

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



Wie leben schwule Männer heute?

Lebensstile, Szene, Sex, AIDS.

Kurzfassung der Befragungsergebnisse 2007

im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Die Befragung

Von Mai bis Juni 2007 wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) für Sozialforschung die achte Wiederholungsbefragung schwuler Männer in Deutschland durchgeführt. Erstmals wurde die Befragung in Zusammenarbeit mit der Aids Hilfe Wien zeitgleich auch in Österreich durchgeführt.

Dabei sollten neben den Reaktionen auf AIDS auch Aspekte der Lebensverhältnisse schwuler Männer – Lebensstile, Szenekontakte, Offenheit im schwulen Leben, Gewalterfahrungen – berücksichtigt werden.

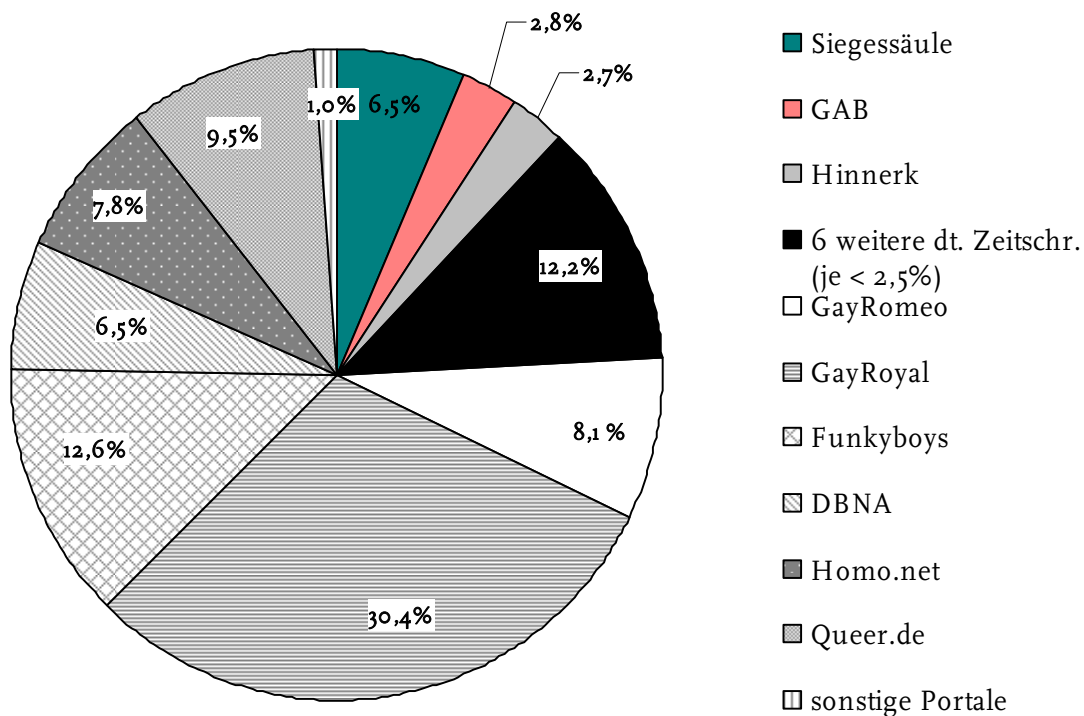
Befragungsteilnehmer wurden sowohl über das Internet als auch über die Presse für schwule Männer zur Teilnahme aufgefordert. Beteiligt waren acht deutschsprachige Internetportale für Männer, die Sex mit Männern haben, sowie neun deutsche und zwei österreichische Szenezeitschriften. Insgesamt konnten 8.170 Fragebögen von in Deutschland lebenden Teilnehmern ausgewertet werden. 76% der Fragebögen wurden *online* ausgefüllt.

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

Auch bei dieser achten Wiederholungsbefragung handelt es sich um keine repräsentative Erhebung. Eine solche ist nicht möglich, da die Grundgesamtheit der MSM in Deutschland unbekannt ist.

Da im Gegensatz zur weitgehend regionalen Verbreitung von Schwulenzeitschriften die Nutzung von Internetseiten mehr durch Sprach- als durch Landesgrenzen determiniert ist, wurden die Befragungsteilnehmer nicht nach Staatsbürgerschaft, sondern nach ihrem aktuellen Wohnsitz aufgeteilt. Teilnehmer mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands wurden im Rahmen der Datensatzvereinbarung für die deutsche Auswertung ausgeschlossen. **Abbildung 1** zeigt die Verteilung der Fragebogenherkunft.

Abbildung 1: Herkunft der Fragebögen (*offline*=farbig, *online*=s/w-Muster; n=8.170)

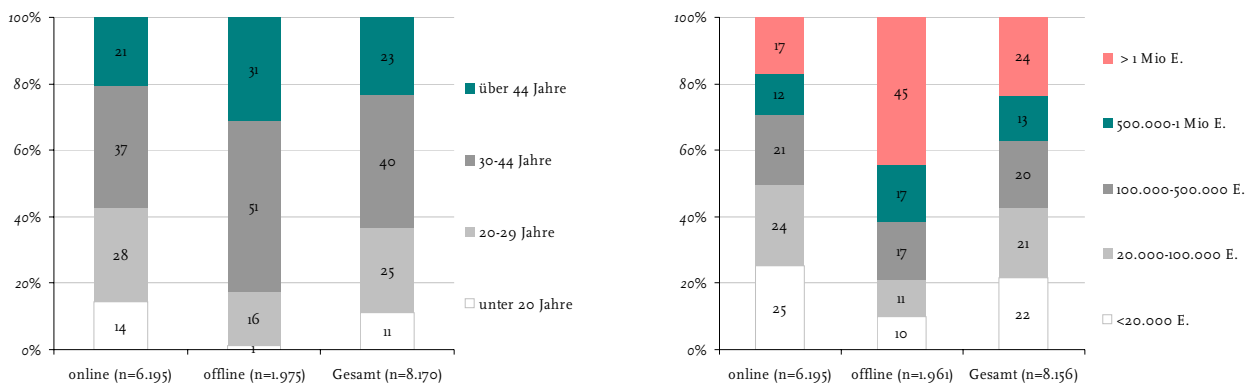


Die Stichprobe

Insgesamt konnte ein breites Spektrum an Teilnehmern gewonnen werden. Hinsichtlich geographischer Streuung und Altersverteilung bestehen erhebliche Unterschiede zwischen Offline- und Online-Teilnehmern. Aus vorangegangenen Befragungen ist bekannt, dass jüngere Altersgruppen – vor allem MSM, die noch bei ihren Eltern wohnen – besser über das Internet erreicht werden können als über Szenezeitschriften. Da letztere in Großstädten mit schwuler Infrastruktur sehr viel leichter erhältlich sind, überrascht es nicht, dass gerade Teilnehmer aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern sehr viel besser über das Internet erreicht werden (vgl. **Abbildung 2, rechts**).

MSM über 44 Jahren sind in der Online-Stichprobe im Vergleich zur Offline-Stichprobe weniger stark repräsentiert. Umgekehrt wurden über Printbögen praktisch keine Teilnehmer unter 20 Jahren erreicht (**Abbildung 2, links**).

Abbildung 2: Altersstruktur (*links*) und Wohnortgröße (*rechts*) nach Zugangsweg



Insbesondere die deutschen „Schwulenmetropolen“, Berlin (B), Hamburg (HH), München (M), Köln (K) und Frankfurt am Main (F) sind bei den Printbogenteilnehmern deutlich überrepräsentiert (vgl. **Tabelle 1.1**), während MSM aus den neuen Bundesländern nur schlecht über diesen Weg erreicht wurden.

Tabelle 1: Geografische Verteilung der Teilnehmer nach Zugangsweg

	online % (n)	offline % (n)	gesamt % (n)
Berlin	8,9 (533)	24,5 (481)	12,8 (1.014)
Hamburg, München, Köln, Frankfurt	10,7 (640)	27,5 (540)	14,9 (1.180)
Ost (neue Bundesländer ohne B)	11,7 (698)	5,4 (105)	10,1 (803)
West (alte Bundesländer ohne HH, M, K, F)	68,7 (4.106)	42,6 (836)	62,2 (4.942)
Gesamt	100,0 (5.977)	100,0 (1.962)	100,0 (7.939)

Um Rückschlüsse auf den Migrationshintergrund der teilnehmenden MSM ziehen zu können, wurden neben der Staatsangehörigkeit auch die das Elternhaus bestimmende Religion erhoben sowie die Sprache, die dort überwiegend gesprochen wurde. Auch bei dieser Befragung zeigt sich, dass MSM mit Migrationshintergrund – vor allem aus der Türkei und anderen islamisch geprägten Ländern – von dieser Studie kaum (weniger als 1%) erreicht wurden.

HIV-Testverhalten und -Testergebnisse

Die regelmäßige Durchführung von HIV-Antikörpertests wird von AIDS-Hilfen in Deutschland für sexuell aktive schwule und bisexuelle Männer zunehmend befürwortet. Knapp zwei Drittel der Befragungsteilnehmer (64%) haben sich bereits auf HIV testen lassen. Positiv getestet sind 6,9% aller Befragungsteilnehmer. In der bislang größten MSM-Befragung in Deutschland mit über 40.000 Teilnehmern (*SexCheck*-Befragung des Internetportals *GayRomeo*) war dieser Anteil mit 6,0% ähnlich. Über das Internet wurden deutlich mehr ungetestete MSM erreicht (*online*: 41%; *offline*: 18%); dies hängt mit der (in **Abbildung 1** dargestellten) Altersverteilung und sowie der geographischen Streuung zusammen.

MSM mit HIV leben vor allem in der in den bereits genannten „Schwulenmetropolen“ (B, HH, M, K, F): 16% der Befragten aus Berlin bzw. 11% der Befragten aus den Städten HH, M, K und F berichten über ein positives Testergebnis. In den restlichen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland sind 4% der Befragten aus den neuen Bundesländern (ohne Berlin) und knapp 5% aus den alten Bundesländern (ohne HH, M, K, F) positiv getestet (vgl. **Tabelle 2**).

Wie schon in den vorhergehenden Befragungen zeigen sich auch 2007 deutliche schichtspezifische Unterschiede in der Betroffenheit von HIV und AIDS. Männer aus den unteren sozialen Schichten sind fast doppelt so stark betroffen wie MSM aus mittleren Schichten. Für die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen bedeutet dies, dass nach wie vor ein besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte schwule Männer zu richten ist.

Tabelle 2: HIV-Serostatus nach ausgewählten Regionen

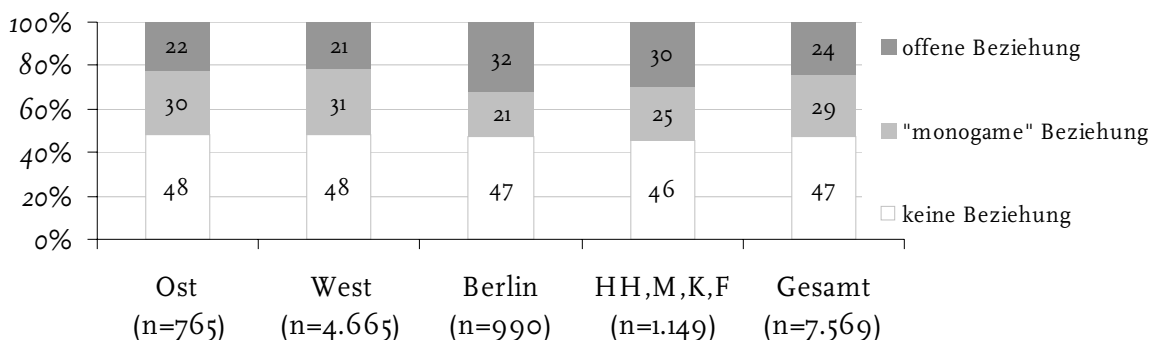
	Ost (ohne B)	West (ohne HH, M, K, F)	Berlin	HH,M,K,F	gesamt
positiv	4,0	4,6	15,9	10,7	6,9
negativ	48,6	55,5	62,3	68,9	57,6
ungestestet	47,4	39,9	21,8	20,4	35,4
gesamt	100,0 (800)	100,0 (4.931)	100,00 (1.007)	100,0 (1.176)	100,0 (7.9148)

Lebensstile

Partnerschaften

Etwa die Hälfte (47%) aller befragten MSM lebt zum Zeitpunkt der Befragung nicht in einer festen Partnerschaft. Dieser Anteil ist unabhängig von der regionalen Herkunft (vgl. **Abbildung 3**). Ab einem Alter von etwa 25 Jahren ist dieser Anteil ebenfalls konstant (nicht dargestellt). In allen bisherigen BZgA-Wiederholungsbefragungen schwuler Männer lebt etwa die Hälfte aller MSM in festen Beziehungen. Offene Beziehungen sind in schwulen Ballungszentren häufiger als „monogame“.

Abbildung 3: Aktuelle Form der festen Beziehung nach ausgewählten Regionen
(Ost: neue Bundesländer ohne Berlin; West: alte Bundesländer ohne HH, M, K, F)



Seit 2001 ist das Lebenspartnerschaftsgesetz (Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft) in Kraft. Im Verlauf der letzten Jahre zeichnet sich hier ein zunehmendes Interesse an dieser Regelung ab: Während mittlerweile 6% der Befragten in einer eingetragenen Partnerschaft leben (dies entspricht 11% der Männer in einer festen Beziehung) und 18% erwägen, mit ihrem festen Freund eine solche einzugehen, bleibt die grundsätzliche Ablehnung konstant bei lediglich 9% (nicht dargestellt). Männer über 44 Jahre stehen der Lebenspartnerschaft tendenziell ablehnender gegenüber als jüngere Männer. Die eingetragene Lebenspartnerschaft findet vor allem Zuspruch in der Mittelschicht.

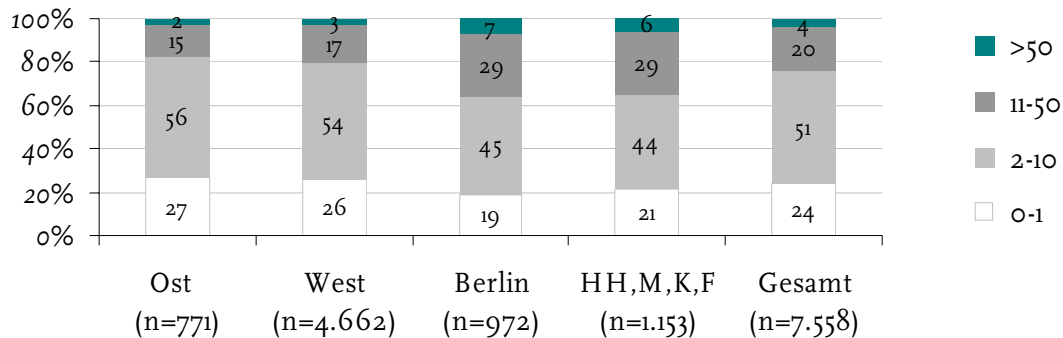
Die Einstellung zur Lebenspartnerschaft hängt außerdem davon ab, ob jemand in einer festen Beziehung lebt oder als Single. Männer in festen Beziehungen befürworten deutlich häufiger eine eingetragene Partnerschaft als Männer, die nicht in Beziehungen leben.

Anzahl der Sexpartner

Die Hälfte der Teilnehmer gibt an, im Jahr vor der Befragung bis zu drei unterschiedliche Sexpartner gehabt zu haben, einschließlich des festen Freundes, sofern vorhanden. Die andere Hälfte hat entsprechend mehr als drei Sexpartner gehabt.

Etwa ein Viertel aller teilnehmenden MSM gibt an, in den zwölf Monaten vor der Befragung nur einen (23%) oder gar keinen (1%) männlichen Sexpartner gehabt zu haben, ein weiteres Viertel berichtet über mehr als zehn unterschiedliche Sexpartner im selben Zeitraum. Die meisten MSM (51%) hatten zwei bis zehn Sexpartner. In den „Schwulenmetropolen“ haben MSM erheblich mehr Sexpartner als in den übrigen Städten und Regionen: 7% der Befragten aus Berlin und 6% der Befragten aus HH, M, K oder F geben an, im Jahr vor der Befragung mit mehr als 50 unterschiedlichen Partnern Sex gehabt zu haben (vgl. **Abbildung 4**). Die durchschnittlich höchsten Partnerzahlen haben MSM zwischen 30 und 44 Jahren.

Abbildung 4: Anzahl männlicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach ausgewählten Regionen (Ost: neue Bundesländer ohne Berlin; West: alte Bundesländer ohne HH, M, K, F)



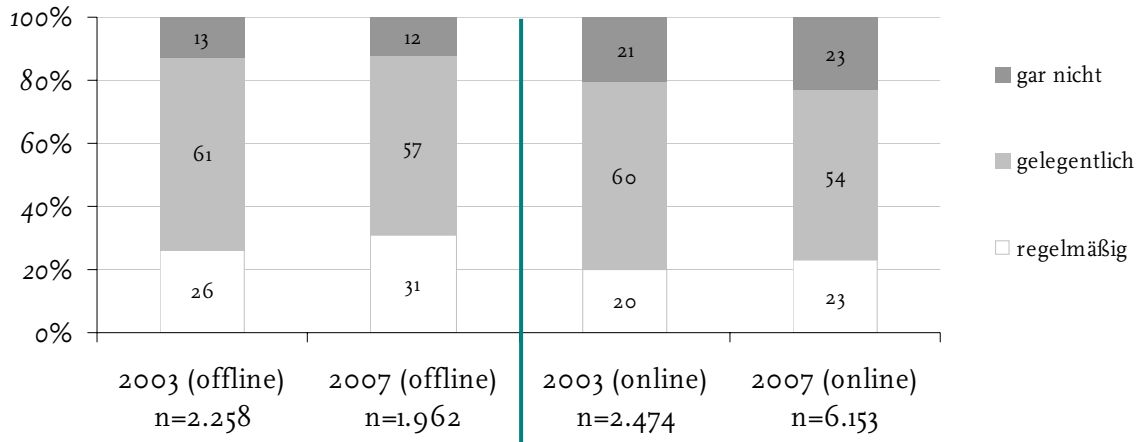
Informationsstand

Informationsquellen und Informationsverhalten

In der diesjährigen Befragung liegt der Anteil der Männer, die sich regelmäßig über HIV und AIDS informieren, bei insgesamt 25% (*offline*: 31%, *online*: 23%). Der Anteil derer, die sich gar nicht informieren, liegt bei insgesamt 20% (*offline*: 12%; *online*: 23%). Dieser relativ hohe Anteil – wenn man ihn mit den entsprechenden Anteilen der früheren Befragungen vergleicht – ist durch die höhere Beteiligung von Männern bedingt, die über das Internet an der Befragung teilgenommen haben. Personen aus der Online-Stichprobe haben sich sowohl 2003 als auch 2007 in

höherem Maße gar nicht informiert (vgl. **Abbildung 5**), was wesentlich auf die unterschiedliche Alters- und Bildungsverteilung zurückzuführen ist.

Abbildung 5: Informationsverhalten *online* und *offline*



In der Offline-Stichprobe von 2007 (**Tabelle 3**) sind Schwulenzeitungen die Informationsquellen, die am häufigsten genannt werden, gefolgt von der allgemeinen Presse und von AIDS-Hilfematerialien. In der Online-Stichprobe dominiert das Internet gefolgt von der Presse und Schwulenzeitschriften. Diese Ergebnisse demonstrieren die Abhängigkeit der Informationsquellen vom Erhebungsmedium: Befragte, die über den Printfragebogen geantwortet haben, bevorzugen auch bei der Informationsgewinnung Printmedien (Schwulenzeitungen, allgemeine Presse, Infomaterialien der AIDS-Hilfen), dagegen bevorzugen *online* Befragte das Internet. Eine häufig genannte Internet-Informationsquelle sind die Seiten der AIDS-Hilfen. Diese wurden von einem Viertel der *online* bzw. einem Fünftel aller Befragten genannt.

Ein knappes Fünftel hat den Arzt als Informationsquelle angegeben. Hier unterscheiden sich die Anteile deutlich nach HIV-Testergebnis: Insbesondere positiv Getestete (78%) beziehen über ihren Arzt Informationen zu HIV und AIDS; bei nicht oder zuletzt negativ Getesteten sind dies 13%. Dieser Unterschied ist nicht weiter überraschend, weil die „Informationen zu HIV und AIDS“, auf die sich HIV-Positive und HIV-Negative beziehen bzw. die sie benötigen, sehr unterschiedlich sein können.

Tabelle 3: Informationsquellen (in Prozent) im Zeitverlauf (Rang 1 und 2: fett markiert)

	2007 offline	2007 online
Schwulenzeitungen	75	38
Tages- und Wochenzeitungen	56	40
Infomaterial der AIDS-Hilfen	47	29
Fernsehen	30	31
Gespräche im Freundeskreis	38	22
Radio	15	12
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	18	14
Medizinische Fach- oder Populärliteratur	22	18
Arzt	24	15
Gespräche in Schwulengruppen	*	*
Beratung im Gesundheitsamt, Kliniken etc.	11	5
Telefonische Beratung	2	1
Großflächenplakate der BZgA	21	15
Infomaterial der BZgA	16	12
Internetangebote insgesamt	36	56
Online-Info der AIDS-Hilfen	17	27
Online-Beratung der AIDS-Hilfen er	3	9
Online-Info der BZgA	9	9
sonstige Internetquellen	23	41
Unterricht an Schulen**	25	35

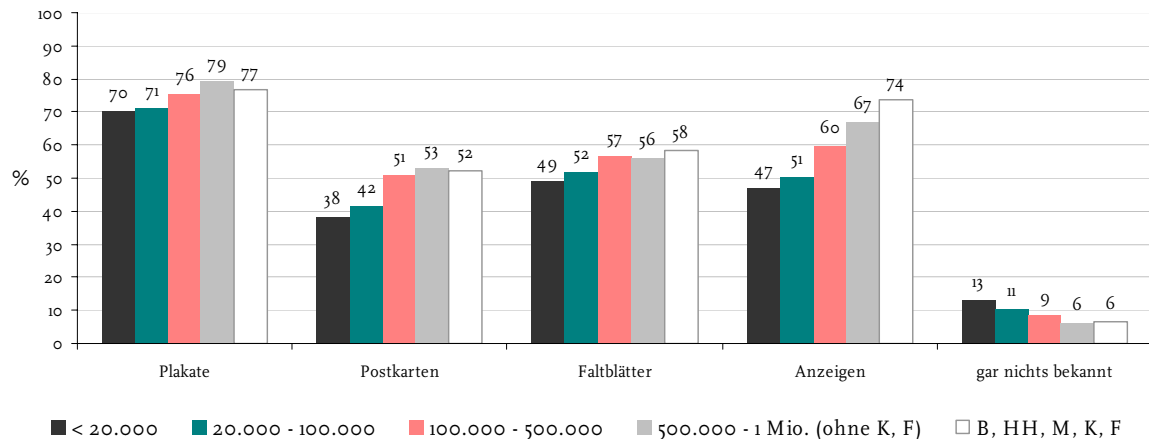
* wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt

** Basis: Schüler und Auszubildende (n=1.251)

Verbreitung von Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) sind einer großen Mehrheit der Befragten bekannt. **Abbildung 6** veranschaulicht einen hohen Bekanntheitsgrad von Plakaten unabhängig davon, in welcher Region die Befragten leben. Die Wahrscheinlichkeit, ob Postkarten und Faltblätter den Befragten bekannt sind, nimmt mit der Wohnortgröße der Befragungsteilnehmer zu. Am deutlichsten zeigt sich der regionale Unterschied bei dem Bekanntheitsgrad von Anzeigen der DAH in der schwulen Presse. Diese werden – entsprechend der besseren Erreichbarkeit von Schwulenmagazinen in großstädtischen Räumen – am häufigsten von Männern wahrgenommen, die in den „Schwulenmetropolen“ leben.

Abbildung 6: Bekanntheitsgrad der Printmedien der Deutschen AIDS-Hilfe (in Prozent aller Befragten)



Wie schon in der Befragung von 2003 ist auch für diese Befragung festzuhalten, dass insbesondere MSM unter 20 Jahren von den DAH-Materialien schlechter erreicht werden, besonders deutlich wird dies bei den Anzeigen in Schwulenzeitungen. In dieser Altersgruppe kennen 16% gar keine DAH-Materialien; bei MSM in kleinstädtischen Gemeinden unter 20.000 Einwohnern liegt dieser Anteil bei 13%. Mit Ausnahme von Plakaten sind alle DAH-Materialien bei Teilnehmern, die über Printmedien geantwortet haben, in größerem Umfang bekannt als bei Internetteilnehmern.

Wissen zu Übertragungswegen und Kombinationstherapien

Um das Basiswissen der Befragungsteilnehmer zur HIV-Infektion abzubilden, wurde erfragt, wodurch sich HIV übertragen lässt: über Speichel, Sperma, Kot/Urin, Blut oder durch Hautkontakte. Als korrektes Basiswissen wurde die Kombination „Blut und Sperma ja, sonstige nein“ definiert. Dieses Basiswissen war bei 89% der Befragten vorhanden. Hierbei ist eine gewisse Bildungsabhängigkeit festzustellen: 18% von MSM mit Hauptschulabschluss verfügen über kein ausreichendes Basiswissen, bei MSM mit Abitur sind es 8%.

Die seit 1996 breit verfügbaren antiretroviralen Kombinationstherapien haben einem Großteil der Betroffenen eine längere Lebensperspektive gegeben. Für die Primärprävention ergab sich mit den Kombinationstherapien die Frage, ob die Therapierbarkeit einer früher tödlich verlaufenden Krankheit zu einem risikoreicheren Sexualverhalten ermutigt. Seit 1999 wurde deshalb eine Reihe von Fragen zum Informationsstand und zu Einstellungen zu Kombinationstherapien gestellt.

Bemerkenswert ist, dass 95% aller Befragten – und auch 95% aller HIV-positiven Teilnehmer – der Aussage, dass das Virus unter antiretroviraler Therapie nicht mehr übertragen werden kann, *nicht* zustimmen. Der Unterschied zwischen einer verringerten statistischen Wahrscheinlichkeit und einer grundsätzlichen Unmöglichkeit wird somit von der wichtigsten Zielgruppe der HIV-Primärprävention sehr wohl wahrgenommen. Auch stimmen 65% der Aussage zu, dass Menschen mit HIV und AIDS mit den Kombinationstherapien länger leben. Nur 4% glauben, dass dadurch AIDS derzeit endgültig geheilt werden kann.

Gewalterfahrungen

Der Anteil von schwulen Männern, die in Deutschland Opfer von antischwuler Gewalt wurden, ist im Zeitraum der im Rahmen der BZgA durchgeführten Erhebungen relativ konstant geblieben. 13% der Befragten waren im Jahr vor der Erhebung 2007 von verbaler Gewalt betroffen, d.h. sie sind beschimpft, beleidigt oder angepöbelt worden.

Regionale Unterschiede in der Betroffenheit von antischwuler Gewalt bestehen kaum. Antischwule Gewalt betrifft in höherem Masse junge Männer in Schule und Ausbildung: Hier sind 30% in den letzten zwölf Monaten angepöbelt oder beleidigt worden. Auch die Anteile von physischer Gewalt liegen hier mit 6% deutlich über dem Durchschnitt (siehe oben).

Von Pöbeleien und Beschimpfungen betroffen sind insbesondere Männer, die ihre Homosexualität offen leben (16% der Männer, die sich gegenüber allen bedeutsamen Personen im sozialen Umfeld „geoutet“ haben, gegenüber 5% der nicht „geouteten“ Männer). MSM, die ihre Homosexualität nicht offen zeigen, sind – wie zu erwarten – am wenigsten von Gewalt betroffen, zahlen dafür aber den Preis, ihre Homosexualität zu verheimlichen. Die beiden genannten Zusammenhänge sind unabhängig von der Herkunftsregion der Befragten. Der Anteil von Personen mit erlebten Gewaltübergriffen ist unabhängig von der Größe des Wohnortes, an dem die Befragten leben.

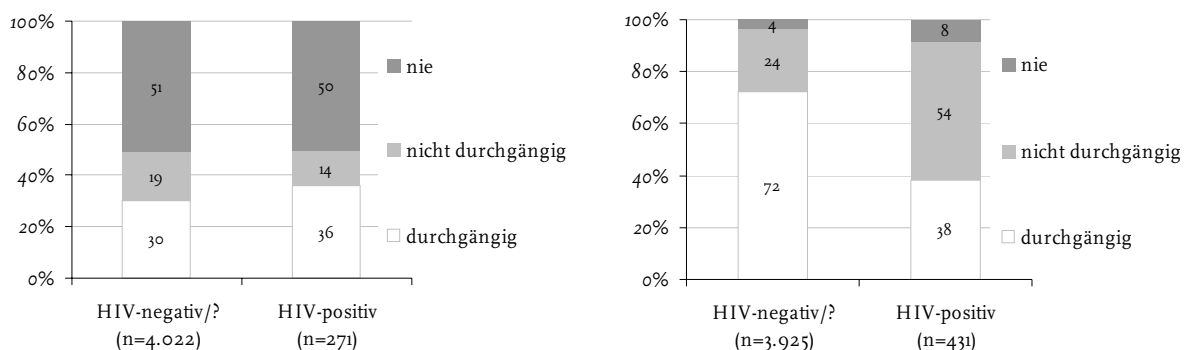
Safer Sex

Kondomgebrauch beim Analverkehr

Die Durchgängigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr hängt in hohem Maße davon ab, ob dieser mit dem festen Freund oder mit anderen Sexpartnern praktiziert wird. Diese Unterscheidung wird meist als Konzept der Ausgehandelten Sicherheit (*Negotiated Safety*) bezeichnet. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass beide Partner nicht mit HIV infiziert sind und dass außerhalb der festen Beziehung keine Infektionsrisiken eingegangen werden, also Analverkehr mit anderen Sexpartnern nicht stattfindet oder nur mit Kondom praktiziert wird. Diese Strategie scheint weit verbreitet zu sein (zur besseren Vergleichbarkeit wurden nur Teilnehmer betrachtet, die angeben, in den 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr praktiziert zu haben). Während etwa die Hälfte HIV-negativer oder ungetesteter MSM angibt, innerhalb fester Partnerschaften grundsätzlich *kein* Kondom zu verwenden (**Abbildung 7**, links), verzichten beim Analverkehr mit anderen Partnern nur 4% grundsätzlich auf Kondome (**Abbildung 7**, rechts). Umgekehrt geben 30% an, innerhalb der festen Partnerschaft, und 72%, mit anderen Sexpartnern durchgängig Kondome beim Analverkehr zu verwenden.

HIV-positive Teilnehmer verwenden zwar innerhalb fester Beziehungen genauso häufig Kondome wie zuletzt HIV-negativ getestete Teilnehmer; beim Analverkehr mit anderen Sexpartnern sind es hier jedoch nur 38%, die durchgängig ein Kondom verwenden; 54% der HIV-positiven Teilnehmer hingegen verwenden das Kondom „flexibel“, zum Teil je nach vermutetem oder erklärtem HIV-Testergebnis des Sexpartners.

Abbildung 8: Kondomnutzung beim Analverkehr in den 12 Monaten vor der Befragung nach HIV-Serostatus
links: mit dem festen Freund rechts: mit anderen Sexpartnern

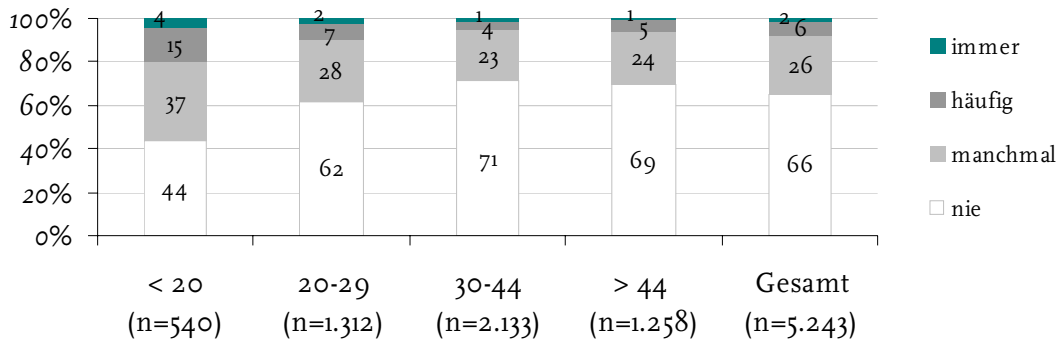


Oraler Kontakt mit Sperma

Die Rolle des Kondoms für die Ansteckungsgefahr mit HIV bei oralem Kontakt von Sperma wird von verschiedenen Akteuren im Präventionsbereich in Deutschland unterschiedlich bewertet. Der orale Kontakt mit Sperma gilt gegenüber dem Analverkehr als ein nachgeordnetes Infektionsrisiko für HIV; Übertragungen sind jedoch beschrieben. Die folgende Analyse berücksichtigt ausschließlich zuletzt negativ oder ungetestete MSM, die für die vergangenen zwölf Monate andere Sexpartner als den primären Partner angeben. Auf dieser Grundlage wird von zwei Dritteln dieser Männer verneint, dass andere Sexpartner jemals in den letzten 12 Monaten in ihrem Mund „abgespritzt“ haben. Auffälligerweise und im Unterschied zu riskanten analen Sexpraktiken (mit anderen Sexpartnern als dem festen Freund) wird das eher kleine Risiko einer HIV-Infektion durch die oralen Kontakt mit Sperma vor allem von jüngeren MSM (unter 30 und insbesondere unter 20 Jahren) eingegangen (**Abbildung 8**). Insgesamt geben 8% der HIV-negativen oder ungetesteten MSM an, häufig oder immer beim Sex mit anderen Partnern Sperma oral aufzunehmen.

Abbildung 8: Oraler Kontakt mit Sperma nach Altersgruppen

Basis: nicht oder zuletzt HIV-negativ gestestete Teilnehmer mit anderen als dem primären Partner).



Zusammenfassende Trends bei Safer Sex und Testverhalten

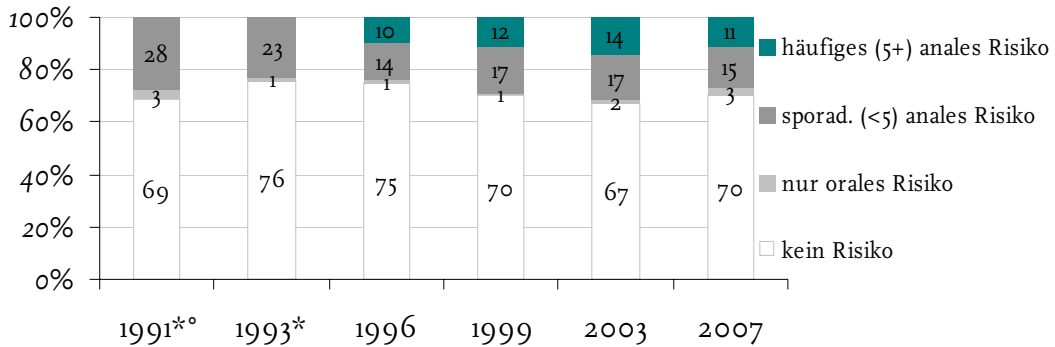
Die Wiederholungsbefragungen der BZgA werden seit 1991 über die Schwulenpresse und seit 2003 auch über das Internet durchgeführt. Es bietet sich daher an, Wissen, Verhalten und Einstellungen von MSM im Zeitverlauf zu untersuchen. Dies ist mit methodischen Schwierigkeiten behaftet. Ein Problem ist der Wechsel in der Stichprobengewinnung (Befragung über Printmedien und/oder das Internet). Wie bereits dargestellt, ist das Internet heutzutage besser geeignet als Szenezeitschriften für schwule Männer, um ein in vielfacher Hinsicht breites Spektrum von MSM zur Teilnahme an derartigen Befragungen zu bewegen. So sind in den Befragungswellen von 2003 und 2007 mehr junge MSM aus nicht-großstädtischen Regionen vertreten, wodurch die Daten in diesen beiden Jahren besonders beeinflusst sind. Zudem handelt es sich bei allen Befragungswellen um Querschnittsuntersuchungen, die die Gruppe der MSM grundsätzlich nicht repräsentativ abbilden können. Um diese Probleme handhabbar zu machen, sind die folgenden Trenduntersuchungen auf Teilnehmer, die in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern leben und 25 Jahre oder älter sind. Diese Gruppe ist auch gerade deshalb interessant, weil einerseits der dokumentierte Anstieg der HIV-Neudiagnosen hauptsächlich auf in Großstädten erworbene Infektionen zurückgeht, andererseits die Möglichkeiten für schnellen, anonymen oder Gruppensex in Großstädten ausgeprägter sind, und nicht zuletzt weil aus anderen Untersuchungen bekannt ist, dass MSM ab 25 Jahren sexuell sehr viel aktiver sind als jüngere MSM.

In **Abbildung 9** sind HIV-Infektionsrisiken im Rahmen unterschiedlicher sexueller Praktiken im Verlauf der letzten siebzehn Jahre dargestellt: Zum einen das Risiko, sich selbst oder andere beim ungeschütztem Analverkehr mit HIV zu infizieren („anales Risiko“)¹, zum anderen – falls ein

¹ Antworten auf die Fragen: „Hatten Sie in den vergangenen zwölf Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen Testergebnis Sie nicht kannten / der ein anderes Testergebnis hatte als Sie?“

solches anales Risiko nicht vorlag – das Risiko, sich selbst oder andere beim Oralverkehr (Ejakulation in den Mund) mit HIV zu infizieren („nur orales Risiko“).² Ab dem Jahr 1996 wurde zusätzlich nach der *Häufigkeit* ungeschützten Analverkehrs gefragt. Weniger als fünf Episoden pro Jahr wurden von uns als „sporadisch“, fünf oder mehr als „häufig“ definiert.

Abbildung 9: Risikokontakte im Zeitverlauf
(Basis: MSM ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern)



*1991 und 1993 wurde nicht nach Häufigkeiten ungeschützten Analverkehrs unterschieden; die 28% bzw. 23% entsprechen somit MSM, die „sporadisch“ oder „häufig“ ein „anales Risiko“ eingegangen sind.

°Für 1991 wurde die Häufigkeit des „nur oralen Risikos“ anders abgefragt und liegt somit aus methodischen Gründen höher als in den Folgejahren..

Nach Eingrenzung auf MSM ab 25 Jahren in Großstädten (2007: n=2.602) zeigt sich, dass es zeitgleich mit der breiten Einführung der HIV-Kombinationstherapien (etwa 1996) zu einem leichten Absinken des Anteils derjenigen MSM kommt, die keine relevanten Risiken hinsichtlich einer HIV-Übertragung eingehen. Seitdem bleibt dieser Anteil in Deutschland entgegen häufig geäußerten Meinungen ausgesprochen stabil bei etwa 70%: Vorbehaltlich des nicht genau modellierbaren Einflusses der Veränderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmer der verschiedenen Erhebungswellen lässt sich eine deutliche Erosion von *Safer Sex* im Verlauf der letzten siebzehn Jahre mit diesen Daten *nicht* belegen.

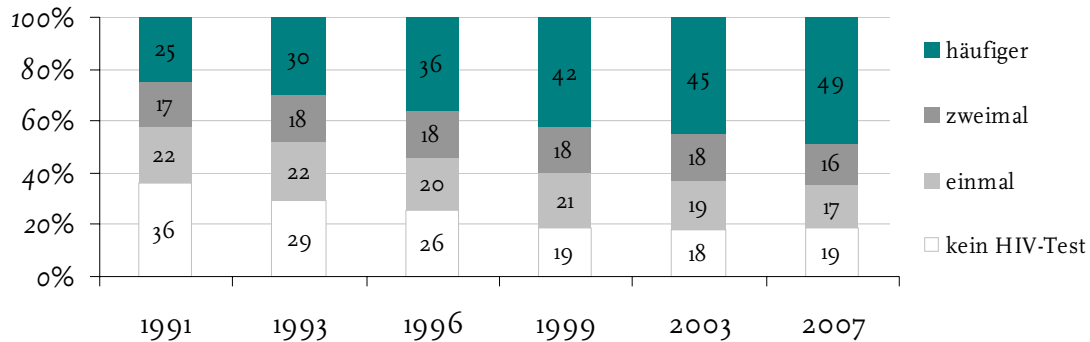
Jeweils etwa 30% aller im Jahr 2007 teilnehmenden MSM (n=8.170) geben an, im Jahr vor der jeweiligen Befragung sexuelle Kontakte gehabt zu haben, bei denen ein mögliches Ansteckungsrisiko für HIV bestand. Dabei handelt es sich mehrheitlich um sporadische Ereignisse (weniger als 5 Episoden ungeschützten Analverkehrs). 11% aller Teilnehmer der letzten Befragung erinnern sich an fünf oder mehr Episoden. An dieser Stelle sei angemerkt, dass 3% aller Befragungsteilnehmer angeben, häufig oder regelmäßig „Partydrogen“ wie Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Ketamin oder LSD zu konsumieren. Ungeschützter Analverkehr ist – insbesondere bei HIV-positiven MSM – in hohem Maße mit diesem Konsummuster verbunden, welches vermutlich in vielen Fällen auch ursächlich zum Verzicht auf Schutzmaßnahmen beiträgt.

Ebenfalls entgegen häufig geäußerten Prognosen und Erwartungen sind die durchschnittlichen Partnerzahlen homo- und bisexueller Männer in Deutschland in den letzten siebzehn Jahren relativ stabil geblieben. Insbesondere der Anteil der für die Dynamik von sexuell übertragbaren Infektionen besonders relevanten Teilnehmer mit sehr hohen Partnerzahlen (>50) ist den letzten neun Jahren rückläufig und lag zuletzt bei 7% (bezogen auf MSM ab 25 Jahren in Großstädten; bei Jüngeren oder MSM aus kleineren Städten ist dieser Anteil noch deutlich niedriger). Der Vergleich der verschiedenen Erhebungen liefert somit keine belastbaren Hinweise darauf, dass der Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei MSM in Deutschland auf merklich gestiegene Partnerzahlen zurückzuführen sein könnte.

² Antworten auf die Fragen „Spritzen Sie beim Sex mit anderen Partnern in deren Mund ab?“ (HIV-positiv getestete MSM) bzw. „Spritzen andere Partner in Ihrem Mund ab?“ (ungetestete oder zuletzt HIV-negativ getestete MSM). Als potentiell riskant gewertet wurden die Antwortmöglichkeiten „häufig“ oder „immer“ (1991: „manchmal“ oder „immer“).

Im Zeitverlauf der Erhebungswellen wird ferner deutlich, dass der Anteil der MSM, die keinen HIV-Test gemacht haben, von über einem Drittel (1991) auf ein knappes Fünftel (seit 1999) gesunken ist (**Abbildung 10**). Entsprechend gegenläufig nehmen die Anteile der Männer, die sich häufiger als zweimal haben testen lassen, zwischen 1991 und 2007 von einem Viertel auf die Hälfte der Teilnehmer kontinuierlich zu.

Abbildung 10: Testverhalten im Zeitverlauf
(Basis: MSM ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern)



Auch bei der hier vorgenommenen Eingrenzung der Auswertung auf MSM, die 25 Jahre oder älter sind und in Großstädten leben, zeigt sich, dass im Jahre 2007 mehr „szeneferne“ MSM erreicht wurden als in früheren Befragungen; insofern ist es unwahrscheinlich, dass der Trend zu mehr HIV-Tests überschätzt wird. Möglicherweise hängt die höhere Testbereitschaft mit den Behandlungsmöglichkeiten von AIDS durch die antiretroviralen Therapien zusammen, die seit 1996 als Kombinationstherapien für viele Erkrankte zugänglich wurden. Durch diese Behandlungsmöglichkeiten wandelte sich AIDS von einer tödlichen Infektion zu einer chronischen Erkrankung. Gleichzeitig wurde der HIV-Antikörpertest als Mittel der Sekundärprävention in den meisten westlichen Ländern – zeitversetzt auch in Deutschland – von AIDS-Hilfen zunehmend befürwortet. Dies könnte dazu beitragen, dass mehr MSM es „wagen“, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, da ein positives Testergebnis seither nicht mehr so stark mit Schrecken behaftet ist. Der hier dargestellte Trend im Testverhalten ist ein weiteres Indiz dafür, dass der beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen bei MSM teilweise über die Zunahme der Testhäufigkeit in dieser Gruppe zu erklären ist.

Für die Präventionsarbeit in Deutschland kann zusammenfassend festgestellt werden, dass drei wesentliche Ziele erreicht worden sind:

1. Immer mehr MSM machen regelmäßig einen HIV-Test. Eine sekundärpräventive Botschaft der AIDS-Hilfen und der BZgA ist somit bei der Zielgruppe angekommen. Die zeitnahe Kenntnis eines positiven HIV-Status ermöglicht, dass HIV-Infektionen rechtzeitig medikamentös behandelt werden können (Sekundärprävention).
2. Der Anteil schwuler Männer, die beim Analverkehr – vor allem mit Sexpartnern außerhalb fester Beziehungen – durchgängig ein Kondome verwenden, ist über einen Zeitraum von siebzehn Jahren mit etwa 70% gleichbleibend hoch. Dieses Ergebnis ist nicht denkbar ohne die Anstrengungen kontinuierlicher Präventionsarbeit, die seit den 1990er Jahren immer wieder neue Schwerpunkte gesetzt hat.
3. Der hohe Bekanntheitsgrad der DAH-Materialien auch unter vorwiegend *online* befragten MSM stellt weiterhin eine gute Grundlage für zielgruppengerichtete Präventionsarbeit dar.

Diese weitgehend positiven Ergebnisse geben jedoch keinen Anlass, die Bemühungen zur Verminderung neuer HIV-Infektionen in der Gesellschaft, bei MSM oder bei sich selbst zu

vernachlässigen. Immerhin berichtet mehr als jeder Zehnte der befragten MSM, im Jahr vor der Befragung mindestens fünfmal ungeschützten Analverkehr mit einem Partner gehabt zu haben, dessen HIV-Testergebnis er nicht kannte (oder das sogar bekanntermaßen anders war als das eigene).

Weitere Forschung sollte sich somit näher mit den Kontexten häufigen ungeschützten Analverkehrs beschäftigen. Dabei sollte auch der vorschnelle Kondomverzicht in festen Partnerschaften thematisiert werden. In dieser Befragung verzichtet die Hälfte der Männer beim Analverkehr mit dem festen Freund grundsätzlich auf Kondome und erliegt dabei nicht selten einer Schutzillusion: Qualitative Studien und Beratungsgespräche zeigen, dass auch gegenwärtig ein bedeutender Anteil von HIV-Infektionen innerhalb fester Beziehungen erworben wird.

Auch die Bedingungen für die Offenlegung des eigenen HIV-Testergebnisses bei der Suche nach Sexpartnern mit gleichem HIV-Status (*Serosorting*) verdienen weitere Aufmerksamkeit.

Für HIV-Positive ist eine diskriminierungsfreie Atmosphäre innerhalb der „Szene“, aber auch gesamtgesellschaftlich, eine wesentliche Voraussetzung, ihren Serostatus zu offenbaren. Für HIV-negative MSM stellt sich vor allem die Frage, *wie* über das letzte HIV-Testergebnis kommuniziert wird und welche Bedeutung ein solches negatives Testergebnis für das konkrete Schutzverhalten besitzt. So kann zum Beispiel ein „nachweislich“ negatives Testergebnis eine „frische“ Infektion des Sexpartners nicht ausschließen, und gerade bei „frisch“ Infizierten ist – zeitlich vor der Möglichkeit, mit dem üblichen Antikörpertest die Infektion nachzuweisen – die Ansteckungsfähigkeit am größten. Auf welcher Grundlage die Einschätzungen des HIV-Status des Partners beim flüchtigen Sex vorgenommen werden, ist daher Schwerpunkt weiterer Analysen unserer Daten.

Kontakt:

Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
10785 Berlin