischen bestimmten Merkmalen und der Größe des Wohnorts ist ein deutlicher linearer Zusammenhang festzustellen, das heißt: Je größer bzw. kleiner der Wohnort, umso ausgeprägter das Merkmal. So ist bei den Befragten aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern der Anteil der Männer, deren Homosexualität von ihrem näheren Umfeld abgelehnt wird, dreimal so hoch wie bei den Männern aus Millionenstädten. Dementsprechend ist die in kleineren Orten erlebte Akzeptanz durch das soziale Umfeld geringer. Was die Familie angeht, ist eine ähnliche, wenngleich weniger deutliche Tendenz festzustellen. Dass mit der Größe des Wohnorts auch das Ausmaß der sozialen Integration bzw. Isolation zusammenhängt, ist den Angaben zur Zusammensetzung des Freundeskreises zu entneh-

men: Im Vergleich zu den Männern aus Millionenstädten geben doppelt so viele Männer aus kleinen Orten an, keinen engeren Freundeskreis zu haben.

Der Informationsstand zu HIV/Aids ist bei Männern aus kleineren Orten niedriger und deutlich niedriger, was die Kombinationstherapien angeht. Der Stellenwert der Informationsquellen unterscheidet sich ebenfalls je nach Wohnortgröße, wenngleich er bei vielen Quellen auch altersabhängig sein dürfte.

HIV-Risikokontakte kommen bei Männern aus größeren Orten etwas häufiger vor. Das Vorkommen sexuell übertragbarer Krankheiten ist bei Männern aus den Millionenstädten fast dreimal so hoch wie bei Männern aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern. Männer aus größeren Orten haben im Jahr mehr Sexualpartner als Männer aus kleineren Orten. Aufgrund des höheren HIV-Infektionsrisikos lassen sich mehr Männer aus größeren Orten auf HIV-Antikörper testen, und unter diesen Befragten gibt es auch mehr positiv Getestete.

Die in größeren Orten lebenden Befragten besuchen häufiger Treffpunkte der schwulen Subkultur als diejenigen aus kleineren Orten, da Einrichtungen von Schwulen für Schwule in Großstädten zahlreicher oder auch nur dort vorhanden sind. Öffentliche Orte zur Anbahnung von Sexualkontakten gibt es dagegen auch in kleineren Städten; ihre Inanspruchnahme hängt daher nicht von der Wohnortgröße ab.

Soziale Schicht

Auch 2003 wurden unter Verwendung der Angaben zu Bildungsabschlüssen und beruflicher Stellung drei Gruppen gebildet: Männer mit Hauptschulabschluss und ohne Berufsausbildung, Männer mit Facharbeiterqualifikationen und vergleichbaren anderen („mittleren“) Ausbildungsabschlüssen, Männer mit Hochschul- und Fachhochschulabschluss (einschließlich Studenten). Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung werden Männer der ersten Gruppe als „Unterschichtsmänner“, die der zweiten Gruppe als „Männer der unteren Mittelschicht“ und die der dritten Gruppe als „Mittelschichtsmänner“ bezeichnet. Die Verteilung nach Schichtzuordnung – Unterschicht: 4 %, untere Mittelschicht: 22 %, Mittelschicht: 71 % – dokumentiert erneut den starken Mittelschichtsbias der Erhebungen.

Deutliche schichtspezifische Unterschiede sind bei der Definition der eigenen sexuellen Orientierung festzustellen. Die Bezeichnungen „bisexuell“ und „homosexuell“ werden eher von Unterschichtsmännern verwendet, während sich Mittelschichtsmänner eher als „schwul“ bezeichnen. Obwohl der Anteil derer, die zur Zeit der Erhebung eine Beziehung mit einer Frau hatten, bei Männern aus der Unterschicht nicht höher ist als bei Männern aus der Mittelschicht, geben mehr Unterschichtsmänner für die zwölf Monate vor der Befragung an, dass sie Sexualkontakte mit Frauen hatten.

Die Befragung von 2003 dokumentiert erneut, dass homosexuelle Männer in den unteren Sozialschichten stärker abgelehnt werden oder stärker Stigmatisierung befürchten als in der Mittelschicht. Als Folge einer stärkeren sozialen Isolierung geben 15 % der Unterschichtsmänner (3 % der Mittelschichtsmänner) an, keinen engeren Freundeskreis zu haben.

Was die Nutzung subkultureller Orte angeht, so zeigt sich, dass doppelt so viele Mittelschichtsmänner Cafés, Infoläden, Bars, Discos, Clubs und Sportstudios besuchen wie Unterschichtsmänner. Bei den öffentlichen Orten der Anbahnung von Sexualkontakten (z. B. Parks, öffentliche Toiletten) sind dagegen Unterschichtsmänner stärker vertreten. Der häufige Besuch von Lederlokalen scheint jedoch nicht von der Schichtzugehörigkeit abzuhängen.

Obwohl auch Unterschichtsmänner mehrheitlich gut über HIV/Aids informiert sind, ist hier der Anteil der sehr gut Informierten wesentlich niedriger und der Anteil der schlecht Informierten wesentlich höher als bei den Männern aus der Mittelschicht. Ein deutlicher schichtspezifischer Unterschied zeigt sich ebenso beim Informationsstand zu den Kombinationstherapien: 80 % der Mittelschichtsmänner sind über die Möglichkeiten der Behandlung von HIV/Aids gut informiert, dagegen nur die Hälfte der Männer aus der Unterschicht. Auch welche Informationsquellen bevorzugt genutzt werden, ist je nach Schichtzugehörigkeit unterschiedlich.

Sieht man zunächst von präventiven Vorkehrungen ab und analysiert nur die allgemeine HIV-Gefährdung (Anzahl der Sexualpartner, Analverkehr), so zeigt sich, dass diese bei den Männern der unteren Schichten etwas geringer ist als bei den Mittelschichtsmännern.

Dennoch haben Männer aus der Unterschicht häufiger Risikokontakte mit Partnern, deren Testergebnis unbekannt oder anders als ihr eigenes ist.

Safer-Sex-Strategien werden von der Mehrheit der Befragten aller sozialen Schichten angewandt, selektive Strategien (Anzahl der Sexualpartner verringern, bestimmte Treffpunkte meiden, auf das Aussehen der Sexualpartner achten) sind jedoch häufiger bei Unterschichtsmännern. Der Anteil der Befragten mit häufigeren Risikokontakten ist bei Männern aus der Unterschicht höher, sei es, weil sie diese in Kauf nehmen oder weil es ihnen schwer fällt, sich an die Safer-Sex-Empfehlungen zu halten.

Die Erhebung von 2003 bestätigt die Ergebnisse der vorangegangenen Befragungen, die eine besondere HIV- und Aids-Gefährdung bei Männern der unteren Schichten dokumentieren. Die Testbereitschaft ist bei allen drei Schichtgruppen nahezu gleich, aber der Anteil der positiv Getesteten – 19 % der Unterschichtsmänner, 14 % der Männer aus der unteren Mittelschicht und 11 % der Mittelschichtsmänner – ist bei den Unterschichtsmännern am höchsten. Das Vorkommen anderer sexuell übertragbarer Krankheiten (STD) in den zwölf Monaten vor der Befragung unterscheidet sich nicht nach der Schichtzugehörigkeit der Befragten.

Migrantenspezifische Aspekte

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (95 %) hat die deutsche Staatsbürgerschaft, 4 % (203 Personen) haben eine andere Nationalität. Die nichtdeutschen Befragten kommen aus 38 Ländern. Anhand der Staatsangehörigkeit der Befragten wurden drei Gruppen gebildet: deutsche Staatsbürger (95 %), Männer aus Ländern, in denen Homosexualität ähnlich akzeptiert und gelebt wird wie in Deutschland (z. B. Frankreich, Großbritannien, Niederlande), und Männer aus Ländern, in denen andere Bedingungen herrschen (z. B. Türkei und arabische Länder). Die Vergleichbarkeit mit Deutschland wurde vor allem daran gemessen, ob ähnliche subkulturelle Gesellungsformen, eine etablierte Schwulenbewegung und Regelungen für schwule Partnerschaften vorhanden sind. Damit war die Annahme verbunden, dass vor allem Männer aus Kulturen, in denen Homosexualität anders gelebt wird, größere Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Umsetzung von Präventionsbotschaften haben.

Die soziodemographischen Merkmale in beiden nichtdeutschen Gruppen deuten auf unterschiedliche Migrationshintergründe hin. Während Männer aus vergleichbaren Ländern überproportional der Mittelschicht angehören, kommen Männer aus Ländern mit anderen Lebensbedingungen häufiger aus der Unterschicht. Erstere stammen überwiegend aus Westeuropa und sind freiwillig und erst als Erwachsene nach Deutschland gekommen (z. B. aus beruflichen Gründen). Die Nationalitäten der Männer aus anderen Ländern lassen vermuten, dass viele von ihnen wegen politischer Repressionen, ökonomischer Krisen und Krieg ausgewandert sind. In dieser Gruppe befinden sich außerdem Männer aus Herkunftsländern der früheren „Gastarbeiter“; sie stammen eher aus der Arbeiterschicht und sind aus ökonomischen Gründen nach Deutschland gekommen.

Zwei Drittel der deutschen Befragten und der Befragten aus vergleichbaren Ländern (68 % beider Gruppen) definieren sich als „schwul“, was bei den Männern aus Ländern mit anderen Bedingungen nur zu 46 % der Fall ist; sie bezeichnen sich eher als „homosexuell“ oder „bisexuell“. Obwohl der Anteil derer, die eine feste Beziehung mit einer Frau haben, bei den nichtdeutschen und deutschen Befragten gleich ist, hatten mehr Befragte aus anderen Ländern (39 %) und vergleichbaren Ländern (33 %) in den zwölf Monaten vor der Erhebung Sex mit einer Frau (deutsche Männer: 20 %).

Der Anteil der Männer, deren Homosexualität im sozialen Umfeld und in der Familie nicht akzeptiert wird, ist bei den Befragten aus nicht vergleichbaren Ländern wesentlich höher als bei denen der beiden anderen Gruppen. Was den Besuch von Orten der schwulen Subkultur angeht, waren zwischen den drei Gruppen keine relevanten Unterschiede festzustellen.

Der Informationsstand zu HIV/Aids ist bei deutschen Befragten und den Befragten aus nicht vergleichbaren Ländern gleich hoch, nicht aber der Stand der Kennt-

nisse zu den Kombinationstherapien: Hier ist bei den Letztgenannten ein größerer Informationsbedarf festzustellen. Je nach Herkunft bevorzugen die Männer unterschiedliche Informationsquellen.

Ungefähr die Hälfte aller Männer der drei Ländergruppen hatte zur Zeit der Befragung eine feste Beziehung mit einem Mann. Die Männer nichtdeutscher Herkunft, und hier vor allem jene aus den nicht vergleichbaren Ländern, hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung jedoch mehr Sexualpartner als die deutschen Männer.

Männer aus den nicht vergleichbaren Ländern hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung häufiger Analverkehr – auch ungeschützt im Hinblick auf HIV – und (unabhängig vom Serostatus des Sexualpartners) häufiger Risikokontakte als die Männer der beiden anderen Gruppen. Der Anteil der Befragten, denen es besonders schwer fällt, Übertragungsrisiken zu vermeiden, ist bei den Männern aus den nicht vergleichbaren Ländern höher. Entsprechend geringer ist in dieser Gruppe der Anteil der Männer, die Safer Sex praktizieren.

Männer nichtdeutscher Herkunft waren in den zwölf Monaten vor der Befragung stärker von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) betroffen als deutsche Männer.

Der Anteil derer, die sich nicht auf HIV-Antikörper testen ließen, ist bei den deutschen Befragten höher als bei den nichtdeutschen. In der Gruppe der Getesteten ist die HIV-Prävalenz bei den Nichtdeutschen höher als bei den Deutschen und fast doppelt so hoch bei den Männern aus den nicht vergleichbaren Ländern.

1.10 Faktoren, die das Eingehen von HIV-Risikokontakten beeinflussen

In der Analyse wurden mehrere Faktoren identifiziert, die mit Risikokontakten verbunden sind. Ein HIV-Infektionsrisiko gehen eher jene Männer ein, die

- » das Kondom als Störfaktor bei anal-genitalen Kontakten empfinden,
- » entweder eine selektive Risikomanagementstrategie (Verringerung der Anzahl der Sexualpartner, Meiden bestimmter Treffpunkte, Auswahl der Sexualpartner nach ihrem Aussehen) verfolgen, besondere Probleme bei der Einhaltung von Schutzstrategien haben oder solche nicht befolgen,
- » ungeschützten Analverkehr ohne Ejakulation („dipping“) mit Partnern praktizieren, mit denen sie keine feste Beziehung haben,
- » eine höhere Anzahl an Sexualpartnern haben,
- » Partydrogen, Cannabis oder Poppers konsumieren,
- » nicht testpositiv sind und aufgrund der positiven Wirkung der Kombinationstherapien weniger Angst vor einer HIV-Übertragung haben („Therapieoptimismus“),
- » testpositiv sind oder ihr Testergebnis nicht kennen,

- » in größeren Städten wohnen,
- » nicht der Mittelschicht angehören,
- » aus einem Land stammen, in dem Homosexualität eine wesentlich geringere Akzeptanz erfährt als in Deutschland oder in Westeuropa/Skandinavien.

Wie bereits in den entsprechenden Kapiteln diskutiert, sind einzelne Faktoren miteinander verbunden; so haben Männer aus Großstädten z. B. auch mehr Sexualpartner. Mit Hilfe der Regressionsanalyse lassen sich die als statistisch relevant ermittelten Faktoren in drei Gruppen zusammenfassen. Die erste Gruppe umfasst die Faktoren, die besonders stark mit dem Eingehen eines Risikos assoziiert sind, nämlich sechs oder mehr Sexualpartner im Jahr sowie ungeschützter Analverkehr ohne Ejakulation („dipping“) mit Partnern, mit denen die Befragten nicht fest befreundet sind. An zweiter Stelle stehen folgende Faktoren: 1–5 Sexualpartner im Jahr, besondere Probleme bei der Einhaltung von Schutzstrategien oder das Nichtvorhandensein einer Schutzstrategie. Die dritte Gruppe schließlich umfasst: Kondome als Störfaktor beim Sex, eine nur selektive Risikomanagementstrategie, Konsum von Partydrogen oder Poppers, weniger Angst vor einer HIV-Übertragung bei Männern ohne ein positives Testergebnis aufgrund der positiven Wirkung der Kombinationstherapien, Zugehörigkeit zur Unterschicht. Nicht im Regressionsergebnis kommen folgende Faktoren vor: eine partnerbezogene Risikomanagementstrategie, Konsum von Cannabis, Serostatus, Größe des Wohnorts und Herkunftsland. Verschiedene Tests zeigen jedoch, dass sich das Eingehen von Risiken durch die oben genannte Variablenzusammenstellung bei vielen Männern nicht vorhersagen lässt. Dies ist mit großer Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass andere wichtige Faktoren fehlen und dass dieses relativ einfache Verfahren das komplexe Zusammenspiel der Variablen nicht erfassen kann.

2. Schlussfolgerungen für die Prävention

Mit dieser Erhebung wurden vor allem Männer erreicht, die Orte schwuler Geselligkeit frequentieren und sexuell besonders aktiv sind. Die Stichprobe ist deshalb für homosexuell lebende Männer in Deutschland nicht repräsentativ, vermag jedoch wichtige Aspekte der Lebenssituation und des Sexualverhaltens jener Gruppen von schwulen Männern abzubilden, die einerseits von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten besonders betroffen sind, andererseits einen bedeutenden Beitrag zur Bildung und Verbreitung von Normen in der Subkultur leisten. Die Ergebnisse dieser Studie sind deshalb für die Präventionsarbeit in Schwulenszenen von besonderer Relevanz.

Im Gegensatz zu anderen Ländern, in denen ein stärkerer Rückgang des Schutzverhaltens zu beobachten ist, nimmt die Risikobereitschaft in Deutsch-

land nur langsam und ohne dramatische Schübe zu. Dies legt nahe, dass es hierfür keine einzelne isolierbare Ursache oder Ursachengruppe gibt, sondern dass es sich um einen komplexen, sozial und historisch bedingten Prozess handelt, der in Deutschland unter dem Stichwort „Normalisierung“ diskutiert wird, wobei häufig zwischen dem „alten Aids“ und dem „neuen Aids“ unterschieden wird (vgl. Dannecker 2000, 2002). Nach Rosenbrock u. a. (2002) ist Normalisierung ein allmählicher, durch viele Ursachen bewirkter Prozess, der sich unter anderem an Änderungen im Verhalten der von HIV/Aids am stärksten betroffenen Gruppen erkennen lässt. Mit „Normalisierung“ ist vor allem gemeint, dass die Gesellschaft die besonderen Maßnahmen zur Eindämmung von HIV/Aids in die Routineverfahren der Problemlösung integriert. Normalisierung bedeutet auch, dass gegen die Krankheit gerichtete medizinische Interventionen wieder an Bedeutung gewinnen und HIV/Aids in der Risikohierarchie zurückgestuft wird. Die Ergebnisse dieser Erhebung stützen die These (vor allem unter Berücksichtigung der Trends seit 1996), dass die Änderungen im Verhalten schwuler Männer im Hinblick auf HIV/Aids vor allem auf einen Normalisierungsprozess zurückzuführen sind.

Im Jahr 1996 standen die ersten Kombinationstherapien zur Verfügung, wodurch eine neue Ära der medikamentösen Behandlung von HIV/Aids eingeleitet wurde. Die schwulen Männer sind aber auch über die Grenzen dieser Behandlungsmöglichkeiten gut informiert, weshalb sich der „Therapieoptimismus“ in Grenzen hält. Die gesellschaftliche und auch persönliche Bedeutung der Krankheit hat sich grundsätzlich geändert, seit die HIV-Infektion behandelbar ist. Ein solcher historischer Effekt lässt sich weniger durch die Messung einzelner Variablen, sondern eher durch längerfristige Beobachtung mehrerer Trends erfassen.

Während der Informationsstand zu HIV/Aids und zu den Kombinationstherapien bei den Befragten unverändert hoch ist, nimmt die Inanspruchnahme verschiedener Informationsquellen ab. Dass die meisten derer, die sich nicht (mehr) informieren, dennoch angeben, ausreichend informiert zu sein, deutet auf ein dauerhaftes, wenn auch abnehmendes Interesse an HIV/Aids hin. Das Thema ist für schwule Männer zwar nach wie vor relevant, hat aber an Brisanz verloren, so dass im Informationsverhalten zunehmend andere Prioritäten gesetzt werden – eine Entwicklung, die im Zuge des Normalisierungsprozesses zu erwarten war.

Die Bereitschaft, sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen, steigt seit 1987 und ist 2003 bei 80 % der Männer über 29 festzustellen. Die Männer, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung am höchsten ist, lassen sich auch eher testen – dabei ist in Deutschland nie eine bundesweite Testkampagne durchgeführt worden. Dass die große Mehrheit der Befragten, und hier vor allem Männer mit ausgeprägtem Risikoverhalten, sich dem HIV-Antikörpertest unterzieht, widerlegt die Behauptung, schwule Männer seien gegenüber dem HIV-Risiko nachlässig geworden. Vielmehr haben die besonders gefährdeten Gruppen

den Test zur Norm gemacht – auch dies ein Zeichen eines Normalisierungsprozesses.

Der Anteil der Männer, die in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen einzigen Risikokontakt hatten, liegt im Jahre 2003 noch bei 70 % – das sind nur vier Prozentpunkte weniger als vor sieben Jahren. Obwohl inzwischen bereits drei Generationen von schwulen Männern mit der Realität der HIV-Krankheit leben, werden nach wie vor – auch von den jüngeren Männern – relativ konsequent Schutzvorkehrungen getroffen. Diese Stabilität im Schutzverhalten ist ein weiteres Zeichen dafür, dass schwule Männer die Bedrohung durch HIV/Aids nach wie vor ernst nehmen. Die Risikobereitschaft nimmt jedoch langsam zu, vor allem bei Männern, welche (vielleicht seit je) die meisten Probleme mit Safer Sex haben und Kondome als Störfaktor beim Sex erleben – ein seit 1996 zu beobachtender Trend trotz der starken Habitualisierung des Kondomgebrauchs bei schwulen Männern. Und auch der Anteil derjenigen Männer, die keine Risikomanagementstrategie anwenden, steigt an. Diese Entwicklungen sind ebenfalls einem Normalisierungsprozess geschuldet: Bereits vorhandene Probleme mit der konsequenten Anwendung von Schutzmaßnahmen verstärken sich, wenn die Gefahr (aufgrund wirksamer Therapien) geringer wird. „Normal“ ist dann das, was man in Sachen Sex (wieder) gerne tun würde. In diesem Sinne ist die steigende Bereitschaft zur oralen Aufnahme von Sperma oder zum ungeschützten Sex mit Partnern, mit denen man keine feste Beziehung hat, Ausdruck von (Rückkehr zur) Normalität.

Alternative Erklärungen wären, dass sich der Lebensstil schwuler Männer geändert habe, dass es Informationsdefizite gebe, dass sich neue risikofördernde Einstellungen oder Verhaltensweisen herausgebildet hätten oder neue Gefährdetengruppen entstanden seien. Bei den Befragten ist jedoch festzustellen, dass sich seit 1991 nur wenige Aspekte ihrer Lebenssituation geändert haben; Einstellungen zur Partnerschaft, die Formen des Zusammenlebens, die Anzahl der Sexualpartner und die Verbreitung der einzelnen Sexualpraktiken (einschließlich Analverkehr) erweisen sich als relativ zeitstabil. Die gesellschaftliche Akzeptanz der Homosexualität ist jedoch gestiegen, was sich in den seit 1987 gesammelten Daten widerspiegelt. Für einen Informationsmangel mit Auswirkungen auf die Risikobereitschaft gibt es keine Anhaltspunkte. Es gibt auch keinen anderen Faktor (z. B. Therapieoptimismus, „Dipping“ oder „Barebacking“), der allein diese Entwicklung erklären könnte, und auch die gruppenspezifischen Unterschiede (nach Alter, Größe des Wohnorts, sozialer Schicht) erklären nicht die seit 1996 dokumentierten Tendenzen, da sie bereits vorher zu beobachten waren.

Die große Herausforderung für die HIV-Prävention bei schwulen Männern besteht darin, den negativen Wirkungen des Normalisierungsprozesses zu begegnen – die Suche nach einfachen Erklärungen (z. B. „Dipping“) würde dem komple-

xen Geschehen nicht gerecht. Besonders schwierig bei der Weiterentwicklung der Prävention ist es, erreichbare Ziele zu setzen. Zwar gilt weiterhin, dass ein hohes Informationsniveau zu HIV/Aids eine wichtige Voraussetzung für ein konsequentes präventives Verhalten ist und dass man Informationsangebote für alle homosexuell aktiven Männer braucht, um dieses Niveau zu erreichen. Jedoch ist ungewiss, inwieweit in Zeiten der Normalisierung von HIV/Aids eine weitere Zunahme der Risikobereitschaft verhindert werden kann. Aufgrund der bisher so erfolgreichen Aufklärungsarbeit in Deutschland darf davon ausgegangen werden, dass es weiterhin möglich ist, das Sexualverhalten schwuler Männer durch zielgruppenspezifische Interventionen zu beeinflussen. Dabei wäre es verfehlt, dem Normalisierungsprozess entgegenzusteuern; vielmehr sind die neuen Bedingungen zum Ausgangspunkt für Angebote zu machen, die den Männern helfen, das nunmehr „normale“ HIV-Risiko so in ihr Sexualleben zu integrieren, dass es so selten wie möglich zu Risikosituationen und damit zu HIV-Infektionen kommt (vgl. Kippax/Race 2003).

Die Weiterentwicklung der Prävention in diesem Sinne erfordert Innovationsbereitschaft und natürlich die Bereitstellung entsprechender Ressourcen. Die seit einigen Jahren auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene vorgenommenen Mittelkürzungen lassen jedoch befürchten, dass die Zuwendungen nicht ausreichen werden, um neue Strategien zu entwickeln.

Wie alle vorangegangenen Erhebungen dokumentiert auch die von 2003 gruppenspezifische Unterschiede aufgrund bestimmter soziodemographischer Faktoren und Merkmale der Lebenssituation, welche bei der Weiterentwicklung der Prävention berücksichtigt werden müssen:

- » Obwohl jüngere Männer nicht stärker von HIV/Aids bedroht sind als andere Altersgruppen, sind für diese Zielgruppe kontinuierliche, speziell auf sie zugeschnittene Informationsangebote notwendig, um ihr Informationsniveau zu verbessern. Nur so ist auch für zukünftige Generationen zu gewährleisten, dass das Schutzverhalten im Sinne einer nachhaltig wirkenden Norm verinnerlicht wird.
- » Männer der unteren sozialen Schichten sowie bestimmte Migrantengruppen sind einem höheren Übertragungsrisiko ausgesetzt. Migranten sind zwar eine sehr heterogene Gruppe und stellen daher auch keine Zielgruppe im engeren Sinne dar (vgl. VIA Berlin/Brandenburg 2000). Die Ergebnisse dieser Befragung legen jedoch nahe, dass Männer aus Ländern, in denen die Homosexualität wenig oder überhaupt nicht akzeptiert wird, wahrscheinlich besonders gefährdet sind.
- » Männer mit einer hohen Zahl von Sexualpartnern setzen sich häufiger Übertragungsrisiken aus und sind daher weiterhin als eine wichtige Zielgruppe der Präventionsarbeit anzusehen.

- » In bestimmten Szenen, vor allem in der Club- oder Partyszene sowie der Lederzene, besteht nach wie vor ein besonders hoher Bedarf an Angeboten zur Förderung und Stabilisierung des Schutzverhaltens.
- » Positiv Getestete sind in den Zeiten der Normalisierung von HIV/Aids vor allem von den medizinischen Entwicklungen direkt betroffen. Auch die neuen Epidemien sexuell übertragbarer Krankheiten stellen ein besonders großes Problem für sie dar. Aus diesen Gründen muss an spezifischen Interventionen gearbeitet werden, welche die Bedürfnisse dieser Zielgruppe berücksichtigen.
- » Die Situation von Männern in festen Beziehungen benötigt weiterhin eine besondere Aufmerksamkeit in der Prävention. Obwohl der Anteil derer mit Risikokontakten bei diesen Männern nicht höher ist als bei den anderen Befragten, ist die Risikoexposition in festen Partnerschaften höher, da hier häufiger Analverkehr praktiziert wird und vor allem in länger andauernden Beziehungen häufiger auf das Kondom verzichtet wird. Viele Männer in festen Beziehungen lassen sich testen, um festzustellen, ob Serostatus-Konkordanz besteht; die Befolgung solcher Strategien, die an die Besonderheiten fester Beziehungen angepasst sind, sollte weiter gefördert werden. Außerdem sollte in diesem Zusammenhang der Situation serostatusdiskordanter Paare besonderes Augenmerk gelten.

X. Literatur

Adam/Hauet/Caron 2001

Adam, P./Hauet, E./Caron, C.: Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000. Paris: ANRS 2001

Bochow 1994

Bochow, M.: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS – Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Köln. AIDS-FORUM DAH, Bd. 16. Berlin: DAH 1994

Bochow 1997a

Bochow, M.: Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. AIDS-FORUM DAH, Bd. 26. Berlin: DAH 1997

Bochow 1997b

Bochow, M.: Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. AIDS-FORUM DAH, Bd. 31. Berlin: DAH 1997

Bochow 2000a

Bochow, M.: Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Berlin: Edition Sigma 2000

Bochow 2000b

Bochow, M.: Socio-economic status and HIV prevalence among gay men in Germany. In: Moatti, J.-P. u. a. (Hg.): *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*. London und New York: Routledge 2000, S. 92–102

Bochow 2001

Bochow, M.: Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. Neue Entwicklungen. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Köln. AIDS-FORUM DAH, Bd. 40. Berlin: DAH 2001

Bochow 2002

Bochow, M.: Sozialwissenschaftliche Aspekte der XIV. Internationalen AIDS-Konferenz in Barcelona, 7.–12. Juli 2002. *AIDS-Infothek*, Beilage zur *AIDS-Forschung Schweiz* 2002

Bochow u. a. 1994

Bochow, M. u. a.: Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. In: *AIDS Care*, 6(5), 1994, S. 533–549

Bochow u. a. 2003

Bochow, M./Jaufret-Roustide, M./Michel, A./Schiltz, M.-A.: Les évolutions de comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985–2000). In: Broqua, C./Lert, F./Souteyrand, Y.: *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS – Collection sciences sociales et sida 2003

Bochow/Marbach 2003

Bochow, M./Marbach, R. (Hg.): Homosexualität und Islam. Koran – islamische Länder – Situation in Deutschland. Hamburg: Männerschwarm-Skript Verlag 2003

BZgA 2002

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: BZgA 2002

Dannecker 1990

Dannecker, M.: Homosexuelle Männer und AIDS. Eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil. Stuttgart, Berlin und Köln: Verlag W. Kohlhammer 1990

Dannecker 1996

Dannecker, M.: Probleme der männlichen homosexuellen Entwicklung. In: Sigusch, V. (Hg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag 1996, S. 77–91

Dannecker 2000

Dannecker, M.: Wider die Verleugnung sexueller Wünsche. In: *AIDS Infothek*, 12(1), S. 4–10

Dannecker 2002

Dannecker, M.: Erosion der HIV-Prävention. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, 15(1), S. 58–64

Dannecker/Reiche 1974

Dannecker, M./Reiche, R.: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag 1974

Davies u. a. 1993

Davies, P. u. a.: Sex, Gay Men and AIDS. London: The Falmer Press 1993

Geißler 1992

Geißler, R.: Die Sozialstruktur Deutschlands. Opladen: Westdeutscher Verlag 1992

Keet u. a. 1992

Keet, I.P./Albrecht van Lent, N./Sandfort, T.-G./Coutinho, R.A./van Griensven, G.J.: Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men. In: *AIDS*, 6(2), S.223–226

Kippax/Race 2003

Kippax, S./Race, K.: Sustaining safe practice: Twenty years on. In: *Social Science & Medicine*, 57, 2003, S.1–12

Mazaud/McCormick 2001

Mazaud, P./McCormick, D.: Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. In: *British Medical Bulletin*, 58, S.129–153

Mielck (Hg.) 1994

Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit – Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske und Budrich 1994

Prestage/Hood 1994

Prestage, G./Hood, D.: Targeting Non-Gay Attached Homosexually-Active Working Class Men. A Report on Various Research Projects. Sydney: National Centre for HIV Social Research 1994

Rawstorne u. a. 2002

Rawstorne, P./Prestage, G./Song, A./Crawford, J./Grulich, A./Kippax, S.: Use of antiretroviral therapy and better self-reported health predict risky sex among HIV positive gay men. XIV International AIDS Conference, MoPeC3452

RKI 2003

Robert Koch-Institut: Halbjahresbericht I/2003, Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B. Berlin: RKI 2003

Rosenbrock/Wright (Hg.) 2000

Rosenbrock, R./Wright, M.T. (Hg.): Partnership and Pragmatism: Germany's Response to AIDS. Prevention and Care. Social Aspects of AIDS. London/New York: Taylor & Francis 2000

Rosenbrock u. a. 2002

Rosenbrock, R. u. a.: Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Berlin: Edition Sigma 2002

Schiltz 1998

Schiltz, M.-A.: Les homosexuels face au SIDA: Enquête 1995. Regards sur une décennie d'enquêtes. Paris: CAMS/CERMES 1998

Schiltz/Adam 1995

Schiltz, M.-A./Adam, P.: Les homosexuels face au SIDA: Enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH. Paris: CAMS/CERMES 1995

Starke 1994

Starke, K.: Schwuler Osten – Homosexuelle Männer in der DDR. Mit einer Einleitung von Bert Thinius und einem Interview mit Eduard Stapel. Berlin: Ch. Links Verlag 1994

Stümke 1998

Stümke, H.-G.: Älter werden wir umsonst. Schwules Leben jenseits der Dreißig. Berlin: Verlag Rosa Winkel 1998

VIA Berlin/Brandenburg 2000

VIA Berlin/Brandenburg e.V.: Zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin. Berlin: DAH 2000

Vittinghoff u. a. 1999

Vittinghoff, E./Douglas, J./Judson, F./McKirnan, D./MacQueen, K./Buchbinder, S.P.: Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. In: *American Journal of Epidemiology*, 150(3), S. 306–311

Weatherburn u. a. 1999

Weatherburn, P. u. a.: A class apart. The social stratification of HIV infection among homosexually active men. London: Sigma Research 1999

XI. Anhang

Fragebogen

171

Aids – Wie leben schwule Männer heute?

Schwerpunkt dieser Befragung ist die Reaktion schwuler Männer auf Aids, doch auch andere Aspekte der Lebensverhältnisse schwuler Männer sollen berücksichtigt werden.

Für die Auswertung der Befragung sind Michael Bochow und Michael Wright verantwortlich. Michael Bochow betreute auch schon die Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1991, 1993, 1996 und 1999. Grundlage der Fragebogenaktion ist wiederum die Wahrung strikter Anonymität, eine Re-Identifizierung von Personen ist ausgeschlossen. Die erhobenen Daten werden mit der gleichen Vertraulichkeit behandelt, wie es bei früheren Befragungen selbstverständlich war.

Die Untersuchung wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanziert.

1. *Wie leben Sie?*

1) *Wie würden Sie Ihr Sexualverhalten in den letzten zwölf Monaten beschreiben? (bitte nur eine Angabe)*

- ausschließlich homosexuell
- überwiegend homosexuell mit heterosexuellen Anteilen
- bisexuell mit homosexueller Präferenz
- bisexuell mit heterosexueller Präferenz
- überwiegend heterosexuell mit homosexuellen Anteilen
- ausschließlich heterosexuell

2) *Wie würden Sie sich selbst bezeichnen? (bitte nur eine Angabe)*

- homosexuell
- schwul
- bisexuell
- heterosexuell
- homophil
- pädophil
- lehne Selbstdefinition ab

3) *Wie alt waren Sie, als Sie zum erstem Mal Sex mit einem gleichgeschlechtlichen Partner hatten?*

_____ Jahre (bitte Alter eintragen)

4) *Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Sex mit einem Mädchen/einer Frau hatten?*

_____ Jahre (bitte Alter eintragen)

- habe nie Sex mit einem weiblichen Partner gehabt

5) *Mit wie vielen Menschen hatten Sie Sex in den vergangenen zwölf Monaten?*

	mit Männern	mit Frauen
mit keinem/keiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit einem/r einzigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit 2–5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit 6–10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit 11–20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit 21–50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit 51–100	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit mehr als 100	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Wie oft hatten Sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Sex mit einem Mann?

- überhaupt nicht
- ein- oder zweimal
- gelegentlich
- unregelmäßig, aber mit intensiven Phasen
- mehrere Male im Monat
- mehrere Male in der Woche
- täglich/fast täglich

7) Wie oft hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Geschlechtsverkehr mit einer Frau?

- überhaupt nicht
- ein- oder zweimal
- gelegentlich
- unregelmäßig, aber mit intensiven Phasen
- mehrere Male im Monat

8) Haben Sie augenblicklich eine feste Beziehung mit einem Mann?

- nein (bitte weiter mit Frage 10)
- ja, eine Beziehung mit einem Mann – ohne Sex mit anderen Männern
- ja, eine Beziehung mit einem Mann – und zugleich Sex mit anderen Männern

9) Wie lange besteht die Beziehung zu diesem Mann, Ihrem Freund? (bitte Anzahl der Monate oder Jahre angeben)

_____ Monate

_____ Jahre

10) Hatten Sie in den letzten fünf Jahren eine feste Beziehung zu einem Mann, die länger als sechs Monate dauerte?

- nein
- ja

11) Wann endete die letzte Beziehung, die Sie mit einem Mann hatten?

Monat: _____ Jahr: _____

12) Haben Sie augenblicklich eine feste Beziehung mit einer Frau?

- nein
- ja

13) Welche Art von Sex hatten Sie in den letzten zwölf Monaten mit Ihrem festen Freund? (bitte machen Sie zu jeder Vorgabe eine Aussage)

ich hatte in den letzten zwölf Monaten keinen festen Freund

	immer/ fast immer	oft	manchmal	nie
Wichsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bumsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bumsen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S/M, Faustficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) Haben Sie ein Kondom benutzt, als Sie das letzte Mal mit Ihrem festen Freund Analverkehr hatten?

- ja
 nein
 betrifft mich nicht

174

Wie oft benutzen Sie beim Analverkehr mit Ihrem festen Freund Kondome?

- immer
 häufig
 manchmal
 nie

15) Welche Art von Sex hatten Sie in den letzten zwölf Monaten mit anderen Partnern?

ich hatte in den letzten zwölf Monaten keine anderen Partner

	immer/ fast immer	oft	manchmal	nie
Wichsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bumsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bumsen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S/M, Faustficken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16) Haben Sie ein Kondom benutzt, als Sie das letzte Mal mit einem anderen Partner Analverkehr hatten?

- ja
- nein
- betrifft mich nicht

Wie oft benutzen Sie beim Analverkehr mit anderen Partnern Kondome?

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

17) Wie oft haben Sie im Durchschnitt der vergangenen zwölf Monate Lokale, Bars, Cafés, Saunen usw. besucht, in denen hauptsächlich/auch schwule Gäste verkehren?

	täglich/ fast täglich	mehrmals in der Woche	mehrmals im Monat	gele- gentlich	über- haupt nicht
Cafés, Buchläden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwule Infoläden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bars/Discos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pornokinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Club-Partys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sex-Partys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lederlokale, -clubs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwule Saunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiletten/Klappen, Parks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportstudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) Wie hoch würden Sie den Anteil Ihrer anonymen Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten einschätzen? (mit anonym meinen wir, dass Sie den Sexualpartner nach einem Kontakt nur durch Zufall wiedertreffen würden)

- alle
- die meisten
- mehr als die Hälfte
- weniger als die Hälfte
- einige
- keiner

19) Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten folgende Mittel konsumiert?

	1- bis 2-mal	gele- gentlich	häufiger	regel- mäßig	gar nicht
Muskelaufbaupräparate (Anabolika)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poppers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (Hasch, Gras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Designerdrogen (z. B. Speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20) Ist Ihre Homosexualität folgenden Personen bekannt und wird sie von ihnen akzeptiert? (bitte machen Sie zu allen in Frage kommenden Vorgaben eine Aussage)

176

	weiß nicht	bekannt	akzeptiert	nicht akzeptiert	nicht vor- handen
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einem oder mehreren Ihrer Geschwister (wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitskollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
den meisten Ihrer hetero- sexuellen Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie mit einer Frau zusammenleben: Ihrer Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21) Wie setzt sich Ihr engerer Freundeskreis zusammen?
(bitte nur eine Angabe)**

- überwiegend aus schwulen Männern
- überwiegend aus nichtschwulen Männern und Frauen
- aus beiden gleichermaßen
- ich habe keinen engeren Freundeskreis

22) Wie wohnen Sie?

- alleine
- mit Ihrem Freund (feste Beziehung)
- mit Ihrer Frau/Partnerin
- mit schwulen Männern in einer WG
- mit einem/r oder mehreren Freunden/ Freundinnen
- bei Ihren Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten

23) Wie würden Sie am liebsten leben? (bitte nur eine Angabe)

- mit einem festen Freund in einer gemeinsamen Wohnung
- mit einem festen Freund ohne gemeinsame Wohnung
- mit mehreren festen (Sex-)Partnern, aber keine ausschließliche Zweierbeziehung
- in unterschiedlichen Lebensphasen habe ich unterschiedliche Vorstellungen von Partnerschaft und festem Freund/festen Partnern
- ich strebe keine feste Partnerschaft an

24) Im Jahre 2001 ist eine staatlich anerkannte eingetragene Partnerschaft für Schwule und Lesben eingeführt worden. Würden Sie eine solche eingetragene Partnerschaft eingehen?

- ja, ich bin eine solche schon eingegangen
- ja, möglicherweise mit meinem jetzigen Freund
- ja, unter Umständen
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, auf keinen Fall

25) Wie ist das bei heterosexuellen Menschen, zu denen Sie eine stärkere emotionale Bindung haben: Ist es Ihnen wichtig, dass diese von Ihrer Homosexualität wissen?

- ja, dies ist mir wichtig bei allen/fast allen für mich emotional bedeutsamen Menschen
- ja, dies ist mir wichtig, aber nur bei einigen für mich emotional bedeutsamen Menschen
- nein, ich ziehe es vor, auch diesen Menschen gegenüber meine Homosexualität zu verbergen

26) Waren Sie in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalttätigkeiten, die sich gegen schwule Männer richteten?

- nein
- ja, ich wurde angepöbelt, beschimpft, beleidigt
- ja, ich wurde angerempelt, geschlagen – ohne Verletzungsfolgen
- ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten – mit leichteren Verletzungen
- ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten – mit schwereren Verletzungen (ärztliche Behandlung notwendig)
- ja, ich wurde Opfer von Gewalttätigkeiten – mit lebensgefährlichen Verletzungen

II. Wie informieren Sie sich und was wissen Sie über Aids?

27) Wie viele Personen sind nach Ihrer Kenntnis in der Bundesrepublik Deutschland mit dem HIV-Virus infiziert?

_____ Personen

Soweit Sie wissen, überträgt sich AIDS durch: (mehrere Angaben möglich)

- Speichel
- Sperma
- Kot, Urin
- Blut
- Hautkontakt

28) Was sagt ein positives Ergebnis des HIV-Antikörpertests (sog. Aidstest) aus? (mehrere Angaben möglich)

- dass man an Aids erkrankt ist
- dass man das Aids-Virus im Körper hat
- dass man gegen Aids immun ist

29) Haben Sie sich in den letzten zwölf Monaten zum Thema Aids informiert?

- gelegentlich
- regelmäßig
- gar nicht

*Wenn ja: Woher beziehen Sie Ihre Informationen zum Thema Aids?
(mehrere Angaben möglich)*

- über die Presse (Tages- und Wochenzeitungen)
- das Fernsehen
- das Radio
- schwule Zeitungen
- medizinische Fachliteratur, -zeitschriften
- allgemein verständlich gehaltene Bücher
- Informationsmaterial der Aidshilfen
- telefonische Beratung
- Ihren Arzt
- Veranstaltungen an Schulen
- Spots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Fernsehen/Kino
- sonstiges Material der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Material anderer staatlicher Stellen
- die Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder medizinischen Untersuchungseinrichtungen
- durch Gespräche im Freundeskreis
- durch Gespräche in Schwulengruppen
- über das Internet
- sonstige Quellen

Wenn nicht, weil:

(bitte nur eine Angabe und dann weiter mit Frage 33)

- Sie das nicht interessiert
- Ihnen das nicht passieren kann
- Sie es vorziehen, nichts darüber zu wissen
- es nichts bringt, da man nichts machen kann
- alles zu kompliziert und unverständlich ist
- Sie sich ausreichend informiert fühlen

31) Welches war(en) für Sie die wichtigste(n) Informationsquelle(n) zu Aids?

(mehrere Angaben möglich)

- die Presse (Tages- u. Wochenzeitungen)
- das Fernsehen
- das Radio
- schwule Zeitungen
- medizinische Fachliteratur, -zeitschriften
- allgemein verständlich gehaltene Bücher

- Informationsmaterial der Aidshilfen
- telefonische Beratung
- Ihr Arzt
- Veranstaltungen an Schulen
- Spots der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Fernsehen/Kino
- sonstiges Material der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Material anderer staatlicher Stellen
- die Beratung im Gesundheitsamt, in Kliniken oder medizinischen Untersuchungseinrichtungen
- Gespräche im Freundeskreis
- Gespräche in Schwulengruppen
- über das Internet
- sonstige Quellen

32) Sind Sie an weiteren Informationen zu Aids interessiert?

- ja
- nein

180

33) Welche Materialien (Plakate, Faltblätter, Broschüren usw.) der Deutschen AIDS-Hilfe sind Ihnen bekannt?

- Plakate
- Postkarten
- Faltblätter, Broschüren
- Anzeigen in der Schwulenpresse
- Sonstiges
- überhaupt nichts (*bitte weiter mit Frage 35*)

34) Wo haben Sie diese Materialien erhalten bzw. gesehen?

- in Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen
- auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen der Aidshilfe-Gruppen
- auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen anderer Organisationen
- bei Gesprächen mit Aidshilfe-Mitarbeitern in der Subkultur
- beim Besuch einer regionalen Aidshilfe
- beim Besuch eines Gesundheitsamtes
- in Kliniken, Apotheken, bei Ärzten
- durch Bekannte und Freunde
- auf sonstigem Wege:

III. Sind Freunde/Bekannte von Ihnen oder Sie selbst von Aids betroffen?

35) Sind in Ihrem Umkreis

	test-positiv	an Aids erkrankt	an Aids gestorben
der feste Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
enge Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualpartner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36) Haben Sie den HIV-Antikörpertest (sog. Aidstest) machen lassen?

- nein (weiter mit Frage 41)
- ja, einmal
- ja, zweimal
- ja, mehr als zweimal

Wenn ja: Wann haben Sie sich zuletzt testen lassen?

_____ (bitte Jahr eintragen)

Sind Sie

- testnegativ
- testpositiv ohne Krankheitszeichen
- testpositiv mit bestimmten Krankheitszeichen
- an Aids erkrankt
- ich weiß es nicht

Wenn Sie testpositiv sind: Werden Sie gegenwärtig wegen einer HIV-Infektion behandelt?

Wenn ja: (mehrere Angaben möglich)

- medikamentöse Kombitherapie
- naturheilkundliche Therapie
- Psychotherapie

Wenn nein: (mehrere Angaben möglich)

- ich will keine Therapie
- mein Arzt hat noch nicht dazu geraten
- ich will noch warten

37) Was gab für Sie den Ausschlag, den ersten Test durchführen zu lassen?

(wenn mehrere Gründe, bitte den wichtigsten angeben)

- eigene Initiative
- Initiative meines festen Freundes
- der Test wurde ohne mein Wissen durchgeführt
- der Test wurde auf ärztlichen Rat durchgeführt
- der Test wurde auf Veranlassung des Arbeitgebers/einer Versicherungsgesellschaft usw. durchgeführt

38) Welches waren Ihre Gründe, den Test durchführen zu lassen?

(mehrere Antworten möglich)

- ich wollte wissen, ob ich infiziert bin
- ich bemerkte Krankheitsanzeichen, die möglicherweise auf eine Aids-Erkrankung hinwiesen
- ich wollte die Möglichkeit haben, mich frühzeitig behandeln zu lassen
- ich dachte, ich sei so besser vorbereitet, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern
- Ich wurde gezwungen, den Test durchführen zu lassen
- ich hatte einen (mehrere) Risikokontakt(e)
- Ich wollte mit meinem festen Freund auf Kondome verzichten

39) Gehen Sie davon aus, dass Ihr letztes Testergebnis noch gültig ist?

- Ich bin mir sicher, dass es noch gültig ist
- Ich habe Zweifel, ob es noch gültig ist

40) Haben Sie mit jemand anderem über das Testergebnis gesprochen?

(mehrere Angaben möglich)

- mit Ihrem festen Freund
- mit engen Freunden/Freundinnen
- mit anderen Freunden, Bekannten
- mit Familienangehörigen
- mit einem/r therapeutischen Berater/in
- mit niemandem

41) Welches waren Ihre Gründe, keinen Test machen zu lassen?

- ich fühle mich nicht gefährdet
- die Anonymität ist nicht gewahrt
- ich habe kein Vertrauen in die Zuverlässigkeit des Testergebnisses
- das Testergebnis könnte gegen mich verwandt werden
- ein positives Testergebnis könnte den Ausbruch der Krankheit beschleunigen

- ich habe Angst vor einem positiven Testergebnis
- ein Test bringt überhaupt nichts
- eine Beratung zum Test

42) Wenn sie zurzeit einen festen Freund haben, ist dieser Freund

- nicht getestet
- testnegativ
- testpositiv
- an Aids erkrankt
- ich weiß es nicht
- ich habe gegenwärtig keinen festen Freund

43) Haben Sie von den neuen Kombitherapien gegen HIV gehört?

- ja, ich fühle mich gut informiert
- ja, ich bin weniger gut informiert
- nein

44) Stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

Die neuen Kombitherapien gegen HIV bewirken:	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
dass behandelte Menschen mit HIV und Aids das Virus nicht mehr übertragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindert werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass Menschen mit HIV und Aids länger leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass Aids endgültig geheilt werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
als Nichtinfizierter habe ich wegen der neuen Therapiemöglichkeiten weniger Angst, mich anzustecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
als HIV-Positiver bin ich wegen der neuen Therapiemöglichkeiten weniger besorgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
als HIV-Positiver, der behandelt wird, bin ich weniger besorgt, Sexpartner anzustecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45) Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

Die neuen Kombitherapien gegen HIV haben zur Folge:	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
dass schwule Männer sich beim Sex weniger schützen als früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass ich mich selbst beim Sex weniger schütze als früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46) Wann haben Sie sich zuletzt Gedanken darüber gemacht, ob Sie sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit angesteckt haben könnten (nicht HIV)?

- in den letzten zwölf Monaten
- in den letzten fünf Jahren
- länger her
- bisher noch nicht

Wenn Sie sich Gedanken gemacht haben, sind Sie deswegen zum Arzt gegangen?

- ja, zum Arzt gegangen
- nein, nicht zum Arzt gegangen

47) Hatten Sie schon einmal sexuell übertragbare Krankheiten?

- nein
- ja, in den letzten zwölf Monaten
- ja, davor
- ja, in den letzten zwölf Monaten und auch davor

Wenn ja, welche:

	in den letzten zwölf Monaten	davor	überhaupt nicht
Trippler: rektale Gonorrhö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
genitale Gonorrhö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orale Gonorrhö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV. Wie reagieren Sie auf die Gefahr, sich anzustecken?

48) Wie reagieren Sie auf HIV und Aids in Ihrem Sexualverhalten? (mehrere Angaben sind möglich)

- ich halte die Anzahl meiner Sexualpartner gering
- ich achte mehr auf das Aussehen meiner Sexualpartner
- ich vermeide bestimmte Treffpunkte
- ich mache Safer Sex
- ich begnüge mich beim Sex mit Wichsen und Streicheln
- ich konzentriere mich auf feste Beziehungen
- mein fester Freund und ich haben keinen Sex mit anderen Männern
- ich mache nur mit anderen Männern als meinem festen Freund Safer Sex
- ich mache nur noch Sex mit Männern mit dem gleichen Testergebnis
- ich bin mit Safer Sex aufgewachsen
- ich habe mich entschlossen, mein Sexualverhalten nicht zu ändern, auch wenn es ein Risiko bedeutet
- es fällt mir schwer, mein Sexualverhalten zu ändern, um das Infektionsrisiko zu vermindern
- ich lebe in einer festen Beziehung
- ich bumse meinen festen Freund ohne Kondom und ziehe raus, bevor es kommt
- ich bumse andere Partner ohne Kondom und ziehe raus, bevor es kommt
- ich lasse mich von meinem festen Freund ohne Kondom bumsen, und er zieht raus, bevor er kommt
- ich lasse mich von anderen Partnern ohne Kondom bumsen, und sie ziehen raus, bevor sie kommen

49) Haben Sie zurzeit Kondome zu Hause oder in Ihrer Tasche?

- ja
- nein

50) Spritzen Sie beim Sex mit anderen Partnern in deren Mund ab?

- immer
- häufig
- manchmal
- nie

51) Spritzen andere Partner in Ihrem Mund ab?

- immer häufig manchmal nie

52) Oft ist die Ansicht zu hören, Kondome seien beim Sex sehr störend. Halten Sie diese Meinung für zutreffend?

- trifft völlig zu
 trifft nur zum Teil zu
 trifft nicht zu
 ich finde die Frage schwer zu beantworten

53) Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen Testergebnis Sie nicht kannten?

- ja
 nein

Wenn ja, wie oft kam dies in den vergangenen zwölf Monaten vor?

	1- bis 2-mal	3- bis 4-mal	5- bis 10-mal	jeden Monat	jede/ fast jede Woche
mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54) Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, der ein anderes Testergebnis hatte als Sie?

- ja
 nein

Wenn ja, wie oft kam dies in den vergangenen zwölf Monaten vor?

	1- bis 2-mal	3- bis 4-mal	5- bis 10-mal	jeden Monat	jede/ fast jede Woche
mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55) *Haben sie von der Möglichkeit gehört, nach einem Risikokontakt Anti-HIV-Medikamente (PEP: Post-Expositions-Prophylaxe) einzunehmen?*

- ja
- nein

56) *Haben Sie nach einem Analverkehr ohne Kondom mit einem Partner, der ein anderes oder ein unbekanntes Testergebnis hatte, schon einmal Anti-HIV-Medikamente (PEP: Post-Expositions-Prophylaxe) eingenommen?*

- ja, einmal
- ja, einmal (vier Wochen lang)
- ja, zweimal
- ja, zweimal (vier Wochen lang)
- nein

V. Fragen zur Person

57) *Sind Sie*

- männlich
- weiblich

58) *In welchem Jahr sind Sie geboren?*

19_____ (bitte Ihr Geburtsjahr eintragen)

59) *Sind Sie*

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

60) *Haben Sie Kinder?*

- nein
- ja

Wenn ja, leben Sie mit Ihren Kindern zusammen?

- nein
- ja

61) Welchen Ausbildungsabschluss haben Sie?

- Haupt- oder Volksschule bzw. Polytechnische Oberschule (8./9. Klasse)
- Mittlere Reife, Fachschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule (10. Klasse)
- Abitur, erweiterte Oberschule (EOS) mit Abschluss bzw. Abitur
- Abschluss einer höheren Fachschule (z. B. Ingenieurschule, Fachhochschule)
- Hochschulabschluss

62) Sind Sie augenblicklich in einer oder mehreren dieser Organisationen und Gruppen aktiv oder Mitglied? (mehrere Angaben möglich)

- DGB-Gewerkschaften, DAG
- politische Parteien
- Schwulengruppen
- Aidshilfe
- Bürgerinitiativen und Ähnliches
- Kirchen/Glaubensgemeinschaften
- in keiner

188

63) Welcher Glaubensgemeinschaft gehören Sie an bzw. welche hat Sie am meisten beeinflusst? (bitte nur eine Antwort)

- katholische Kirche
- evangelische Kirche (einschl. Freikirchen)
- Judentum
- Islam
- andere Religionen
- Laizismus, Freidenkertum
- keine

64) Welche berufliche Stellung nehmen Sie gegenwärtig ein?

(wenn Sie gegenwärtig nicht berufstätig sind, machen Sie bitte auch eine Angabe zu Ihrer letzten beruflichen Stellung)

- einfacher oder mittlerer Angestellter
- höherer oder leitender Angestellter
- Beamter des einfachen oder mittleren Dienstes
- Beamter des gehobenen oder höheren Dienstes
- ungelernter oder angelernter Arbeiter
- Facharbeiter
- freiberuflich Tätiger (z. B. Architekt, Rechtsanwalt)
- Selbstständiger (z. B. Handwerker, Gewerbetreibender)
- arbeitslos

- Rentner/Pensionär
- Wehr-/Ersatzdienstleistender
- Student
- Auszubildender
- Schüler

65) Wie viele Einwohner hat Ihr gegenwärtiger Wohnort?

- weniger als 20.000
- 20.000–100.000
- 100.000–500.000
- 500.000–1 Mio.
- über eine Mio.

66) Wenn Sie gegenwärtig in einem Ort mit weniger als 500.000 Einwohnern leben: Wie weit ist die nächste Großstadt (Stadtzentrum) mit mehr als 500.000 Einwohnern entfernt?

- bis 50 km
- 51–100 km
- mehr als 100 km

Wo leben Sie?

- früherer Ostteil von Berlin
- früherer Westteil von Berlin
- in den alten Bundesländern
- in den neuen Bundesländern
- in einem anderen Land, und zwar:

67) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- deutsche
- andere: _____

68) Haben Sie sich an dieser Umfrage in früheren Jahren beteiligt?

- nein
- ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Autoren

Michael Bochow

Jahrgang 1948, Dr. rer. pol., Soziologe, von 1978 bis 1986 in der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, seit 1987 in der sozialwissenschaftlichen Aids- und Minderheitenforschung tätig.

Michael Lange

Jahrgang 1969, M.A. Medien- und Kommunikationswissenschaft, seit 2001 als Sozialwissenschaftler im Bereich Public Health tätig.

Michael T. Wright

Jahrgang 1962, Dr. phil., LICSW, MS, Psychotherapeut, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler (Public Health). Seit 1984 im Aidsbereich tätig, u. a. als Referent für Internationales in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Derzeit in der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) tätig.