



EUROPEAN MSM INTERNET SURVEY EMIS-2017

Länderbericht für Österreich

WWW.AIDS.AT

EMIS-2017 wurde als Teil von ESTICOM¹ unter dem Dienstleistungsvertrag 2015 71 01 mit der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (Chafea) der Europäischen Kommission durchgeführt. Der Vertrag ging aus der Ausschreibung Nr. Chafea/2015/Health/38 hervor.

¹ <https://www.esticom.eu>

Danksagung

Die Autor*innen danken zuerst allen Personen, die am EMIS-2017 teilgenommen haben.

Die Koordination von EMIS-2017 erfolgte durch *Sigma Research* an der *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (LSHTM) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut (RKI) in Berlin. Das EMIS Kernteam bei Sigma Research (LSHTM) besteht aus: Dr. Axel J. Schmidt, Dr. Ford Hickson; David Reid, und Peter Weatherburn; das RKI-Team besteht aus: Dr. Ulrich Marcus und Susanne B. Schink.

10% der in Österreich lebenden Befragten wurden über NGO-Partner*innen durch Aktivitäten auf Facebook und anderen *Social-Media*-Plattformen sowie das Schalten von Bannern auf ihren Homepages rekrutiert.

Wir danken diesen Partner*innen für das große Engagement.

In Österreich haben insbesondere folgende Mitarbeiter*innen der Aids Hilfe Wien das Projekt unterstützt: Johannes Bullinger, Mag.a Dominique Schibler, Mag. Thomas Baumgartner, MA, Mag.a Andrea Brunner und Mag.a Isabell Eibl. Vielen Dank auch allen Präventionsmitarbeiter*innen der AIDS-Hilfen Österreichs, die durch das Einbringen von Fragestellungen und kritischer Diskussion das Projekt bereichert haben. Zuletzt auch Assoc. Prof. (FH) Mag. Dr. Frank M. Amort von der FH JOANNEUM für die kontinuierliche Unterstützung des Projektes.

Unser besonderer Dank geht an Dr. Axel J. Schmidt von der *London School of Hygiene & Tropical Medicine* für seine vielseitige Unterstützung und die Ermöglichung der Analyse der österreichischen Daten.

Inhalt

1. Einleitung	7
1.1. <i>LGBTI-Rechte und Situation in Österreich</i>	7
1.2. <i>Ziele und Gegenstand von EMIS-2017</i>	8
2. Methoden	9
2.1. <i>Inklusionskriterien</i>	9
2.2. <i>Fragebogenentwicklung</i>	9
2.3. <i>Rekrutierungsprozess der Teilnehmer</i>	10
2.4. <i>Teilnahmequote</i>	10
2.5. <i>Benutzte Sprachen</i>	10
2.6. <i>Quellen der Rekrutierung</i>	11
2.7. <i>Datenaufbereitung</i>	12
3. Soziodemographische Daten	13
3.1. <i>Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geburtsgeschlecht</i>	13
3.2. <i>Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität, Coming-out</i>	14
3.3. <i>Alter</i>	16
3.4. <i>Region, Bundesland, Wohnort und Wohnortsgröße</i>	17
3.5. <i>Wahrgenommene Zugehörigkeit zu ethnischer Minderheit</i>	19
3.6. <i>Geburtsland, Aufenthaltsdauer in Österreich und Migrationsgründe</i>	20
3.7. <i>Bildung, Beschäftigung und finanzielle Situation</i>	22
3.8. <i>Aktueller Beziehungsstatus</i>	26
3.9. <i>Transaktionaler Sex</i>	29
4. Morbiditäten	31
4.1. <i>Psychische Gesundheit</i>	31
4.1.1. <i>Angststörung/ Depression</i>	31
4.1.2. <i>Suizidale Gedanken</i>	32
4.1.3. <i>Sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit</i>	32
4.1.4. <i>Alkoholabhängigkeit</i>	34
4.2. <i>HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen</i>	35
4.2.1. <i>Prävalenz und Inzidenz von HIV-Diagnosen</i>	35
4.2.2. <i>Viruslast der HIV-positiven MSM</i>	36
4.3. <i>Andere STI</i>	37
4.3.1. <i>Chlamydien</i>	37
4.3.2. <i>Gonorrhoe</i>	37
4.3.3. <i>Syphilis</i>	37
4.3.4. <i>Anal- und/oder Genitalwarzen</i>	38
4.3.5. <i>Hepatitis C</i>	38
5. Sex, Schutz- und Risikoverhalten	39
5.1. <i>Sex und Analverkehr mit Männern</i>	39
5.1.1. <i>erster Sex und erster Analverkehr mit Männern</i>	39
5.1.2. <i>letzter Sex und letzter Analverkehr mit Männern</i>	40

5.2.	<i>Feste und nicht-feste Sexualpartner im letzten Jahr</i>	42
5.2.1.	Feste Sexualpartner	42
5.2.2.	Nicht-feste Sexualpartner	43
5.3.	<i>Häufigkeit der Kondomnutzung nach HIV-Status</i>	44
5.3.1.	Eigener HIV-Status	44
5.3.2.	HIV-Status der nicht-festen Sexualpartner	45
5.3.2.1.	Kondomloser Analverkehr mit HIV-positiven nicht-festen Partnern	45
5.3.2.2.	Kondomloser Analverkehr mit HIV-negativen nicht-festen Partnern	46
5.3.2.3.	Kondomloser Analverkehr mit nicht-festen Partnern mit unbekanntem HIV-Status	47
5.4.	<i>Sex mit Frauen</i>	48
5.4.1.	Letzter Sex mit Frauen	48
5.5.	<i>Substanzkonsum</i>	50
5.5.1.	Letzter Konsum von Substanzen	50
5.5.2.	Intravenöser Konsum von Steroiden und stimulierenden Substanzen	53
5.6.	<i>Chemsex (Kombination von Sex und stimulierenden Substanzen)</i>	55
5.6.1.	Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Alkohol oder stimulierenden Substanzen in den letzten 12 Monaten	55
5.6.2.	Letzter nüchterner Sex, Chemsex und Gruppen-Chemsex	57
5.6.3.	Orte des letzten Gruppen-Chemsex	58
5.6.4.	Dauer von Gruppen-Chemsex	59
5.7.	<i>Nutzung der Post-Expositionsprophylaxe (PEP)</i>	60
5.8.	<i>Nutzung der Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)</i>	62
5.9.	<i>HIV-Therapie</i>	64
5.9.1.	Zeit zwischen Diagnose und Behandlung	65
5.10.	<i>Hepatitis A und Hepatitis B Impfung</i>	66
6.	Ressourcen, Zugang und Kompetenzen für präventives Verhalten	67
6.1.	<i>Ressourcen und Erfahrungen relevant für das Gesundheitsverhalten</i>	67
6.1.1.	Wahrgenommene soziale Unterstützung	67
6.1.2.	Internalisierte Homonegativität	68
6.1.3.	Erfahrungen mit homophoben Einschüchterungen und Gewalt	69
6.2.	<i>Ressourcen und Erfahrungen relevant für das Sexualverhalten</i>	71
6.2.1.	Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit	71
6.2.2.	Verfügbarkeit von Kondomen während des Sex	72
6.2.3.	Wissen zur Übertragung von HIV und anderen STI	74
6.3.	<i>Sorgen über den eigenen Substanzkonsum</i>	75
6.4.	<i>Kenntnis, Wissen und Zugang zur PEP</i>	76
6.4.1.	Kenntnis von der PEP	76
6.4.2.	Wissen über die PEP	76
6.4.3.	Zugang zur PEP	77
6.5.	<i>Kenntnis, Wissen und Einnahmewahrscheinlichkeit zur PrEP</i>	78
6.5.1.	Kenntnis von der PrEP	78
6.5.2.	Wissen über die PrEP	78
6.5.3.	Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP	80
6.6.	<i>Wissen und Kenntnis zu HIV</i>	81
6.6.1.	Wissen und Kenntnis zu HIV, HIV-Testung und Behandlung	81
6.6.2.	Kenntnis des eigenen HIV-Status	83
6.6.3.	Kenntnis von HIV-Testangeboten	84
6.6.4.	Zugang zu antiretroviraler Therapie	84
6.7.	<i>Wissen über virale Hepatiden und Impfstatus</i>	86

6.7.1.	Wissen über Hepatitis A und B	86
6.7.2.	Eigener Impfstatus.....	86
7.	Präventionsmaßnahmen und Beratungsangebote	88
7.1.	Kondombeschaffung.....	88
7.2.	Unterstützungs- und Beratungsangebote hinsichtlich des Konsums von Alkohol und stimulierender Substanzen.....	89
7.3.	PrEP-Angebote.....	91
7.3.1.	Gespräche über die PrEP.....	91
7.3.2.	PrEP-Rezepte und Beratung vor Nutzung der PrEP	92
7.3.3.	Bezug der PrEP	92
7.4.	Vermittlung von Informationen zu HIV und STI	93
7.5.	HIV-Testung.....	94
7.5.1.	Zeitpunkt des letzten HIV-Test	94
7.5.2.	Ort des letzten HIV-Test	96
7.5.3.	Ort der HIV-Diagnose.....	97
7.5.4.	Betreuung und Unterstützung nach der Diagnosestellung	98
7.5.5.	HIV-Verlaufskontrolle	98
7.6.	Angebot der Hepatitis-Impfung.....	99
7.7.	STI-Testangebote.....	100
7.7.1.	Zeitpunkt der letzten STI-Testung	101
7.7.2.	Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter	102
7.7.3.	Umfang der STI-Tests.....	103
7.7.4.	Partnerbenachrichtigung.....	104
8.	Letzter sexueller Kontakt mit nicht-festen/m Partner/n	105
8.1.	Anzahl der nicht-festen Partner beim letzten sexuellen Kontakt.....	105
8.2.	Anzahl der nicht-festen Partner beim letzten sexuellen Kontakt nach HIV-Status.....	106
8.3.	Sexuelle Praktiken.....	107
9.	Conclusio	108
10.	Referenzen	111
11.	Anhang A: Abbildungsverzeichnis.....	114
12.	Anhang B: Tabellenverzeichnis.....	119

1. Einleitung

Geschätzt leben in Österreich 8.000 – 9.000 Menschen mit dem Humanen Immunschwäche-Virus (im Folgenden mit HIV abgekürzt). 2019 wurden 430 HIV-Neudiagnosen gestellt. Zum Vergleich wurden in den Jahren 2018 - 397, 2017 - 510, 2016 - 447 Neudiagnosen gestellt. Auch die Verteilung über die Bundesländer unterscheidet sich nicht wesentlich von jener in den Vorjahren.

Die Gründe für die erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit bei Männern, die Sex mit Männern haben (im Folgenden mit MSM abgekürzt) sind vielfältig, es sind biologische Faktoren, ein mögliches riskantes Sexualleben, Stigmatisierung und Diskriminierung von Homosexualität und ein Verbergen der Sexualität zu nennen.

2011 haben bereits verfügbare Interventionen in westlichen Ländern ausgereicht um 25% der Neuinfektionen zu verhindern (Sullivan et al., 2012). Für effektive Maßnahmen sollte man die unterschiedlichen Wirksamkeiten der Präventionen, die Kontexte und die Heterogenität der vulnerablen Gruppen berücksichtigen. Anlässlich der vielfältigen Ursachen der erhöhten HIV-Übertragungswahrscheinlichkeit wird eine „kombinierte Prävention“, welche soziale, biomedizinische und Verhaltensmethoden verbindet, empfohlen (Hart & Elford, 2010; ECDC, 2017).

1.1. LGBTI-Rechte und Situation in Österreich

Die rechtliche Situation, mit der MSM in Österreich leben, ist mittlerweile weitgehend verbessert. Lange Zeit jedoch und vor allem zu Zeiten des Nationalsozialismus war die Gesetzgebung gegenüber homosexuellen Menschen diskriminierend und ging mit Verfolgung und Strafen einher.

1971 wurde die Homosexualität zwischen Erwachsenen legalisiert (Bundesgesetzblatt, 1971). Das bedeutete den ersten Schritt in die Richtung Gleichberechtigung. Erst 2002 wurde das Schutzalter aufgrund einem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs für männliche Homosexuelle von 18 auf 14 gesenkt, die Senkung des Schutzalters trat ab März 2003 in Kraft. Daraufhin folgte 2004 ein Antidiskriminierungsgesetz gegen homosexuelle Menschen. Das Gleichbehandlungsgesetz inkludiert seit 2004 auch Menschen mit nicht-heteronormativer sexueller Orientierung. 2009 erfolgte die gesetzliche Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, zum ersten Januar 2010 trat das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz in Kraft.

Mit 31. Dezember 2018 hat der österreichische Verfassungsgerichtshof (im Folgenden VfGH abgekürzt) die unterschiedlichen Regelungen für verschieden- und gleichgeschlechtliche Paare aufgehoben. Dieser Schritt wurde seitens des VfGH mit dem Diskriminierungsverbot des Gleichheitsgrundsatzes begründet. Somit steht seit 01. Jänner 2019 der Zugang zur Ehe auch jenen Paaren zur Verfügung, die davor davon ausgenommen waren. Gleichzeitig steht seitdem die eingetragene Partnerschaft auch verschiedengeschlechtlichen Paaren offen.

1.2. Ziele und Gegenstand von EMIS-2017

EMIS wurde 2010 zum ersten Mal durchgeführt (The EMIS Network, 2013). Im Forschungsfokus stand schon bei der ersten großflächigen Studie das Erfassen von Daten zur Zielgruppe MSM. Indem man darstellte, wie es um die Gesundheit, das Verhalten und das Leben steht, konnte eine bessere und effektivere HIV-Prävention ermöglicht werden (*European Surveys and Training to Improve MSM Community Health* [ESTICOM], 2018).

Das Gesamtziel von EMIS-2017 war es, Daten zu generieren, die für die HIV- und STI²-Prävention, die Betreuungsprogramme und für die nationale und internationale Übersicht genutzt werden können. Die Umfrage strebt an, die unterschiedlichen Verteilungen von HIV-Übertragungsrisiken und präventiven Verhaltensweisen zu erfassen. Des Weiteren sollen HIV-Präventionsbedürfnisse aufgedeckt werden. Außerdem hofft man einen Überblick über das selbstbeschriebene Testungsverhalten und über genannte Diagnosen von Geschlechtskrankheiten, HIV und Hepatitis zu erhalten.

Auf nationaler Ebene erhebt die Studie Daten für ein vertieftes Verständnis der Bedürfnisse der Populationen, um im Anschluss die Präventionsprogramme besser anpassen zu können. International liefern die erhobenen Informationen Auskünfte darüber, wie nationale Gewohnheiten, kulturelle Praktiken und gesetzliche Lagen Einflüsse auf die epidemische Verteilung von HIV-Infektionen haben.

² STI – sexuell übertragbare Infektionen inkl. viraler Hepatiden

2. Methoden

EMIS-2017 wurde als Querschnittsstudie angelegt. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines anonymen, selbstauszufüllenden Online-Fragebogens. An der Studie, deren Erhebungszeitraum vom 18. Oktober 2017 bis Ende Januar 2018 war, nahmen 137.358 Männer und Trans*männer teil. Die Auswertung erfolgte sowohl zentral als auch durch Partner*innen in den einzelnen, beteiligten Ländern. Die ausführliche Methodik ist in den entsprechenden Veröffentlichung nachzulesen (Weatherburn *et al.* 2020, The EMIS Network 2019) und wurde für diesen Report teilweise ins Deutsche übertragen.

Dieser Bericht stellt die deskriptiven Ergebnisse der zweiten, europaweit durchgeführten Befragung von MSM für das Land Österreich dar. EMIS ist die größte internationale und mehrsprachige Studie für MSM.

2.1. Inklusionskriterien

Einbezogen wurden MSM in 50 Ländern. Dazu gehörten alle Länder der EU und der EFTA, inklusive der Kleinstaaten Andorra, Liechtenstein, Monaco und San Marino, alle EU-Kandidatenländer, die östlichen und südlichen Länder der Europäischen Nachbarschaftspolitik sowie Russland, Kanada und die Philippinen.

Die Einschlusskriterien für Antwortende lauteten konkret: sie identifizierten sich als Mann oder Trans*Mann, fühlten sich von Männern sexuell angezogen bzw. hatten Sex mit Männern und lebten in einem der 50 spezifizierten Länder. Um in die Datenanalyse einzugehen, mussten die Teilnehmer zudem angeben, dass sie das Ziel der Befragung verstanden und das in ihrem Land geltende Schutzalter für gleichgeschlechtlichen Sex erreicht hatten. Konkret für Österreich bedeutete dies, dass es den MSM erst ab 14 Jahren erlaubt war, den Fragebogen auszufüllen.

Europaweit erfüllten 95,3% der Teilnehmer alle fünf Anforderungen.

In Österreich besteht der Datensatz aus 2.705 gültigen Teilnehmern. Davon bereits abgezogen wurden zehn ungültige Teilnehmer, deren Daten nicht in die Auswertung einfließen. Diese Stichprobe bildet die Basis des vorliegenden Berichts, welcher die Auswertung der österreichischen Daten abbildet.

2.2. Fragebogenentwicklung

Die Fragebogenentwicklung erfolgte durch einen interaktiven Prozess, an dem Mitglieder des zu ESTICOM bzw. EMIS zugehörigen Netzwerks beteiligt waren. Forscher, Experten der *Public-Health*-Abteilungen diverser Länder, Repräsentanten der LGBTI-Community und Aktivisten in ganz Europa und darüber hinaus haben bei der Revision des EMIS-2010 Fragebogens geholfen. Im August 2017 wurde die englische Version des Fragebogens finalisiert, vor der Veröffentlichung wurde der Fragebogen in 33 Sprachen übersetzt. Hauptverantwortlich für den Fragebogen und die Durchführung von EMIS insgesamt war *Sigma Research* der *London School of Hygiene & Tropical Medicine*.

2.3. Rekrutierungsprozess der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Teilnehmer fand sowohl auf einer internationalen, als auch auf einer lokalen Ebene statt. Die meisten Teilnehmern wurde im Rahmen der internationalen Rekrutierung über individuelle Einladungen durch Dating-Apps wie PlanetRomeo (71% aller in Österreich lebenden Teilnehmer), Grindr (7%) und Hornet (4%) erreicht. In Österreich wurde auf sozialen Medien der AIDS-Hilfen Österreichs und regionalen Medien (z.B. Xtra, Lambda) Werbung für die Umfrage gemacht (6%). Facebook, Instagram und Twitter spielten für Rekrutierung von Teilnehmern in Österreich eine untergeordnete Rolle (1%).

2.4. Teilnahmequote

EMIS-2017 war zwischen dem 18. Oktober 2017 bis zum 31. Januar 2018 online abrufbar.

Insgesamt nahmen mehr als 100.000 Personen innerhalb der Europäischen Union teil, dazu kamen noch ungefähr 6.000 Teilnehmer aus den EFTA Ländern, 7.000 aus den EU-Beitrittskandidatenländern und aus Ländern der Europäischen Nachbarschaftspolitik, 6.000 Teilnehmer aus Russland, 6.000 Teilnehmer aus Kanada und 3.500 Teilnehmer aus den Philippinen. Die Gesamtteilnehmerzahl belief sich auf 137.358 gültige Teilnehmer, darunter 2.705 Männer in Österreich.

2.5. Benutzte Sprachen

Der Fragebogen war in 33 Sprachen erhältlich.. Die Mehrheit der in Österreich lebenden Teilnehmer hat den Fragebogen in der Sprache Deutsch ausgefüllt (90,5%), gefolgt von Englisch (3,9%) und Serbisch/Kroatisch (0,8% der Teilnehmer). Insgesamt wurden in Österreich 22 verschiedene Sprachversionen verwendet.

2.6. Quellen der Rekrutierung

Insgesamt wurden 83% der Teilnehmer durch zentrale Rekrutierung gewonnen. Fast drei Viertel der Teilnehmer (71%) kamen durch PlanetRomeo an die Umfrage, über Grindr konnten 7% der Teilnehmer rekrutiert werden und Hornet mobilisierte 4% der Teilnehmer.

Durch die lokale Rekrutierung im Rahmen von *Social-Media*-Kanälen und Webseiten der AIDS-Hilfen Österreichs konnten ungefähr 10% der Teilnehmer gewonnen werden.

Von etwa 7% der Teilnehmer wurde nicht bekannt, wie sie an die Umfrage gekommen waren, eine Herkunftswebsite war nicht feststellbar.

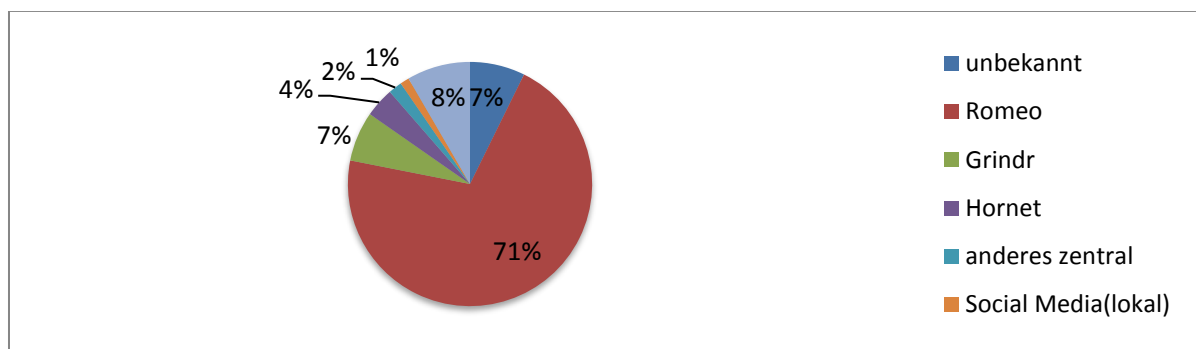


Abbildung 1: Quellen der Rekrutierung in Österreich (N=2.705).

Bei der Rekrutierung wurden Altersunterschiede festgestellt (siehe Abbildung 2). PlanetRomeo hat Teilnehmer eines breiten Altersspektrums rekrutiert, es gab einen hohen Anteil an über 50-Jährigen, und auch die meisten MSM ab 60 wurden durch PlanetRomeo mobilisiert. Der Anteil der 14- bis 29-jährigen Teilnehmer war bei den von Grindr gewonnenen MSM am höchsten.

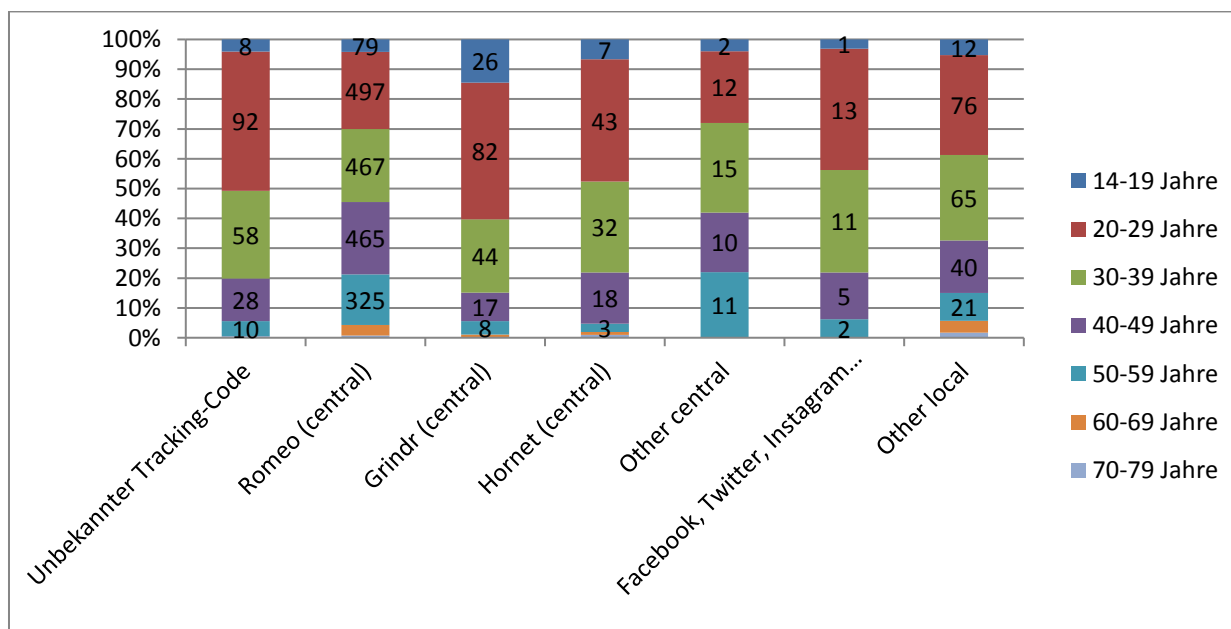


Abbildung 2: Herkunftswebsite und Alter (N=2.705).

2.7. Datenaufbereitung

Nach Beendigung des Erhebungszeitraums wurden die Rohdaten von der zentralen Forschungscoordination aufbereitet. Die nationalen Datensätze standen ab Sommer 2018 für die nationalen Partnerorganisationen bereit.

Im Vordergrund steht die Datenanalyse mittels Verfahren deskriptiver Statistik. Die einzelnen Variablen wurden hinsichtlich ihrer Häufigkeitsverteilung beschrieben.

Die einmalige Stärke von EMIS-2017 liegt im Einschluss zahlreicher Länder, die Vergleiche zulässt, und in der großen Zahl von Teilnehmern.

Mit diesen Stärken verbunden sind aber auch mögliche Einschränkungen. Denn durch den Einschluss zahlreicher Länder, bestand die Notwendigkeit, den Fragebogen in unterschiedliche Sprachen zu übersetzen. Auch wenn die Übersetzungen sorgfältig überprüft wurden, kann nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden, dass bestimmte sprachliche Fassungen an manchen Stellen leichte semantische Differenzen zum englischen Original aufweisen können, die für das Verständnis der Fragen wie auch der Antwortkategorien durch die Teilnehmer von Bedeutung sein konnten. Für die österreichische Auswertung ist dieser Aspekt jedoch zu vernachlässigen.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse durch Selbstangaben der Teilnehmer generiert wurden. Insbesondere Verzerrungen in der Erinnerung von Zeitspannen und Häufigkeiten sind zu berücksichtigen, wie auch Über- und Unterschätzungen mangels objektiver Maßstäbe.

Schließlich ist die Repräsentativität der Stichprobe nicht mit letzter Bestimmtheit zu klären. Eine Beschreibung der Grundgesamtheit von MSM in Österreich nach soziodemographischen Merkmalen liegt nicht vor. Auch ist zu beachten, dass die Erhebung ausschließlich über das Internet erfolgte. Aufgrund der großen Anzahl an Teilnehmern kann aber davon ausgegangen werden, dass MSM in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen und Kontexten mit verschiedenen biografischen Erfahrungen einbezogen werden konnten und die Wahrscheinlichkeit groß ist, dass die vorliegende Stichprobe sich der Repräsentativität annähert.

3. Soziodemographische Daten

Für die Auswertung wurden die Daten von 2.705 Teilnehmern herangezogen. Diese werden nachfolgend zum besseren Grundverständnis anhand der soziodemographischen Daten beschrieben.

3.1. Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geburtsgeschlecht

Die Beschreibung der Teilnehmenden unterscheidet zwischen ihrer Geschlechtsidentität zum Zeitpunkt der Befragung und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

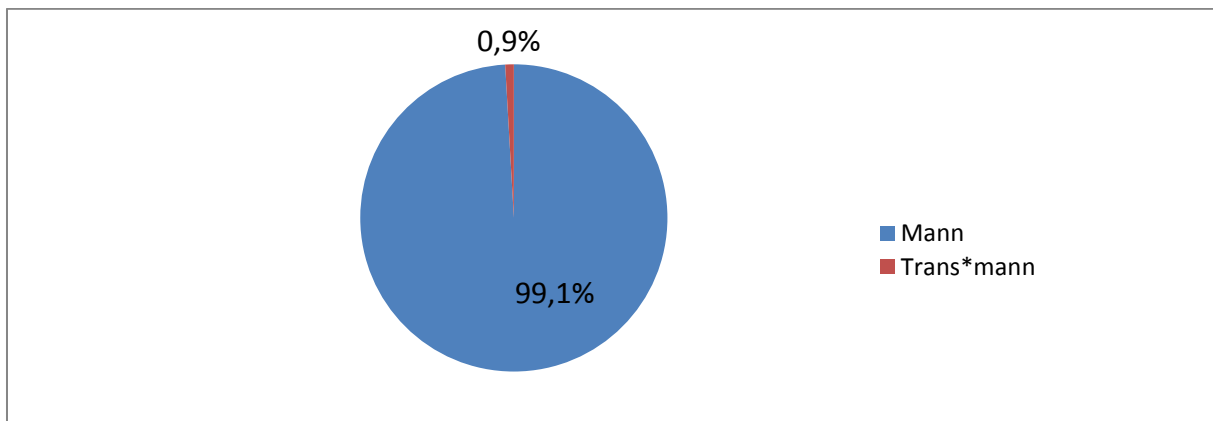


Abbildung 3: Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geburtsgeschlecht (N=2.705)

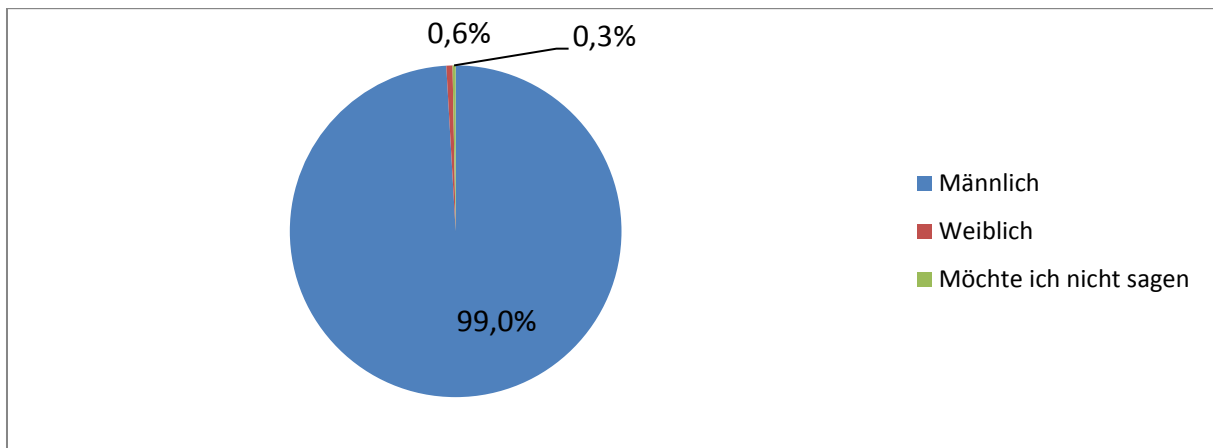


Abbildung 4: zugewiesenes Geburtsgeschlecht (N=2.705)

3.2. Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität, Coming-out

Die Frage von welchem Geschlecht sie sich angezogen fühlen beantworteten 2.699 Teilnehmer (99,8%).

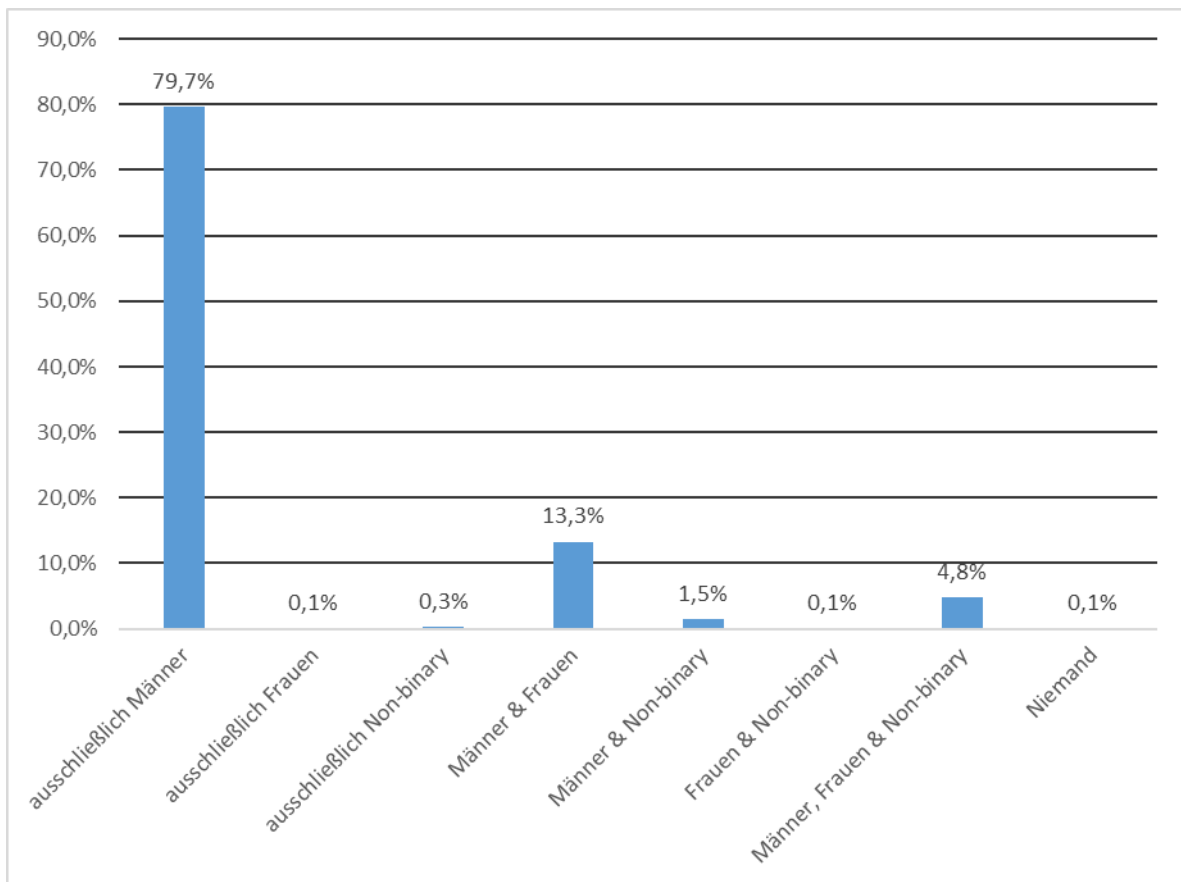


Abbildung 5: sexuelle Anziehung (N=2.699)

2.703 Teilnehmer (99,9 %) antworteten auf die Frage, wie sie ihre sexuelle Identität beschreiben.

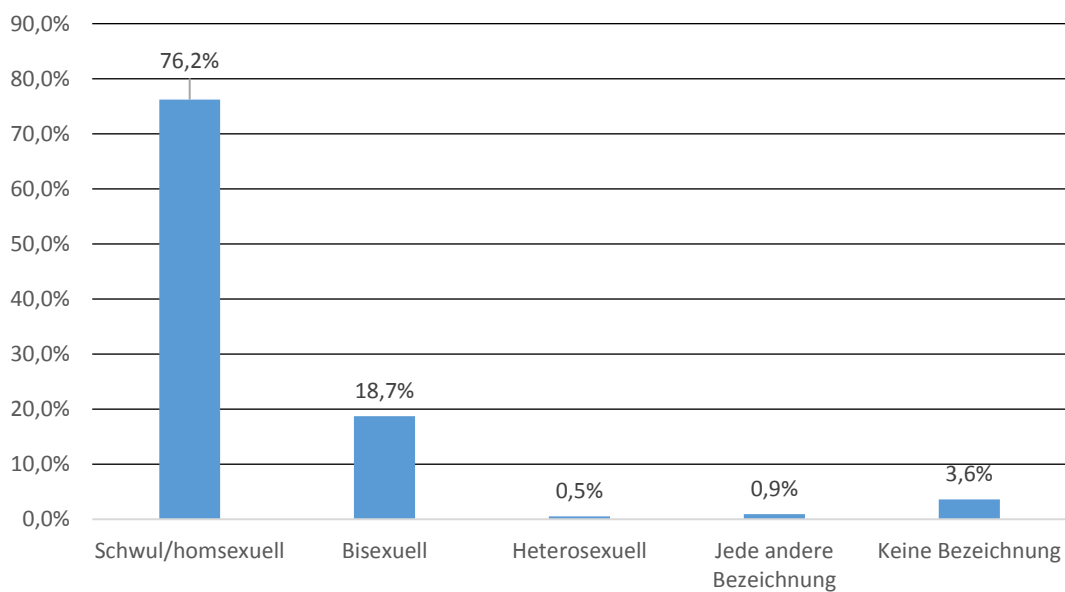


Abbildung 6: sexuelle Identität (N=2.703)

Auf die Frage wie weit sie geoutet sind antworteten 2.679 Teilnehmer (99 %).

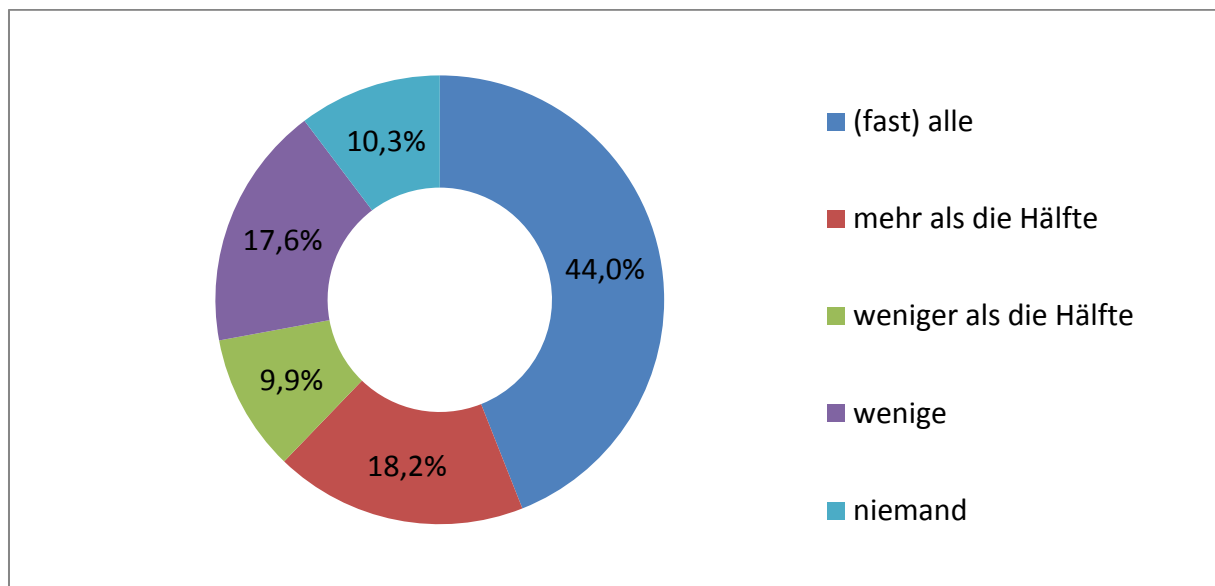


Abbildung 7: Wissen des sozialen Umfelds über sexuelle Orientierung (N=2.679)

3.3. Alter

Die Teilnehmer waren zwischen 14 und 77 Jahre alt (siehe Abbildung 8). Der größte Anteil der Männer war im mittleren Erwachsenenalter (41,3% der Befragten sind zwischen 25 und 39 Jahre alt). Fünf Prozent der Teilnehmer waren jünger als 20 Jahre alt, 3,7% der Teilnehmer waren 60 Jahre alt oder älter. Das durchschnittliche Alter der österreichischen Teilnehmer betrug 36,6 Jahre und lag leicht unter dem Altersdurchschnitt aller Teilnehmer (N=127.792, Durchschnittsalter 37,2 Jahre). Der Altersmedian lag bei 36 Jahren und ist somit äquivalent der gesamten Teilnehmerzahl (N=127.792, Altersmedian = 36 Jahre).

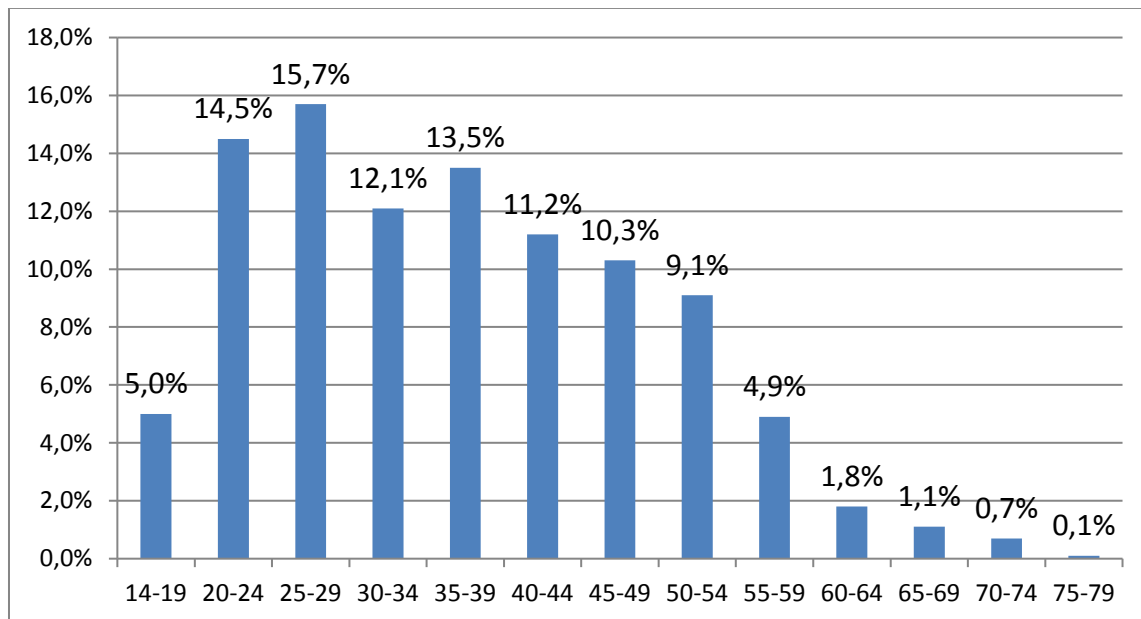


Abbildung 8: Altersverteilung der Stichprobe (N=2.705)

3.4. Region, Bundesland, Wohnort und Wohnortsgröße

Wie sich die Stichprobe zusammensetzt ist äußerst wichtig, um die Ergebnisse richtig interpretieren zu können und auch Abgrenzungen und Limitationen zu erkennen.

Der Wohnort wurde sowohl über die Wohnortsgröße als auch über die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl eruiert, wobei 0,8% der Teilnehmer keine Angaben zu der Größe des Wohnorts machten und 8% der Befragten nicht die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl nannten.

Wenn man den Wohnort der teilnehmenden Personen betrachtet (Abbildung 9), kann man feststellen, dass der Großteil (66,5%) in einer Stadt, die mehr als 100.000 Einwohner hat, lebte. Die meisten Teilnehmer kamen aus Wien, aus den anderen großen Städten Österreichs, die über 100.000 Einwohner haben, kamen je unter 10%. Etwa ein Drittel der Befragten wohnten auf dem Land.

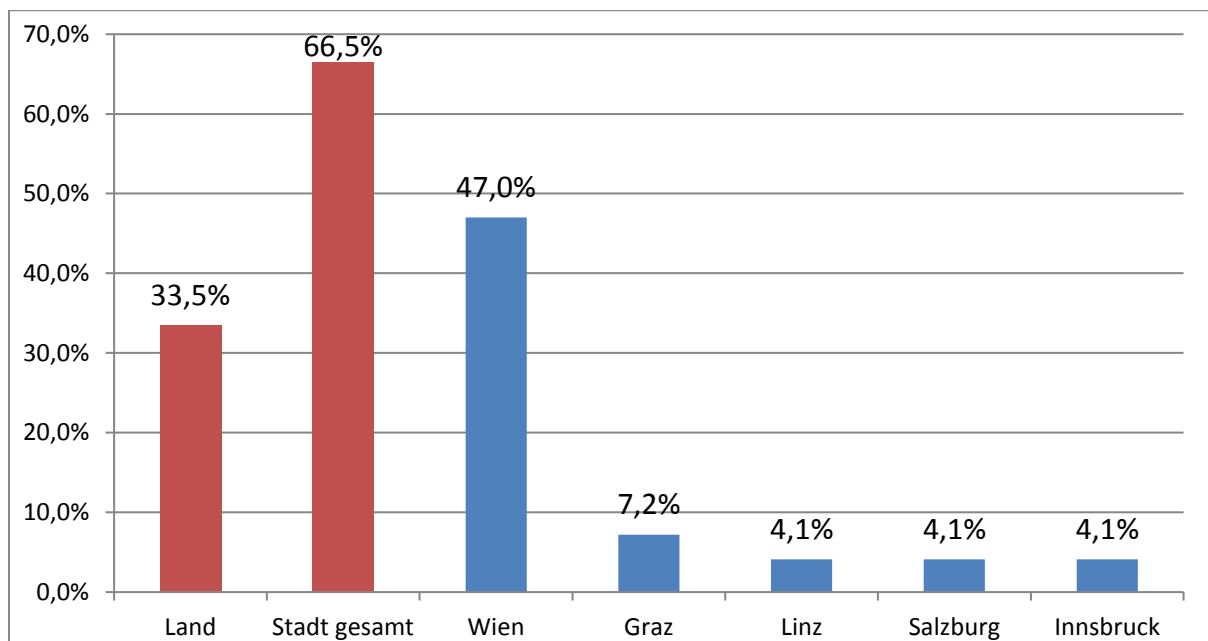


Abbildung 9: Wohnort der Teilnehmer (N=2.488)

Bezüglich des Bundeslandes (Abbildung 10) ist zu beobachten, dass von den Teilnehmern, die die Frage zur Postleitzahl beantwortet hatten (N=2.488), ca. die Hälfte der Befragten (45,6 %) eine Wiener Postleitzahl nannte. Anzumerken ist, dass die Bundesländer über die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl bestimmt wurden.

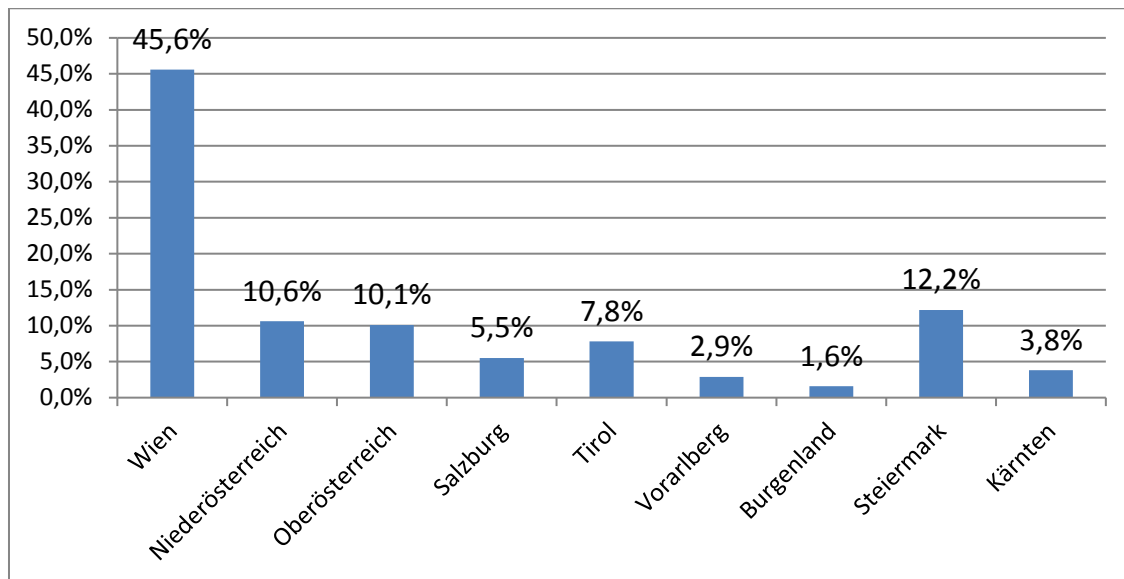


Abbildung 10: Bundesland der Teilnehmer (N=2.488)

3.5. Wahrgenommene Zugehörigkeit zu ethnischer Minderheit

12,3% der Teilnehmer fühlte sich einer ethnischen Minderheit zugehörig, wobei sich bei genauerem Hinsehen herausstellte, dass die Frage nicht von allen Teilnehmern verstanden wurde. Denn eine von vielen Teilnehmern genannte „ethnische“ Minderheit war „homosexuell“ und „schwul“, obwohl dies keine ethnische Gruppe oder Gruppe mit gemeinsamer Volkszugehörigkeit darstellt.

Die MSM, die die Frage richtig verstanden hatten nannten als ethnische Minderheitsgruppe, zu der sie sich zugehörig fühlen, beispielsweise „Österreich-Türkisch“, „asiatisch“, „albanisch“, „deutsch“, „dunkelhäutig“ oder generell „Ausländer“.

Die Mehrheit der Teilnehmer (87,7%) fühlte sich keiner ethnischen Minderheit zugehörig.

3.6. Geburtsland, Aufenthaltsdauer in Österreich und Migrationsgründe

Von den Teilnehmern wurden fast alle (96,4%) in Europa geboren.

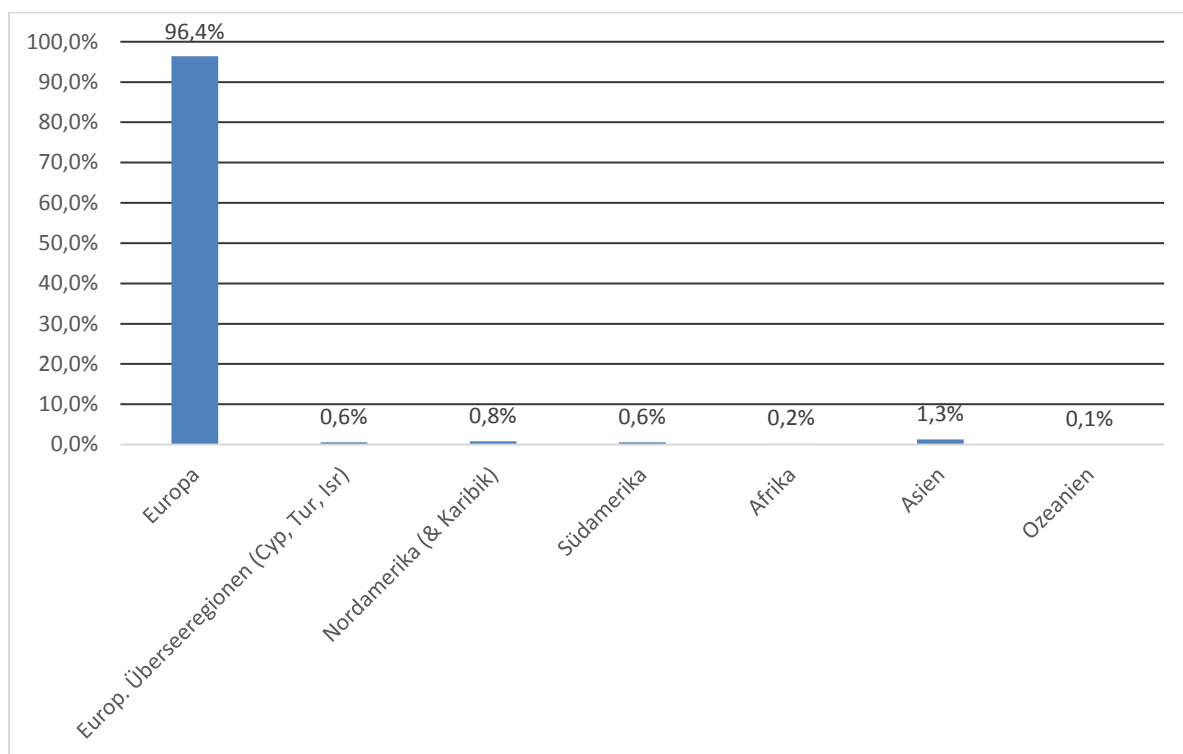


Abbildung 11: Geburtskontinent (N=2.694)

Etwa 80% der Teilnehmer wurden in Österreich geboren.

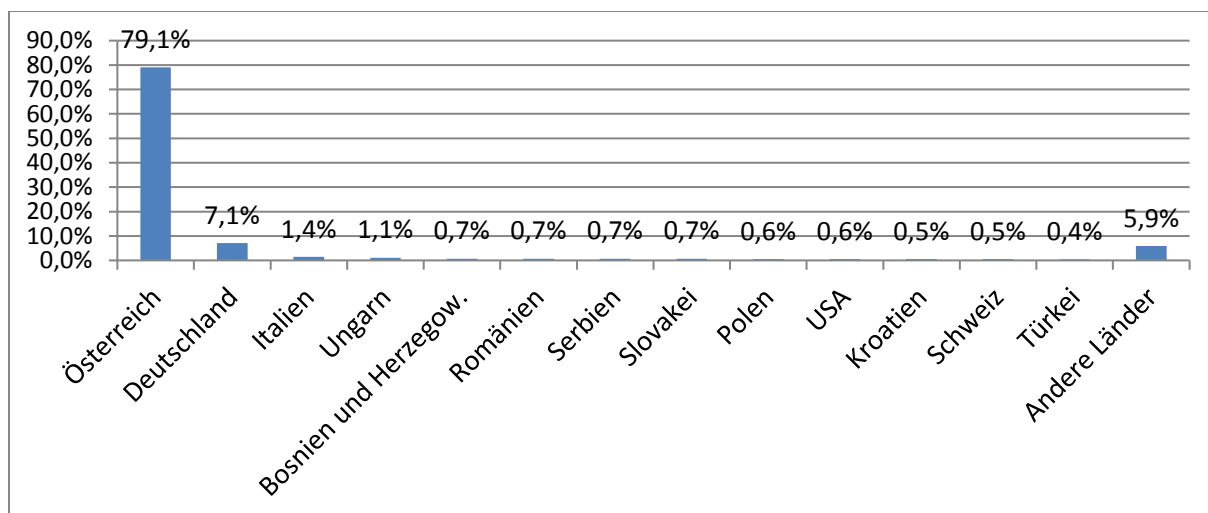


Abbildung 12: Geburtsland (N=2.694)

Die genannten Migrationsgründe der MSM mit Migrationshintergrund sind vielfältig. Etwa 13% der MSM mit Migrationshintergrund sind bereits als Kind nach Österreich gezogen. Sehr wenig wird der Grund genannt, als Flüchtling nach Österreich gekommen zu sein oder um politisches Asyl zu beantragen. 3 Teilnehmer gaben an, dass sie gegen ihren Willen nach Österreich gebracht wurden.

Grund (Mehrfachnennungen möglich)	Ja	Nein
Zum arbeiten	288	342
Zum studieren	227	403
Um näher bei (s)einem Partner zu sein	83	547
Bereits als Kind hierher gezogen	82	548
Um offen als schwuler/bi/trans*Mann zu leben	82	548
Kam als Flüchtling	15	615
Politisches Asyl	10	620
Gegen den eigenen Willen hierher gebracht	3	627
Andere Antworten	34	596

Tabelle 1: Migrationsgründe (N=634)

Teilnehmer mit Migrationshintergrund (20,9%) leben im Durchschnitt bereits 13,03 Jahre in Österreich. Der Median der Aufenthaltsdauer beträgt 9 Jahre.

3.7. Bildung, Beschäftigung und finanzielle Situation

Bezüglich der Bildung wurden im Fragebogen keine akademischen Titel erfragt, sondern es wurde die Dauer der Bildungsjahre, in welchen die Teilnehmer mit der Ausbildung verbracht haben, erhoben (Abbildung 13). Dabei sollten die Teilnehmer die Jahre in Ausbildung seit dem 16. Lebensjahr nennen.

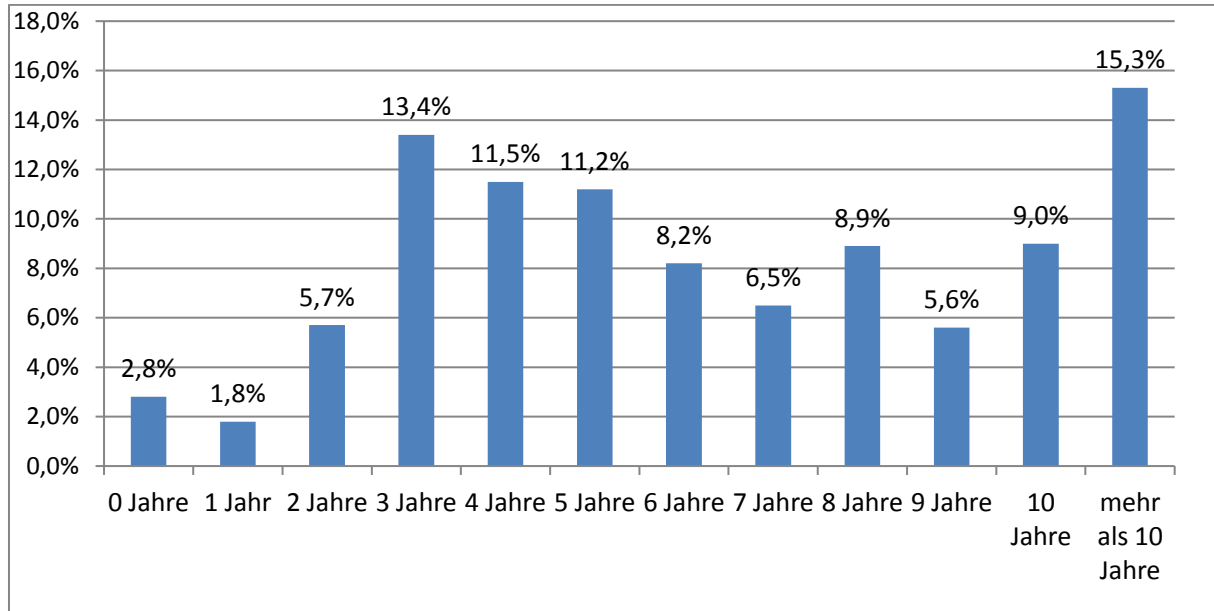


Abbildung 13: Bildungsjahre nach dem 16. Lebensjahr (N=2.542)

Grundsätzlich ist zu beobachten, dass das Bildungsniveau als hoch zu betrachten ist. Anhand den Bildungsjahre kann man schätzen, dass etwa 30% der Teilnehmer einen Bachelor-Titel oder vergleichbaren Abschluss haben (alle Teilnehmer, die zwischen 4 und 6 Jahre in der Ausbildung waren). Wenn die Teilnehmer 7 oder 8 Jahre in Ausbildung waren kann dies ein Hinweis darauf sein, dass sie einen Master- oder Diplom-Abschluss erlangt haben. Dies ist bei 15,4% der Teilnehmer der Fall. Über 20% der Teilnehmer haben zehn Jahre oder länger in Ausbildung verbracht, was eine höhere Weiterbildung als das Master-Niveau indiziert.

Über die Hälfte der Teilnehmer waren zur Zeit der Online-Befragung vollzeitbeschäftigt (58,5 %), 7,8 % der MSM waren teilzeitbeschäftigt. Etwa 10 % der Teilnehmer waren selbstständig. Der Studierendenanteil betrug 14,5 % und 3,3 % der Teilnehmer waren bereits in Pension. Als arbeitslos gaben sich 3,9 % der Teilnehmer zu erkennen.

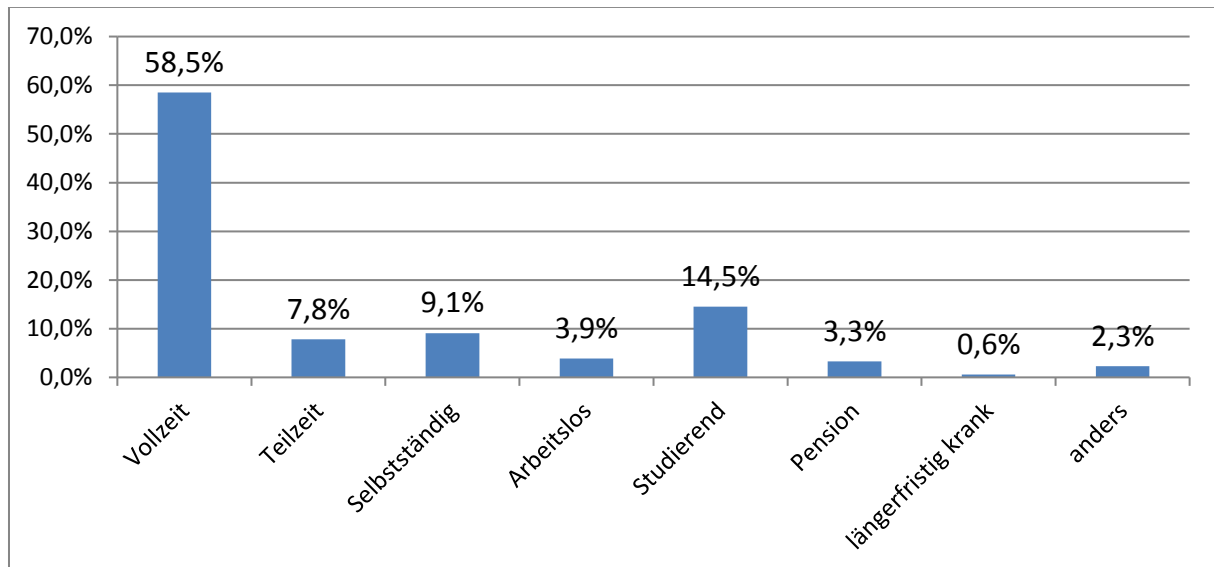


Abbildung 14: Beschäftigung (N=2.697)

Verglichen mit dem Alter der Personen kann man erkennen, dass der Anteil der Studierenden von etwa 50% der 14- bis 19-Jährigen bis zur Altersgruppe der 35-bis 39-Jährigen abnimmt. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten ist in der Altersgruppe der 40-44-Jährigen am Höhepunkt. In der Altersgruppe der 45-bis 49-Jährigen gibt es die meisten Selbstständigen.

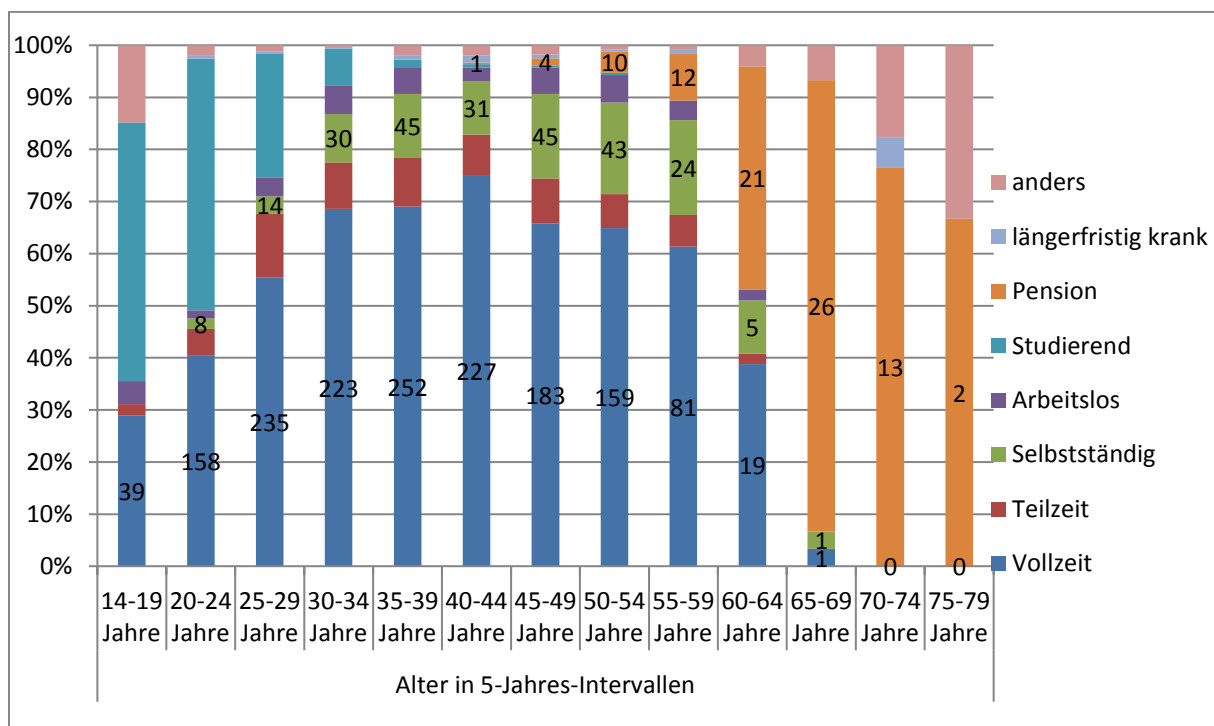


Abbildung 15: Beschäftigung und Alter (N=2.697)

Die Mehrheit der Männer (55,4%) gab an, mindestens ein komfortables Leben aufgrund des Einkommens zu führen. 28,8% sahen ihr Einkommen als weder besonders gut noch besonders schlecht an. 15,8% der Teilnehmer gaben an, dass das Einkommen knapp ist oder nicht ausreicht. Der Anteil der Männer, die ein knappes Einkommen angegeben haben, ist in der Altersgruppe der 14-bis 19-Jährigen am höchsten, wobei hier fast 40% der Teilnehmer angaben, zu wenig Geld für ein komfortables Leben zu haben. Ab 30 Jahren bis etwa 64 Jahren war der Anteil der Männer mit zu knappem Einkommen bei etwa 10%.

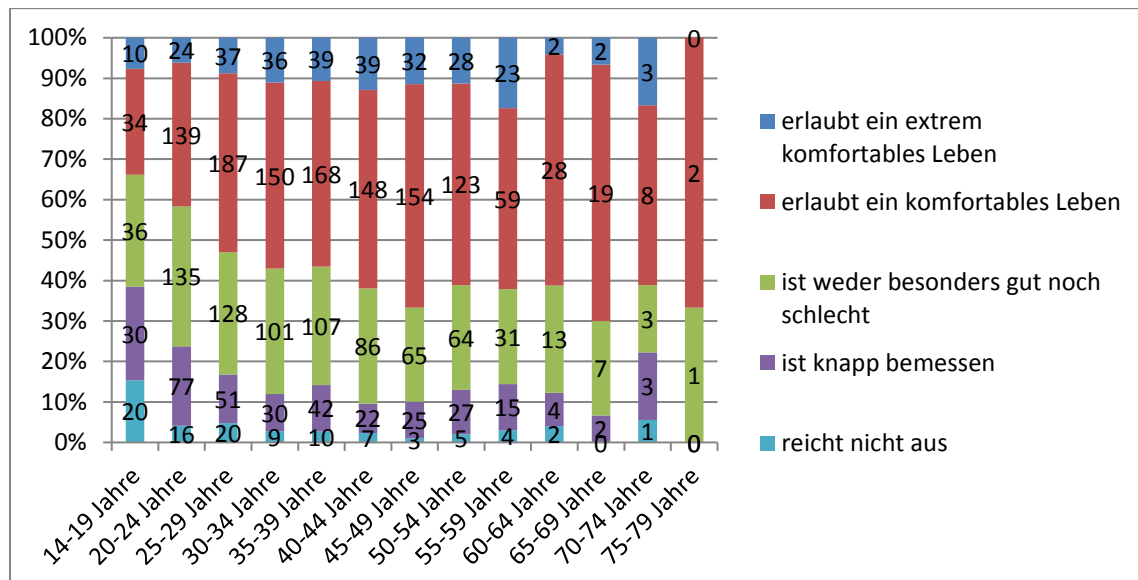


Abbildung 16: Finanzielle Situation & Alter (N=2.697)

Das Einkommen ist bei mehr Männern knapp bemessen, die noch nie auf HIV getestet wurden und die jemals eine positive Diagnose erhalten haben, als bei MSM, die beim letzten HIV-Test ein negatives Testergebnis erhalten haben. Etwa 21 % der noch nie getesteten MSM, 20 % der HIV-positiven MSM gaben an, dass das Einkommen zu knapp ist. Bei Teilnehmern, bei denen im letzten HIV-Test kein HIV vorgefunden wurde, liegt dieser Anteil bei etwa 13 %.

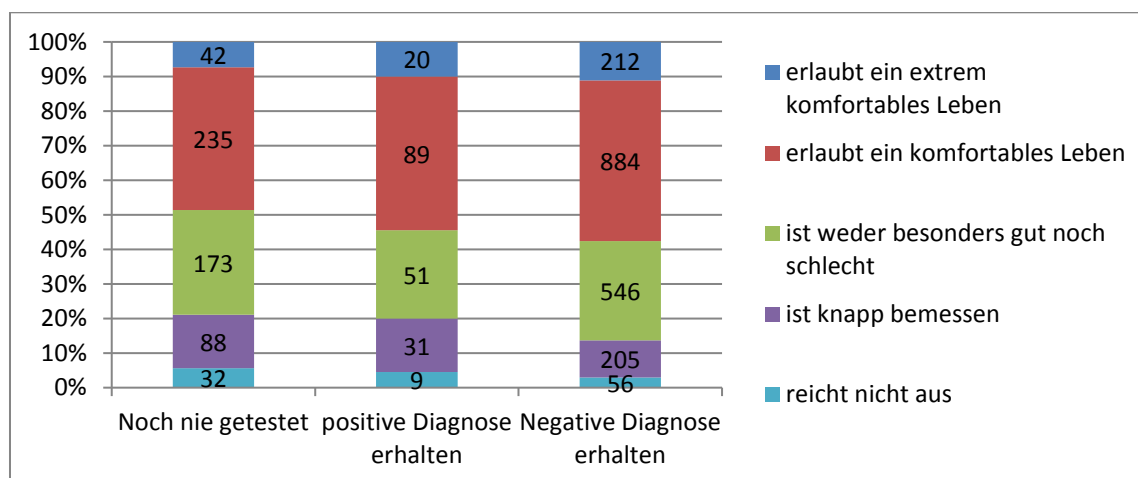


Abbildung 17: Finanzielle Situation & HIV-Status (N=2.697)

Zusammenfassend kann man die Stichprobe der EMIS-Befragung in Österreich als eher gebildet, eher in guten beruflichen Verhältnissen und mit eher gutem Einkommen beschreiben. Inwiefern dies repräsentativ für die österreichische MSM-Bevölkerung ist, steht offen.

3.8. Aktueller Beziehungsstatus

52,2% der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung Single. 41% der Teilnehmer gaben an, in einer Beziehung zu sein und 6,8% nannten einen komplizierten Beziehungsstatus.

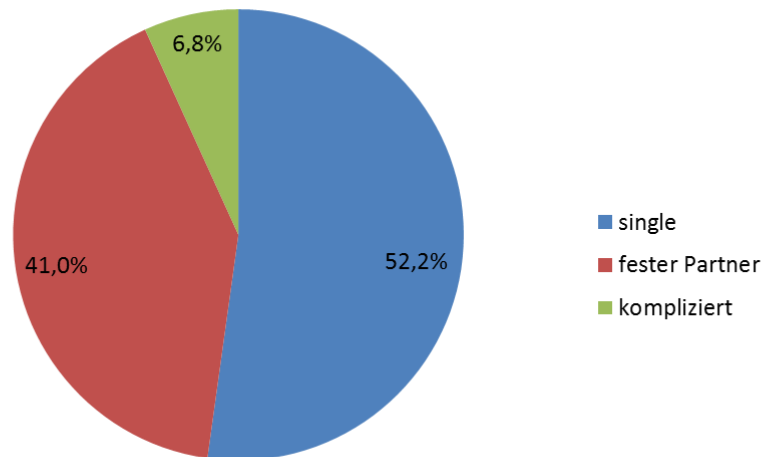


Abbildung 18: Beziehungsstatus (N=2.700)

Von den Männern, die zum Zeitpunkt der Befragung angeben, Single zu sein, war etwa ein Viertel noch nie in einer Beziehung. 28,5% der Teilnehmer waren schon seit mehr als 12 Monaten Single und 17,3% der Teilnehmer waren schon mehr als 5 Jahre Single.

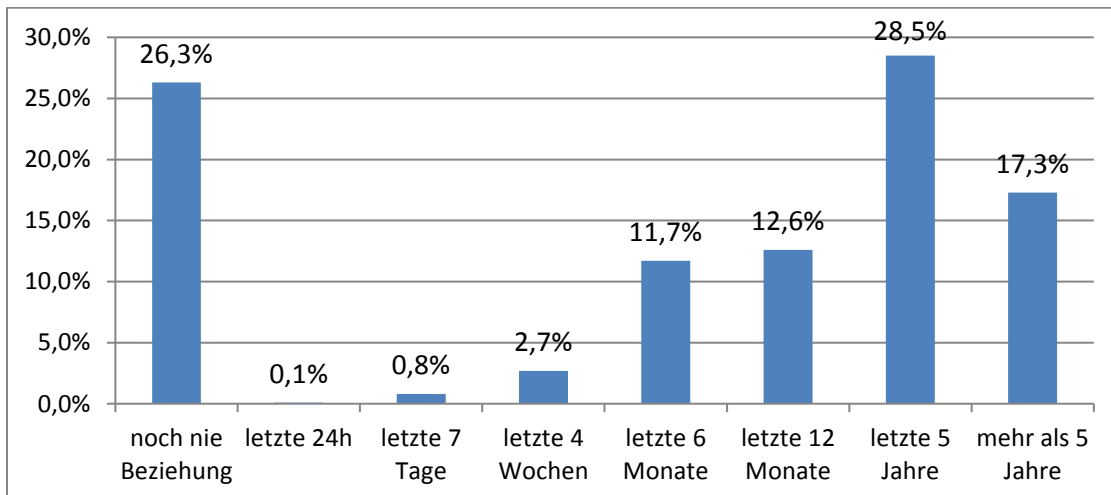


Abbildung 19: Beziehungslänge (N=1.359)

Die Teilnehmer, die angaben, in einer Beziehung zu sein, waren zum Großteil (78,6%) mit einem Mann in einer Beziehung, 18,7% waren mit einer Frau in einer Beziehung. Andere Beziehungskonstellationen mit mehr als einem festen Partner oder einer festen Partnerin wurden von 2,6% der Teilnehmer, die sich in einer festen Beziehung befinden, genannt.

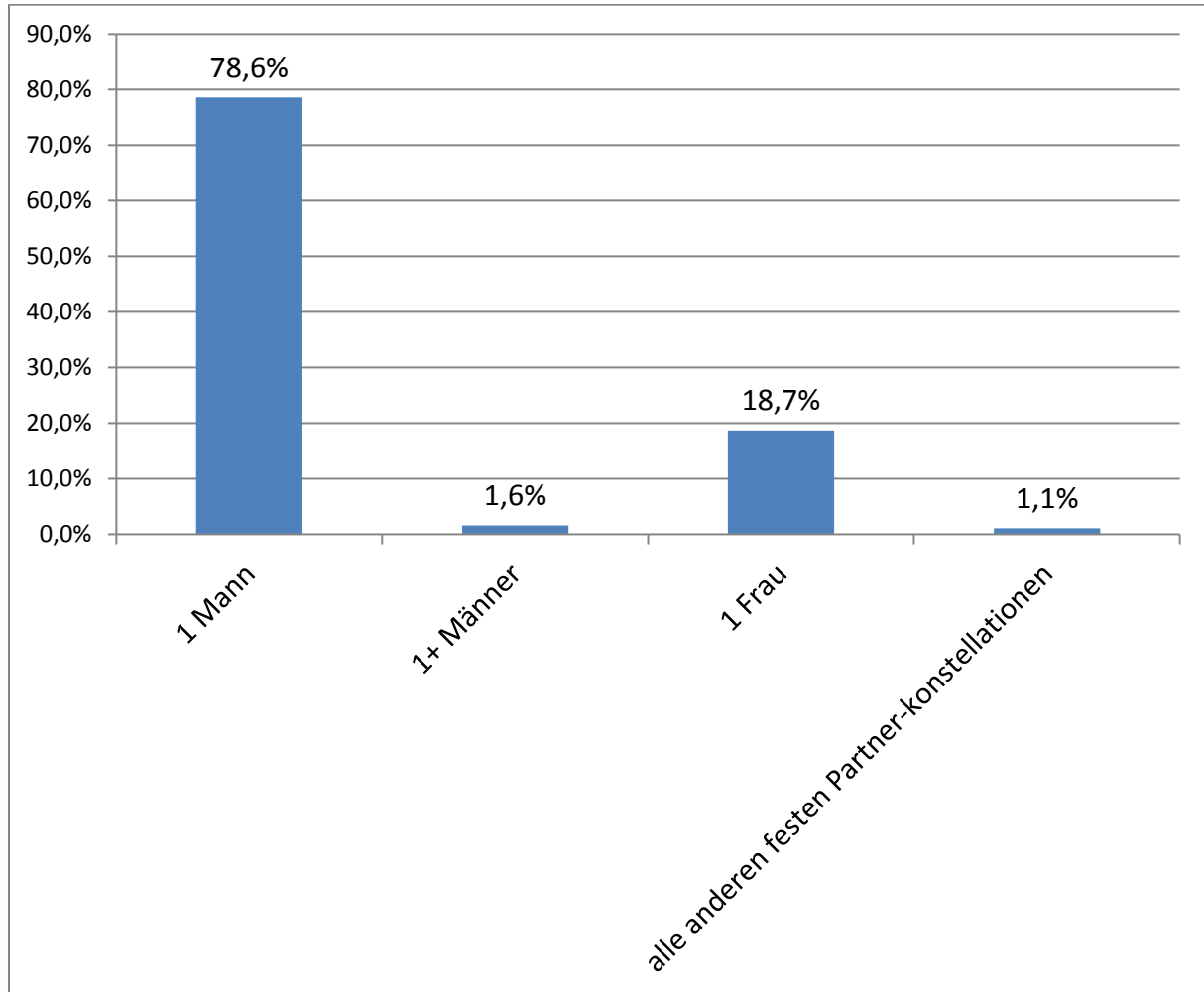


Abbildung 20: Beziehungsstatus – fester Partner*in (N=1.107)

Die durchschnittliche Beziehungslänge der Teilnehmer lässt sich aus den Daten nicht präzise errechnen. Von den Teilnehmern, die mit einem weiblichen Partner in einer Beziehung waren, waren 17,1% schon mehr als 25 Jahre mit dieser Frau in einer Beziehung. Der Anteil der Teilnehmer, die mehr als 25 Jahre mit einem Mann in einer Beziehung waren, liegt bei 3,1%.

	Beziehung mit einem Mann (N=898)	Beziehung mit einer Frau (N=210)
Mittelwert	9,01	15,07
Median	7	15
Standardabweichung	6,806	8,681

Tabelle 2: Beziehungslänge (N=210)

Bezüglich des HIV-Status des/der festen Partner gaben 87,3 % der Teilnehmer, die sich in einer festen Beziehung befanden, an, dass der/die Partner*in HIV-negativ war. 9,2 % der Teilnehmer befanden sich in einer festen Beziehung mit einer HIV-positiven Person, deren Viruslast jedoch unter der Nachweisgrenze und somit nicht mehr ansteckend war. 0,4 % waren mit einer HIV-positiven Person in einer festen Beziehung und berichteten von einer nachweisbaren Viruslast. 0,2 % berichteten von einem HIV-positiven Partner mit unbekannter Viruslast. 2,8% der Personen wussten zur Zeit der Umfrage den HIV-Status ihres Partners oder ihrer Partnerin nicht.

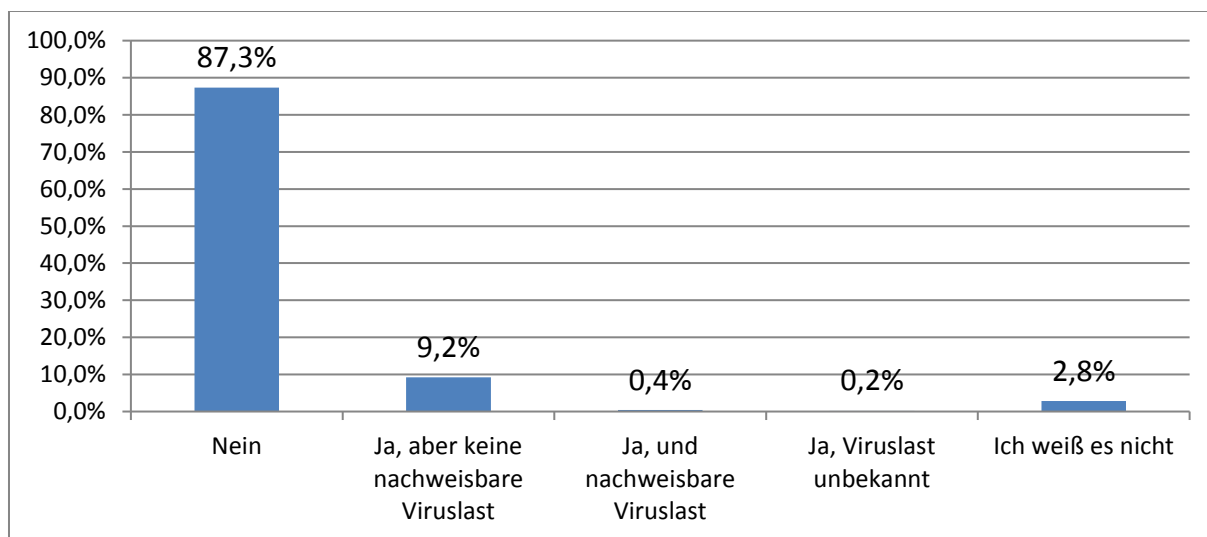


Abbildung 21: HIV-Status des/der Partners*in (N=891)

3.9. Transaktionaler Sex

In der vorliegenden Stichprobe bezahlten 306 Teilnehmer (11,3%) in den letzten 12 Monaten für Sex in der Form von Geld oder anderen materiellen Gütern. 58,9% davon bezahlten 1- bis 2-mal in den letzten Monaten für Sex und niemand gab an, mehr als 50-mal für Sex innerhalb der letzten 12 Monate bezahlt zu haben. 79% der Teilnehmer gaben an, noch nie für Sex gezahlt zu haben.

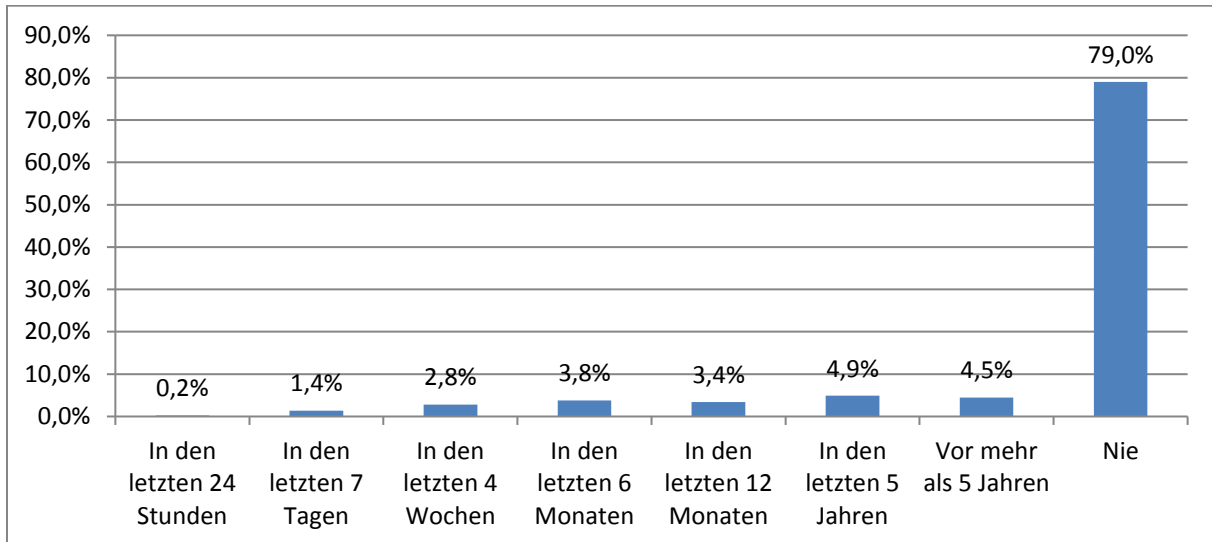


Abbildung 22: Transaktionaler Sex – wann hat man das letzte Mal bezahlt (N=2.632)

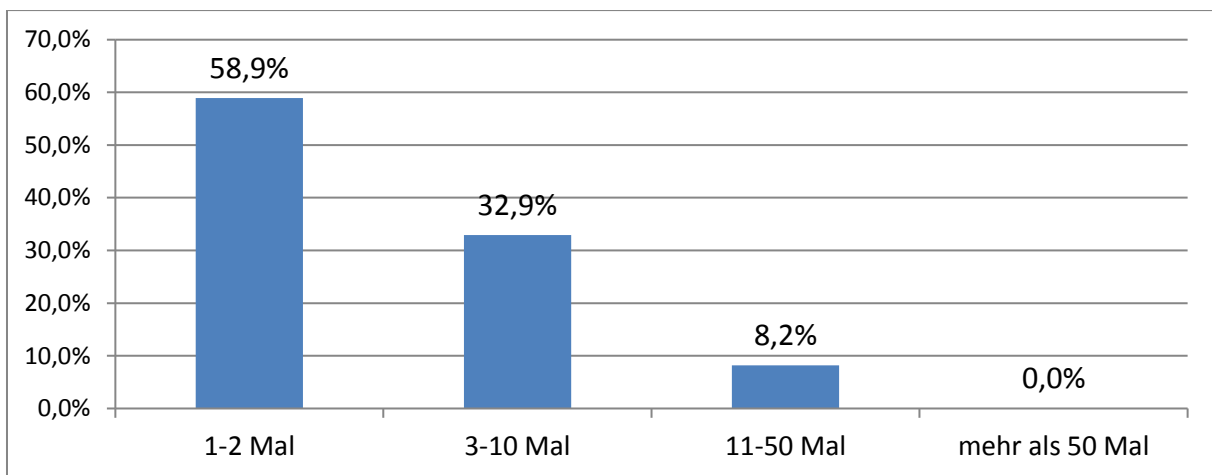


Abbildung 23: Transaktionaler Sex – wie oft hat man bezahlt (N=306)

Darüber hinaus wurde eruiert, dass 99 Teilnehmer (3,7%) in den letzten 12 Monaten für Sex bezahlt wurden. 62,9% davon wurden 1-bis 2-mal für Sex bezahlt. Der Anteil der Personen, die mehr als 50-mal für Sex bezahlt wurden, liegt bei 4,1%. 86% der Teilnehmer wurden noch nie für Sex bezahlt.

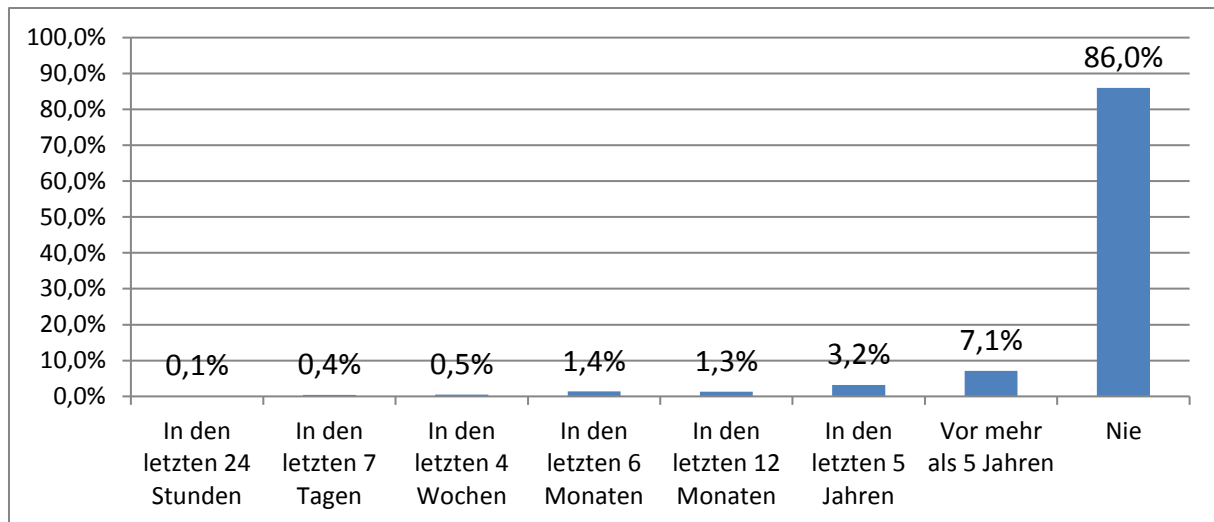


Abbildung 24: Transaktionaler Sex – wann wurde man das letzte Mal bezahlt (N=2.632)

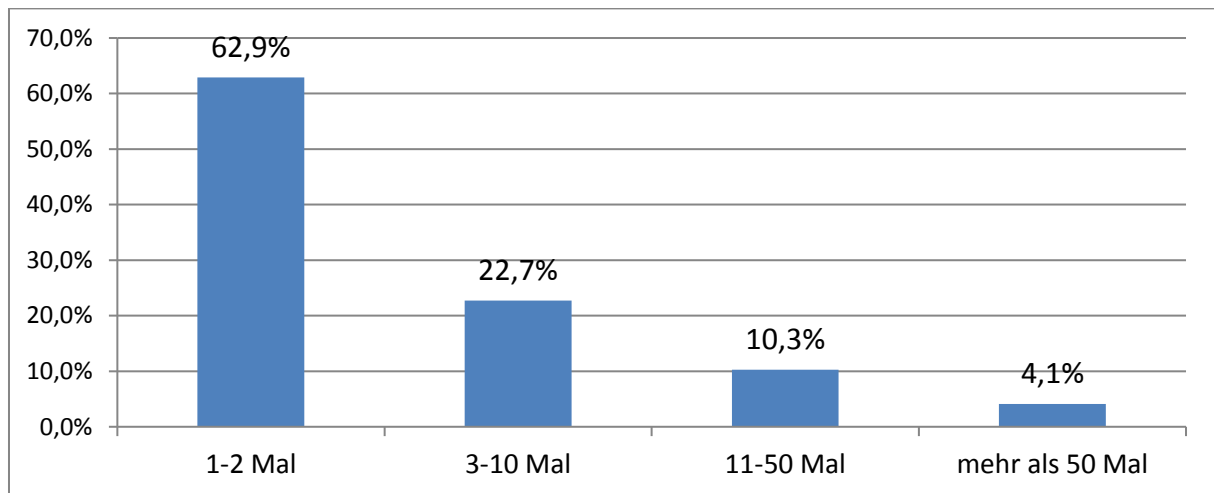


Abbildung 25: Transaktionaler Sex – wie oft wurde man bezahlt (N=99)

4. Morbiditäten

Im folgenden Abschnitt werden die Häufigkeiten diverser psychischer und physischer Krankheiten in der Bevölkerungsgruppe MSM abgebildet.

4.1. Psychische Gesundheit

Die vorliegende Befragung beschäftigte sich mit Angststörungen, Depression, suizidalen Gedanken, sexueller Unzufriedenheit und mit Alkoholabhängigkeit.

4.1.1. Angststörung/ Depression

Angst und Depressionen gehören in der Allgemeinbevölkerung zu den häufigsten Erkrankungen (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009). Doch MSM scheinen besonders stark betroffen. In der Literatur finden sich Hinweise, dass die psychische Gesundheit von MSM und insbesondere eine depressive Symptomatik einen Einfluss auf das HIV-Schutzverhalten haben (Fendrich, Avci, Johnson, & Mackesy-Amiti, 2013; Houston, Sandfort, Dolezal, & Carballo-Diéquez, 2012).

EMIS-2017 nutzte zur Einschätzung von Angst- und depressiven Störungen die Screening-Skala «*Patient Health Questionnaire-4*» (PHQ-4) von Kroenke, Williams und Löwe (2009), die 4 Items umfasst. Die Teilnehmer wurden gefragt, wie oft sie sich in den letzten zwei Wochen durch bestimmte Beschwerden beeinträchtigt fühlten. Die Antwortmöglichkeiten rangierten auf einer vierstufigen Likert-Skala (0=gar nicht, 1=an einzelnen Tagen, 2=an mehr als der Hälfte der Tage und 3=beinahe jeden Tag).

Bezüglich Angst und Depression wurde das Gefühl der letzten zwei Wochen erfragt, wobei 3,6% der Teilnehmer heftige und schlimme Gefühle in diesem Zeitraum nannten.

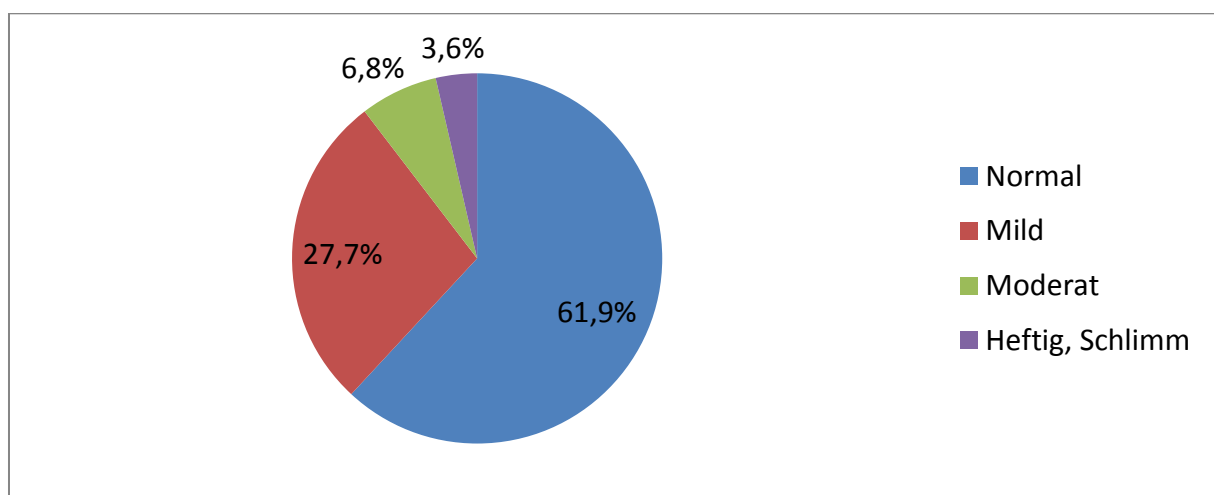


Abbildung 26: Angststörungen und Depression (N=2.670)

4.1.2. Suizidale Gedanken

Suizidale Gedanken sind in der vorliegenden Stichprobe bei 85,8% der Teilnehmer überhaupt nicht geläufig, allerdings gaben 1,4% der Teilnehmer an, dass sie mehr als die Hälfte der Tage suizidale Gedanken und weitere 1,4% fast jeden Tag suizidale Gedanken hätten. In absoluten Zahlen sind dies 76 MSM, die sich sehr häufig mit Suizid beschäftigten.

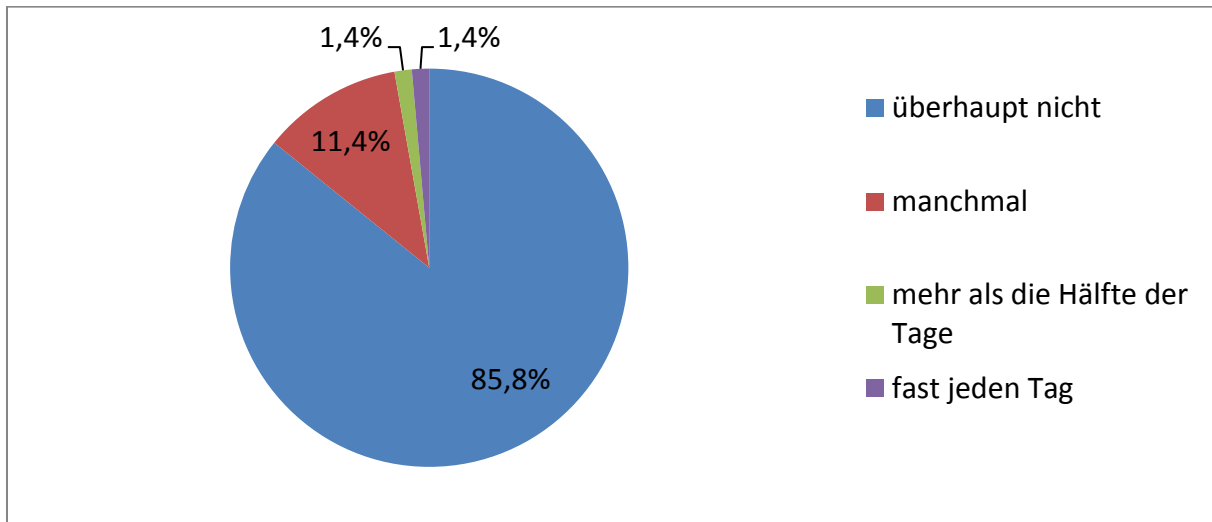


Abbildung 27: suizidale Gedanken (N=2.690)

4.1.3. Sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit

Die sexuelle (Un-)Zufriedenheit wurde im Fragebogen auf einer 10-stufigen Skala eruiert, wobei kleine Werte eine höhere Unzufriedenheit bedeuten. 1.628 Teilnehmer gaben an, eher zufrieden mit ihrem Sexualleben zu sein (Werte 6-10), 1.013 Teilnehmer, dass sie eher unzufrieden sind (Werte 1-5).

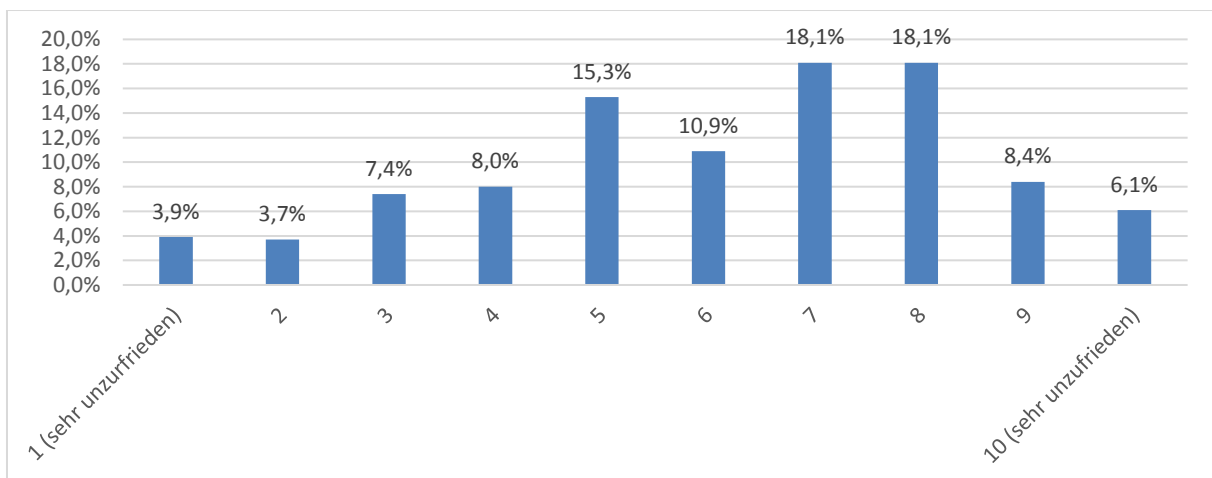


Abbildung 28: sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit (N=2.641)

Verglichen mit der Selbstbezeichnung kann man feststellen, dass der größte Anteil der Teilnehmer, die mit dem Sexualleben eher unzufrieden waren, sich selbst als bisexuell bezeichnete.

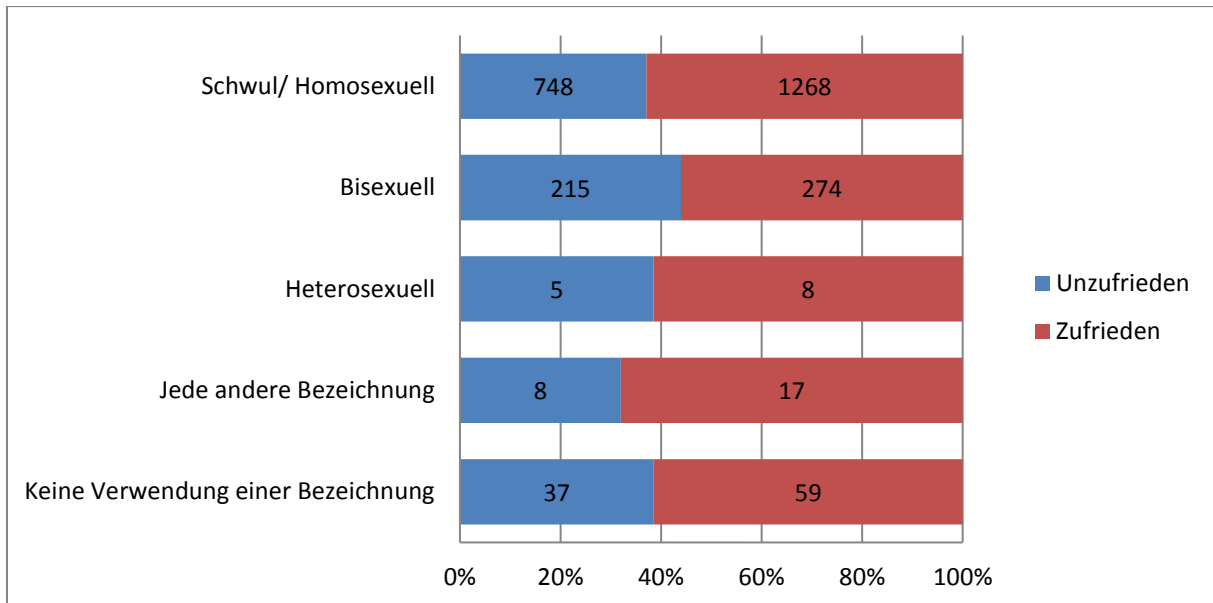


Abbildung 29: sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit und Selbstbezeichnung (N=2.639)

Wenn die Zufriedenheit mit der Offenlegung der eigenen Sexualität verglichen wird, gaben die Männer, die geoutet sind an, am zufriedensten mit ihrem Sexualleben zu sein. Hier haben fast 70% der Teilnehmer Zufriedenheitswerte ab 6. In der Personengruppe, wo niemand über die sexuelle Orientierung Bescheid weiß, gaben ungefähr 50% der Teilnehmer an eher zufrieden oder zufrieden mit dem Sexualleben zu sein.

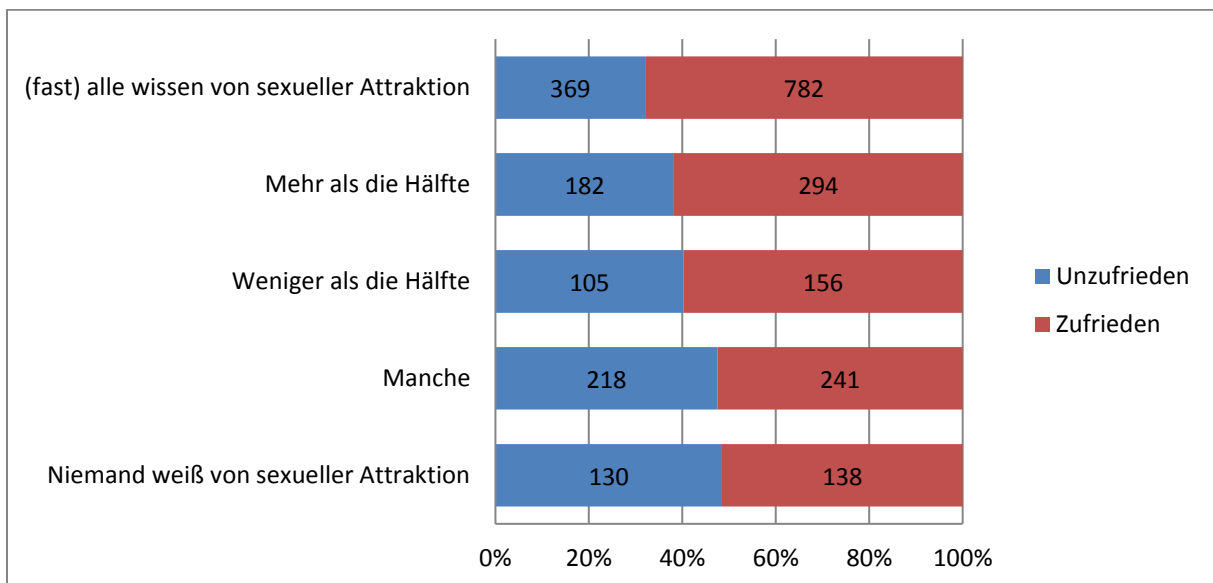


Abbildung 30: sexuelle Zufriedenheit und Coming Out (N=2.615)

4.1.4. Alkoholabhängigkeit

Die Alkoholabhängigkeit wurde im EMIS-Fragebogen mittels *CAGE 4-Item Measure* erhoben (Ewing, 1984). Es wurden folgende Fragen des CAGE-4-Alkoholabhängigkeitsindikators gestellt:

- Haben Sie schon einmal versucht, Ihren Alkoholkonsum zu reduzieren?
- Haben andere Menschen Sie schon mal wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert?
- Haben Sie sich wegen Ihres Alkoholkonsums schon mal schlecht oder schuldig gefühlt?
- Kam es vor, dass Sie nach dem Aufwachen Alkohol getrunken haben, um Ihre Nerven zu beruhigen oder Ihren Kater loszuwerden?

Zwei oder mehr bejahende Antworten zu diesen Fragen weisen auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit hin. Es hat sich herausgestellt, dass 6% der Stichprobe in den letzten 12 Monaten kein Alkohol konsumiert hatten. Bei 77,4% der Personen, die im letzten Jahr Alkohol konsumiert hatten, liegt wahrscheinlich keine Alkoholabhängigkeit vor. Bei 21,6% der Teilnehmer besteht möglicherweise eine Alkoholabhängigkeit.

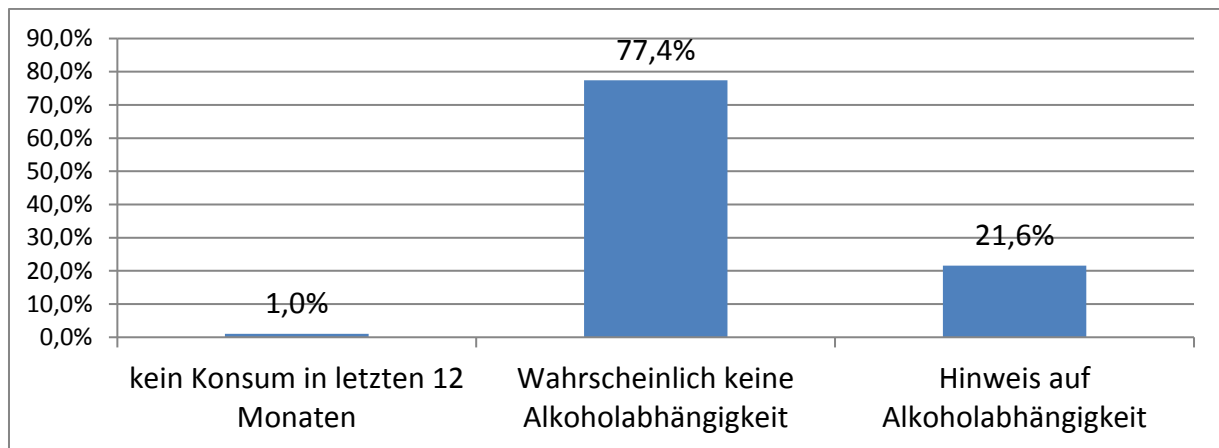


Abbildung 31: Alkoholabhängigkeit (N=2.705)

4.2. HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen

Die Befragung beschäftigte sich mit HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe, HPV (=Humanes Papilloma-Virus) und viraler Hepatitis.

4.2.1. Prävalenz und Inzidenz von HIV- Diagnosen

21 % gaben an, noch nie ein HIV-Testergebnis bekommen zu haben. Von den Teilnehmern, die bereits auf HIV getestet wurden, waren 8 % HIV-positiv.

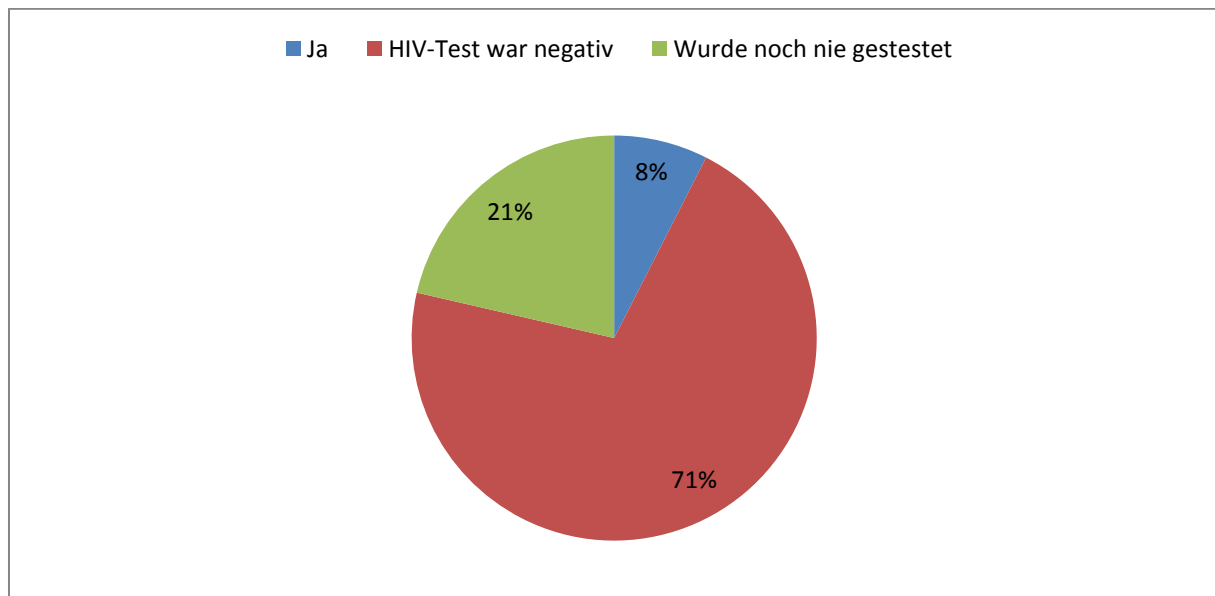


Abbildung 32: HIV-Diagnose (N=2.681)

Die positive HIV-Diagnose erfolgte für 7,8% der HIV-positiven Männer innerhalb der letzten 12 Monate. In den letzten 11 Jahren gibt es keine eindeutigen Trends, pro Jahr wurden etwa 12 Teilnehmer aus der Stichprobe HIV-positiv diagnostiziert. Etwa ein Viertel der HIV-positiven Teilnehmer wurde schon vor mehr als 11 Jahren diagnostiziert und zählen somit zur Gruppe der älteren HIV-positiven Personen.

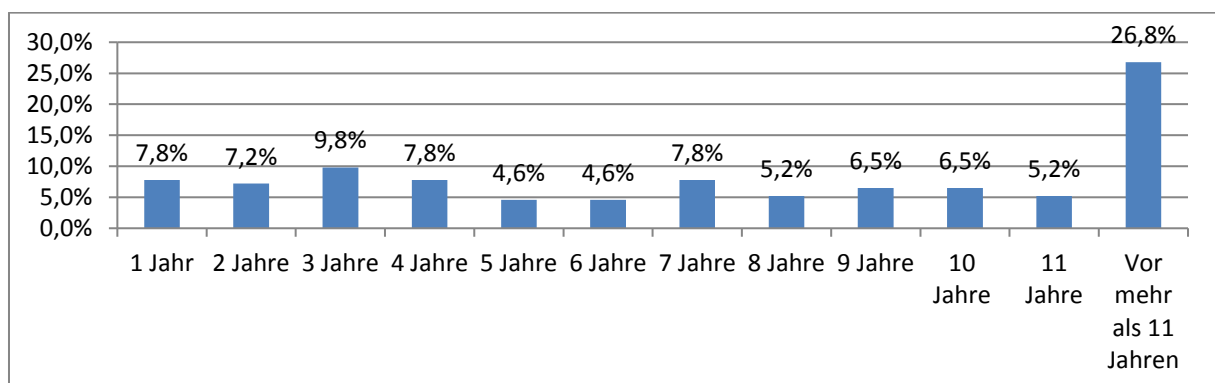


Abbildung 33: Zeitpunkt der HIV-Diagnose (N=153)

Das Durchschnittsalter einer HIV-Diagnose (siehe Abbildung 34) lag in der Stichprobe bei 32,8 Jahren, der Median lag bei 32 Jahren. Im Alter von 28 wurden die meisten Teilnehmer HIV-positiv diagnostiziert, wobei man sehen kann, dass HIV in jedem Alter ab 14 bis 50 diagnostiziert wurde. Es infizierten sich sowohl junge Männer als auch Männer im mittleren Erwachsenenalter. Eine Diagnose im höheren Erwachsenenalter ist etwas unwahrscheinlicher, dennoch wurde HIV auch bei über 63-Jährigen erstmals festgestellt.

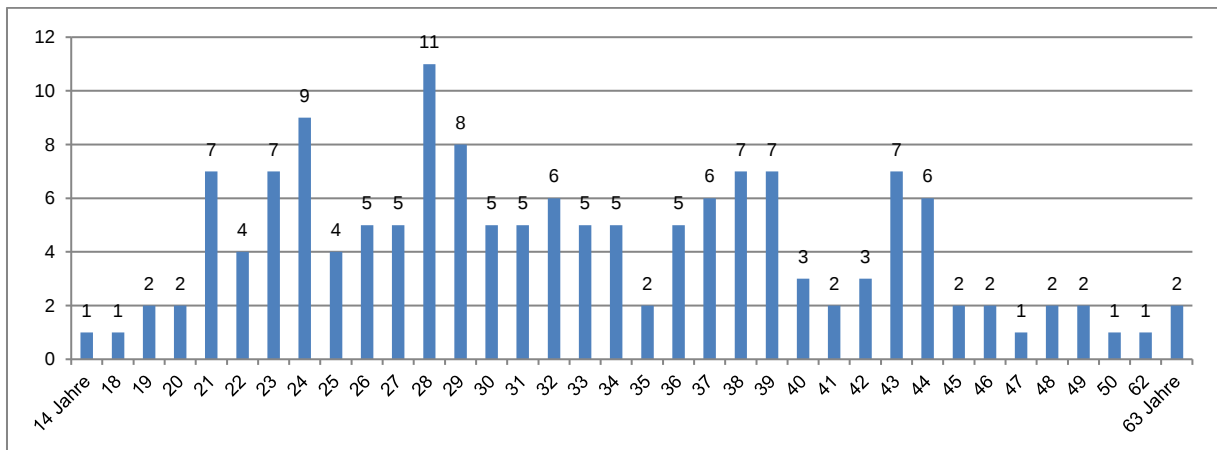


Abbildung 34: Alter bei der HIV-Diagnose in Häufigkeiten. Achtung: Altersskala macht zwischen 50 und 60 Jahren einen Sprung. (N=153)

4.2.2. Viruslast der HIV-positiven MSM

Die Viruslast bei der letzten Kontrolluntersuchung war bei 187 der HIV-positiv diagnostizierten Teilnehmer unterhalb der Nachweisgrenze. 93% der HIV-positiven MSM konnten somit das Virus nicht mehr weitergeben. 4% der HIV-positiven MSM hatten noch eine nachweisbare Viruslast und etwa 3% der HIV-positiven MSM äußerten sich nicht zu ihrer Viruslast.

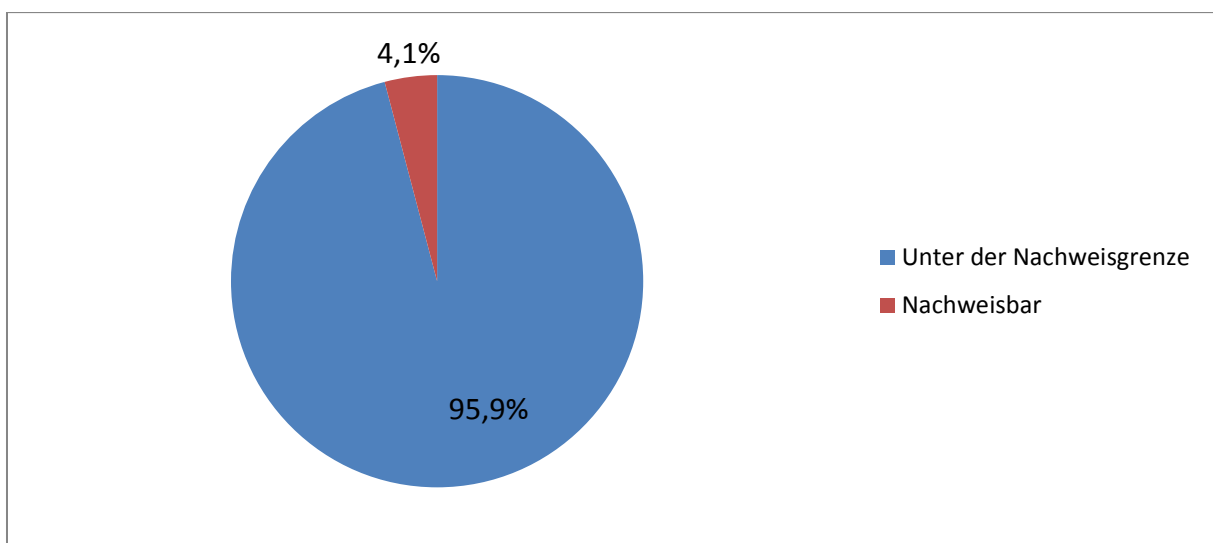


Abbildung 35: Viruslast bei letzter Kontrolluntersuchung (N=195)

4.3. Andere STI

Es wurden in der Umfrage Daten zu den STI Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis, Anal- und/oder Genitalwarzen und Hepatitis C erhoben.

4.3.1. Chlamydien

Von 2.695 antwortenden Männern gaben 254 (9,4 %) an, dass bei ihnen mindestens einmal eine Chlamydien- oder LGV-Diagnose gestellt worden war (siehe Abbildung 36).

4.3.2. Gonorrhoe

286 von 2.690 MSM (16,9 %) berichteten von mindestens einer Gonorrhoe-Diagnose in ihrem Leben (siehe Abbildung 36).

4.3.3. Syphilis

304 von 2.688 antwortenden Männern (11,3 %) berichteten, dass mindestens einmal in ihrem Leben eine Syphilis diagnostiziert worden war.

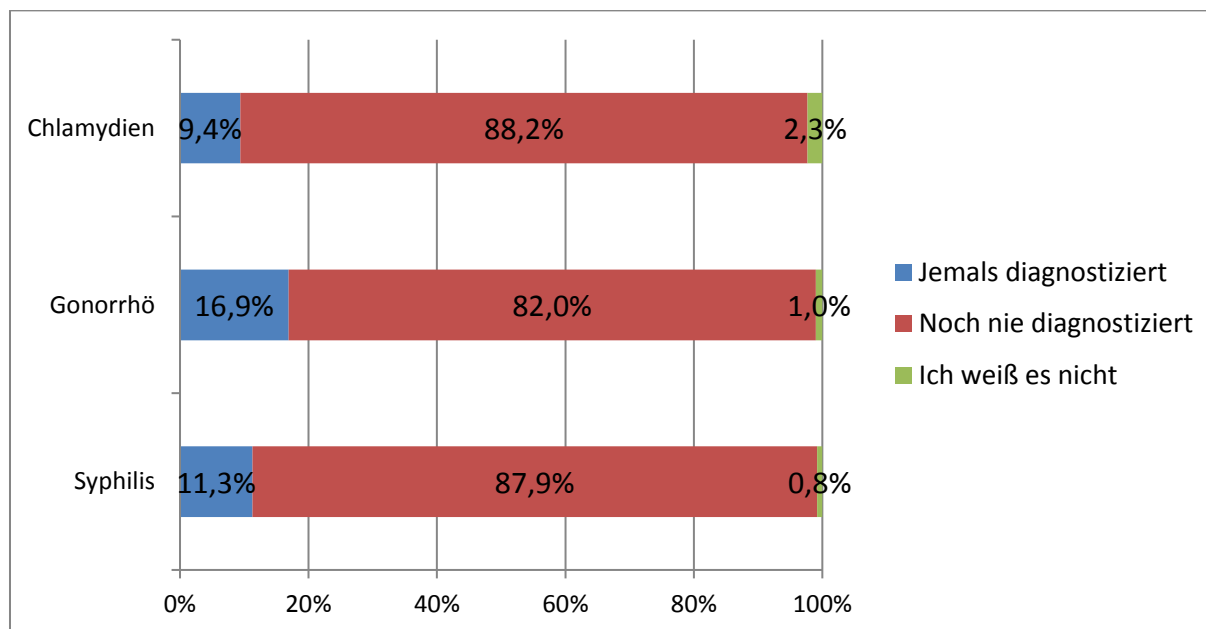


Abbildung 36: Chlamydien-, Gonorrhoe- und Syphilis-Diagnose (N=2.695, N=2.690, N=2.688)

Betrachtet man die Betroffenheit in den 12 Monaten vor der Befragung, zeigt sich, dass insgesamt 105 Männer (3,9 %) in diesem Zeitraum positiv auf Gonorrhoe getestet worden waren. Bei 92 Männern (3,4 %) war im Jahr vor der Befragung Chlamydien und bei 81 Männern (3 %) eine Infektion mit Syphilis festgestellt worden.

4.3.4. Anal- und/oder Genitalwarzen

Bei 14,9 % (402 MSM) der Stichprobe wurden schon einmal Anal- und/oder Genitalwarzen diagnostiziert.

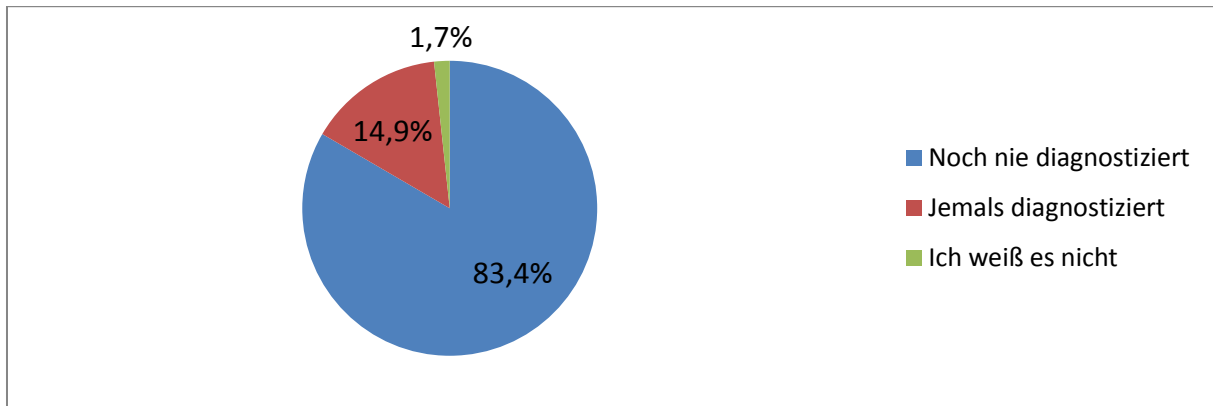


Abbildung 37: Anal- und/oder Genitalwarzen-Diagnose (N=2.699)

4.3.5. Hepatitis C

In der vorhandenen Stichprobe gaben 1,5% der Teilnehmer (40 MSM) an, jemals mit einer Hepatitis C diagnostiziert worden zu sein.

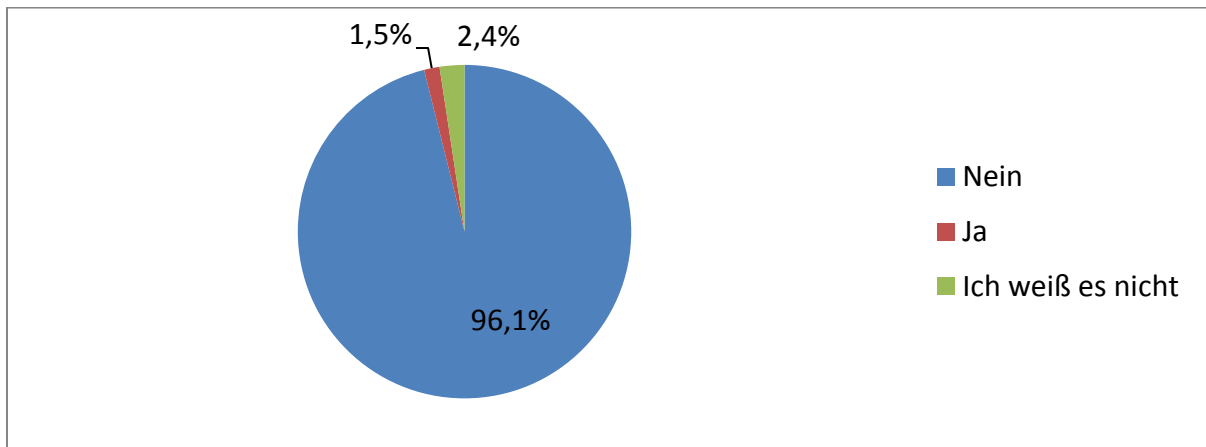


Abbildung 38: Hepatitis C-Diagnose (N=2.698)

5. Sex, Schutz- und Risikoverhalten

Der nächste Abschnitt widmet sich dem Schutz- und Risikoverhaltender Stichprobe.

5.1. Sex und Analverkehr mit Männern

Um die Begriffe klar voneinander zu trennen wird im Fragebogen zwischen den Begriffen „Sex“ und „Ficken“ (englisch: *intercourse*) unterschieden. „Sex“ beschreibt jegliche Art von sexuellem Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat. Unter „Ficken“ wird Analverkehr verstanden. Oralsex oder der Gebrauch von Dildos sind in dieser Definition nicht enthalten.

5.1.1. erster Sex und erster Analverkehr mit Männern

97,8% der Teilnehmer, die die Frage beantwortet haben, hatten zum Zeitpunkt der Umfrage bereits Sex mit einem Mann. 2,2% hatten noch nie Sex mit einem anderen Mann. Nur 0,9% der Teilnehmer erinnerten sich nicht mehr an das Alter beim ersten Sex.

325 Männer waren beim ersten Sex mit einem Mann unter 14 Jahre alt. Somit waren 12% der Teilnehmer jünger als das Schutzalter, welches es in Österreich für sexuelle Kontakte gibt. Der Großteil der MSM (40,2%) hatte zwischen 14 und 18 zum ersten Mal Sex. 5,5% der Teilnehmer hatte im Alter über 30 Jahre zum ersten Mal Sex mit einem anderen Mann.

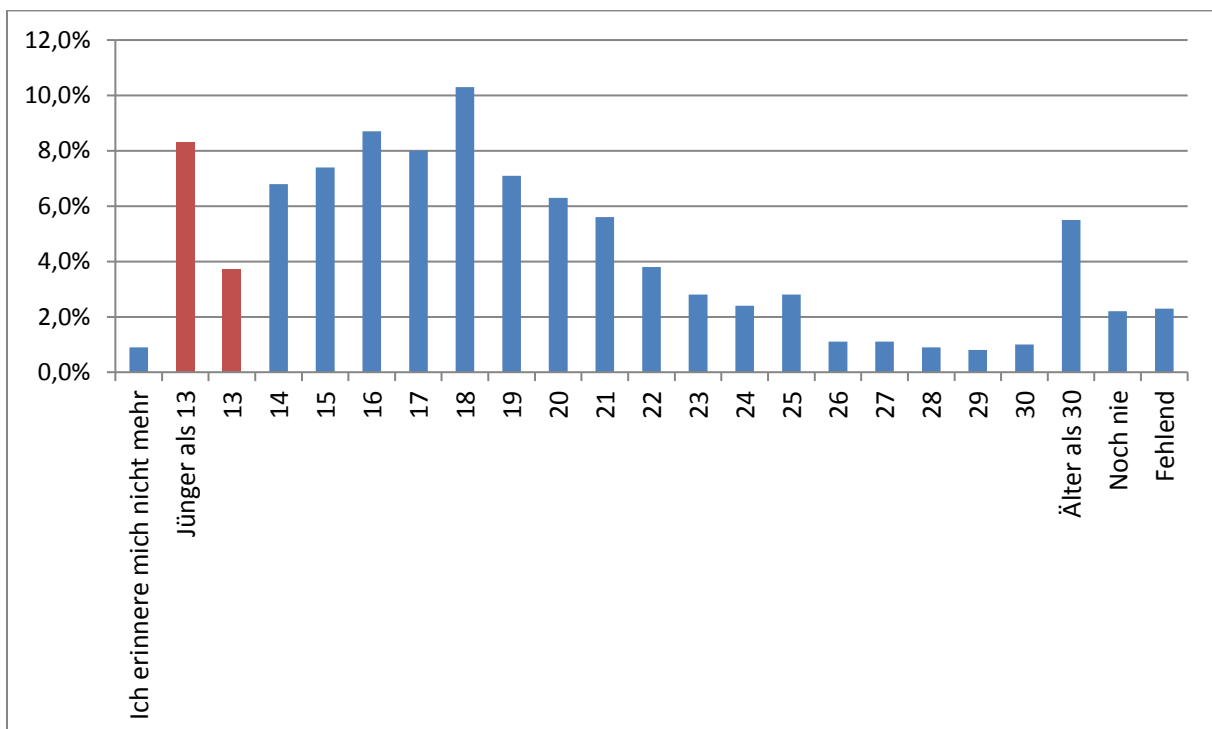


Abbildung 39: Alter beim ersten Sex (N=2.639)

Grundsätzlich gibt es ein höheres Durchschnittsalter beim ersten Analverkehr mit einem anderen Mann als beim ersten Sex. Der Anteil der MSM, die bereits unter dem 15. Lebensjahr mit einem anderen Mann Analverkehr hatten, liegt in der vorliegenden Stichprobe bei 4,6%. 2% der Teilnehmer erinnerten sich nicht mehr an das Alter beim ersten Mal „ficken“ mit einem anderen Mann, 4,7% der Teilnehmer haben noch nie mit einem Mann Analverkehr gehabt. Etwa ein Drittel der Teilnehmer hatte das erste Mal zwischen 14 und 18 Jahren mit einem anderen Mann Analverkehr.

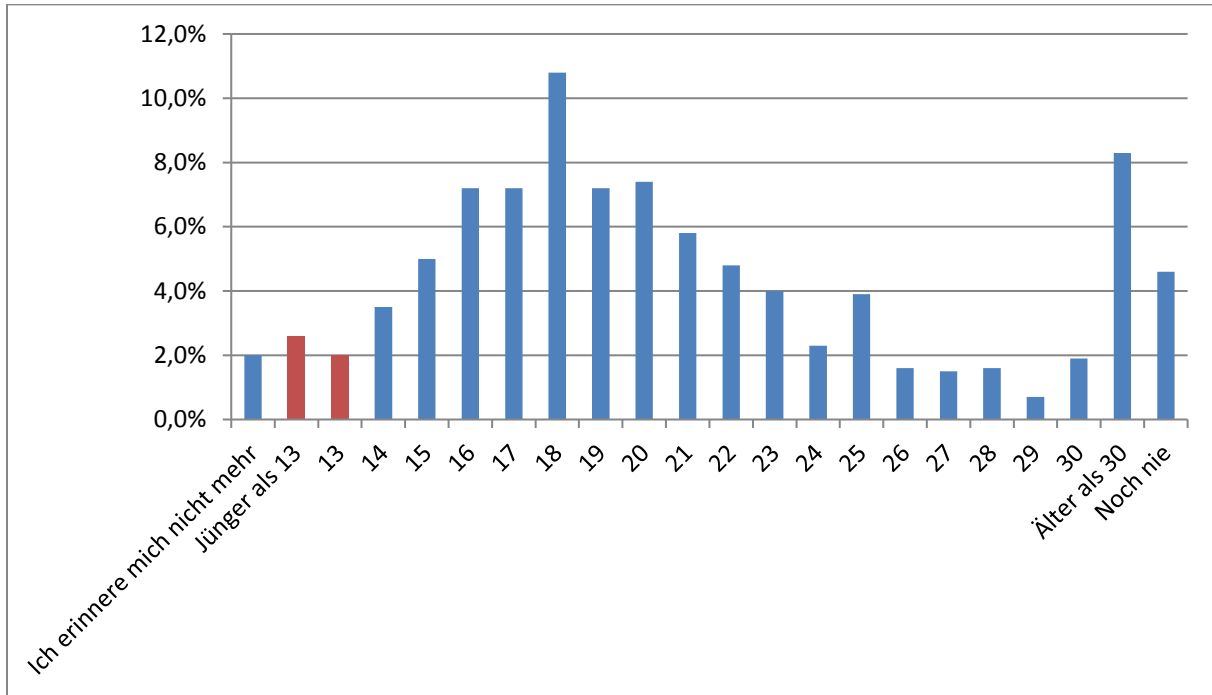


Abbildung 40: Alter beim ersten Analverkehr (N=2.639)

5.1.2. letzter Sex und letzter Analverkehr mit Männern

17,6% der Teilnehmer hatten in den letzten 24 Stunden Sex mit einem anderen Mann und 35,5% nannten den Zeitraum von 7 Tagen. 92,7% der Befragten hatten in den letzten 12 Monaten Sex mit einem anderen Mann.

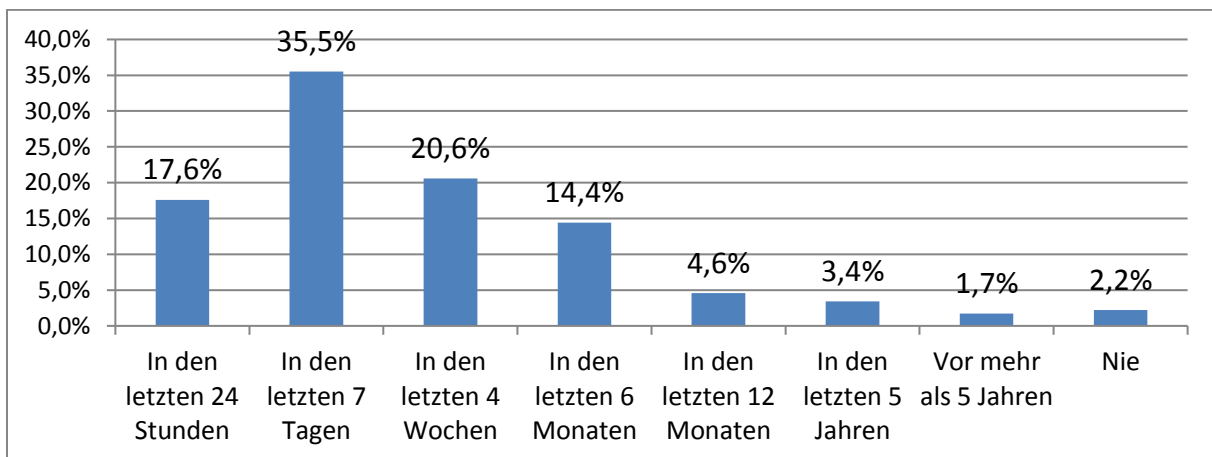


Abbildung 41: Zeitpunkt des letzten Sex (N=2.695)

10,3 % der Teilnehmer gaben an, in den letzten 24 Stunden Analverkehr mit einem anderen Mann gehabt zu haben und 28,2 % nannten den Zeitraum von 7 Tagen. 83,1 % der Befragten hatten in den letzten 12 Monaten Analverkehr mit einem anderen Mann.

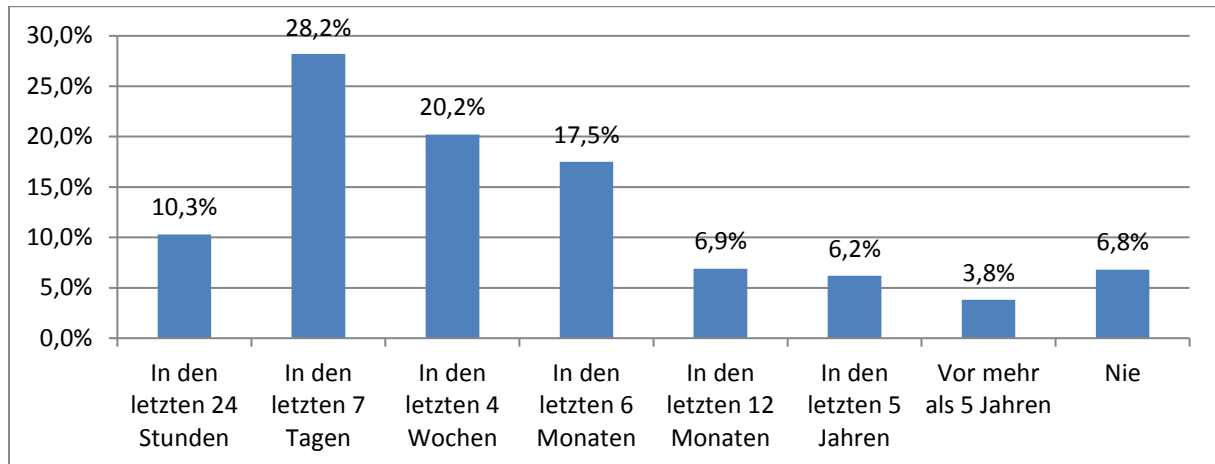


Abbildung 42: Zeitpunkt des letzten Analverkehrs (N=2.690)

5.2. Feste und nicht-feste Sexualpartner im letzten Jahr

Mit dem Begriff „fester Partner“ sind Männer gemeint, mit denen die Teilnehmer in einer Beziehung leben und sich auf Grund dieser Beziehung nicht als Single bezeichnen. Mit dem Begriff „nicht-feste Partner“ sind Männer gemeint, mit denen die Teilnehmer entweder nur einmal Sex hatten oder Männer, mit denen sie mehrmals Sex hatten, welche sie jedoch nicht als ihren festen Freund ansehen (z.B. One-Night-Stands, anonyme oder Gelegenheitspartner oder regelmäßige Sexualpartner).

5.2.1. Feste Sexualpartner

Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmer (46,4%) hatten innerhalb der letzten 12 Monate Sex mit mindestens einem festen Partner (siehe Abbildung 42). 75 % dieser MSM hatten nur mit einem festen Partner Sex. 92,2% der Männer, die Sex mit einem festen Partner hatten, hatten mit diesen auch Analverkehr. Hierbei wendeten 78,4 % der Teilnehmer keine Kondome an.

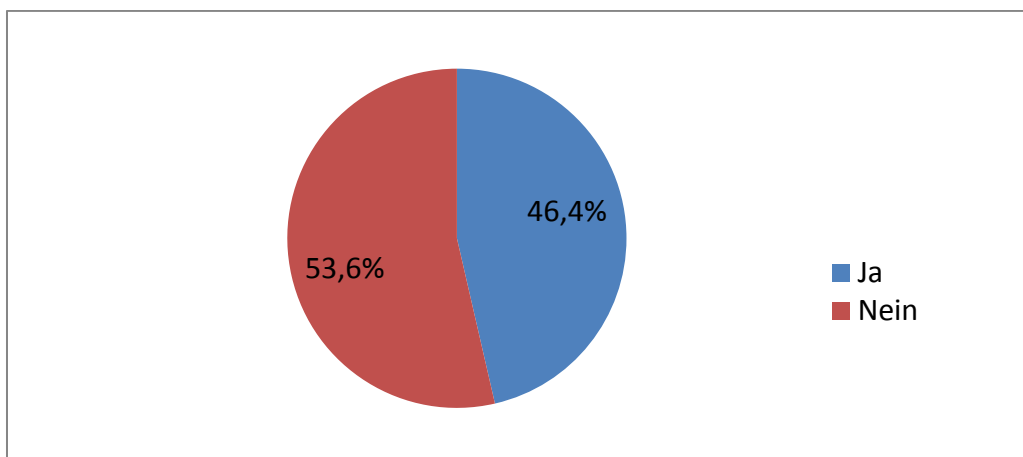


Abbildung 43: Sex mit festem Sexualpartner in den letzten 12 Monaten (N=2.693)

5.2.2. Nicht-feste Sexualpartner

Fast drei Viertel der Teilnehmer (73,2%) hatten Sex mit einem nicht-festen Partner (siehe Abbildung 44). 10,4% der Männer, die mit nicht-festen Partnern Sex hatten, hatten nur mit einem nicht-festen Partner Sex. 87,1% der Männer hatten beim Sex mit nicht-festen Partnern mit diesen auch Analverkehr. 53,3% der MSM (893 MSM, N=1.694) wendeten hierbei keine Kondome an. 25,9% verwendeten meistens, 9% manchmal und 8,4% selten ein Kondom. 9,4% der MSM, die in den letzten 12 Monaten mit nicht-festen Partnern Analverkehr hatten, haben ausschließlich ohne Kondom Analverkehr gehabt.

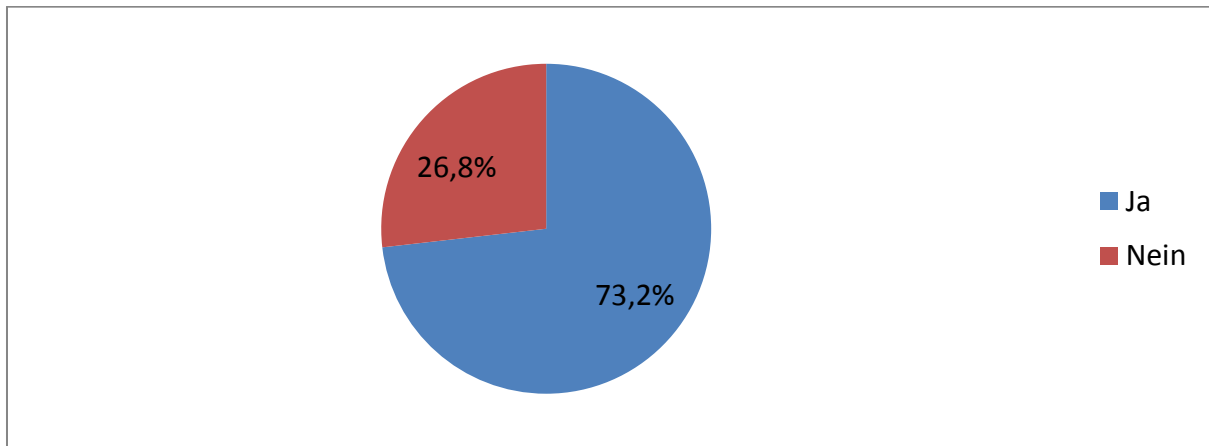


Abbildung 44: Sex mit nicht-festem Sexualpartner in den letzten 12 Monaten (N=2.683)

5.3. Häufigkeit der Kondomnutzung nach HIV-Status

In den folgenden Abschnitten wird die Häufigkeit der Kondomnutzung nach HIV-Status mit nicht-festen Sexualpartnern beschrieben.

5.3.1. Eigener HIV-Status

MSM, die jemals mit HIV diagnostiziert wurden, verwendeten weniger Kondome als noch nie auf HIV-getestete MSM und HIV-negative MSM. Die Gruppe der noch nie getesteten MSM verwendeten weniger häufig Kondome als die MSM, die jemals auf HIV getestet wurden und ein negatives Ergebnis erhielten.

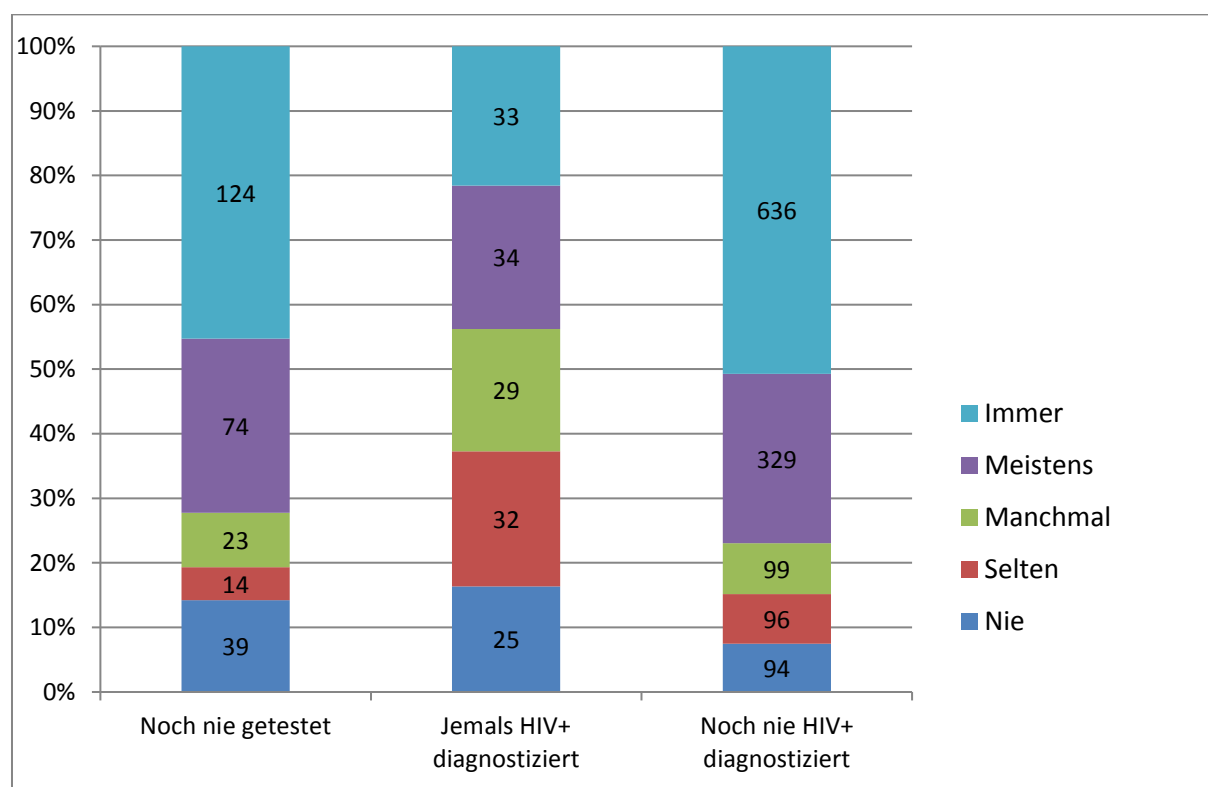


Abbildung 45: Kondomnutzung nach HIV-Status (N=1.694)

5.3.2. HIV-Status der nicht-festen Sexualpartner

5.3.2.1. Kondomloser Analverkehr mit HIV-positiven nicht-festen Partnern

174 MSM (19,5%) hatten mit mindestens einem HIV-positiven nicht-festen Partner ohne Kondom Analverkehr (siehe Abbildung 46). 65,1% davon waren sich bei allen nicht-festen HIV-positiven Partnern sicher, dass sie unter der Nachweisgrenze sind. 15,1% waren sich bei manchen sicher, dass sie unterhalb der Nachweisgrenze sind. 32 Männer davon wussten nicht, ob sich die Viruslast des HIV-positiven Sexualpartners unterhalb der Nachweisgrenze befindet (siehe Abbildung 47).

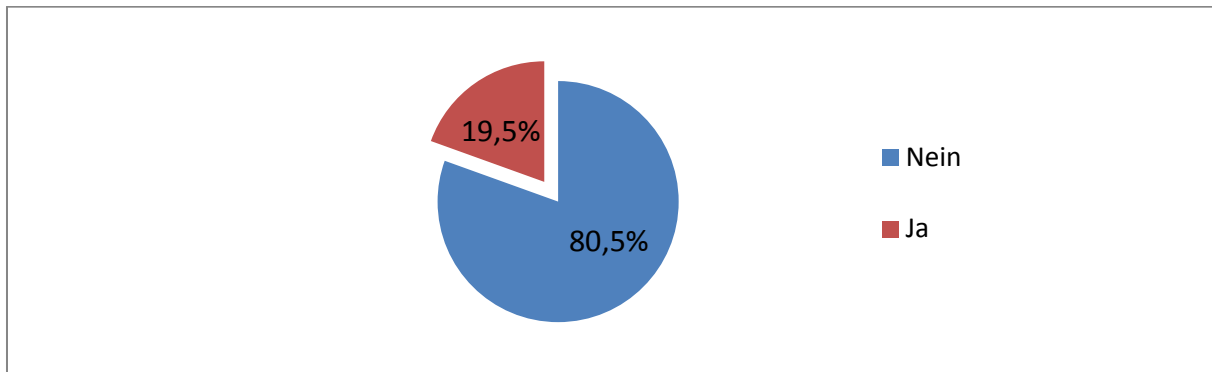


Abbildung 46: Kondomloser Analverkehr mit HIV-positiven nicht-festen Partnern (N=893)

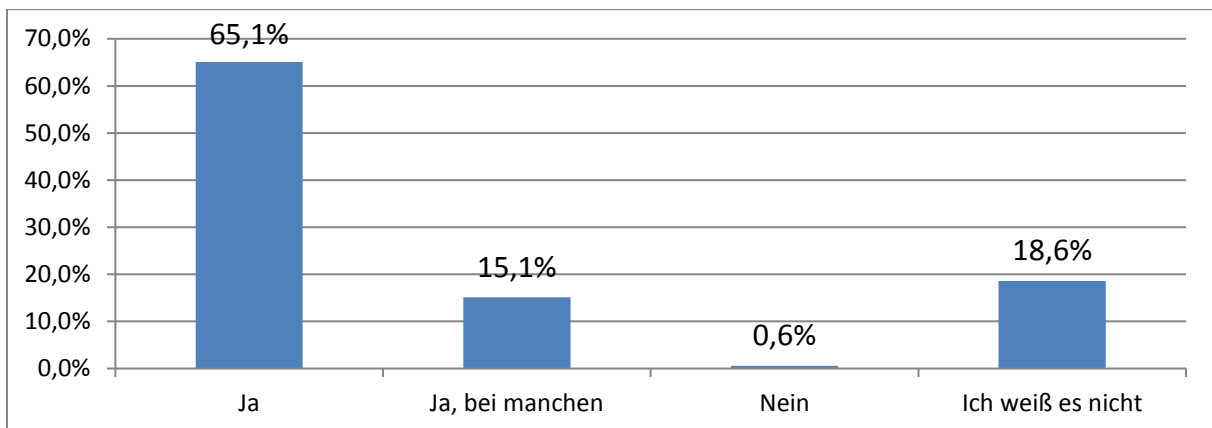


Abbildung 47: Sicherheit über nicht nachweisbare Viruslast der HIV-positiven Sexualpartner (N=174)

5.3.2.2. Kondomloser Analverkehr mit HIV-negativen nicht-festen Partnern

641 Männer (71,8%) hatten in den letzten 12 Monaten mit mindestens einem nicht-festen Partner ohne Kondom Analverkehr, wobei sie wussten, dass der/die Sexualpartner HIV-negativ war/waren (siehe Abbildung 47). 50,5% davon wussten nicht, ob die Sexualpartner PrEP eingenommen hatten, 4,1% waren sich darüber sicher, dass die Partner PrEP eingenommen hatten (siehe Abbildung 48).

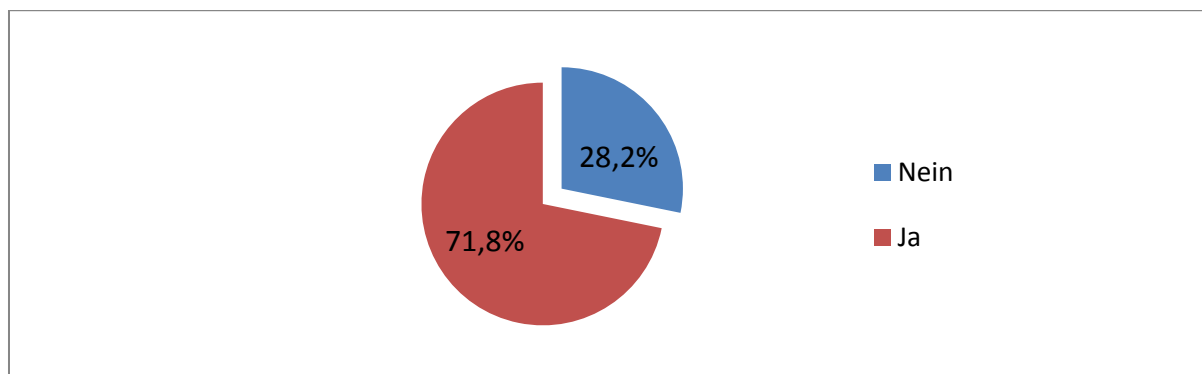


Abbildung 48: Kondomloser Analverkehr mit HIV-negativen nicht-festen Partnern (N=893)

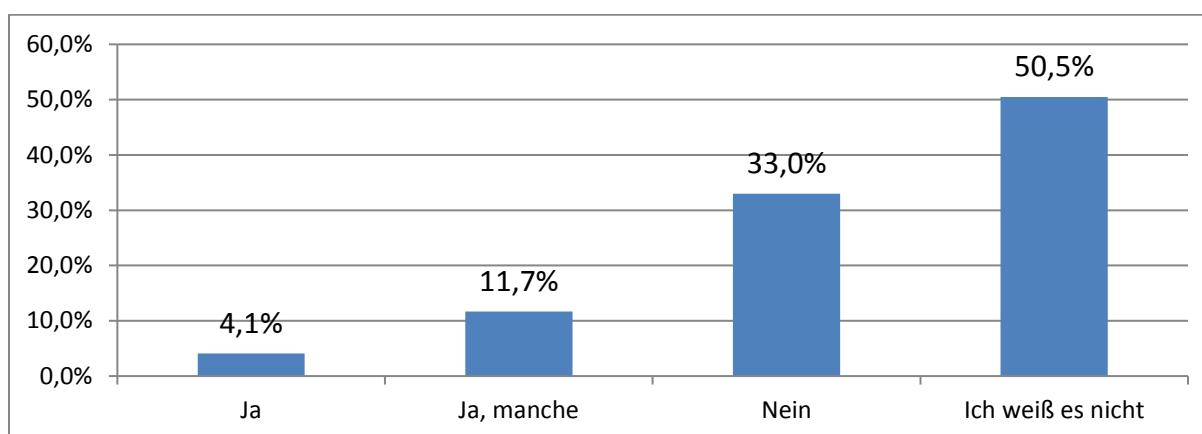


Abbildung 49: Sicherheit über PrEP-Einnahme der HIV-negativen Sexualpartner (N=635)

5.3.2.3. Kondomloser Analverkehr mit nicht-festen Partnern mit unbekanntem HIV-Status

466 Männer (52,2%) hatten mit mindestens einem nicht-festen Sexualpartner ohne Kondom Analverkehr, wobei sie nicht wussten, wie der HIV-Status des/der Sexualpartner war/waren.

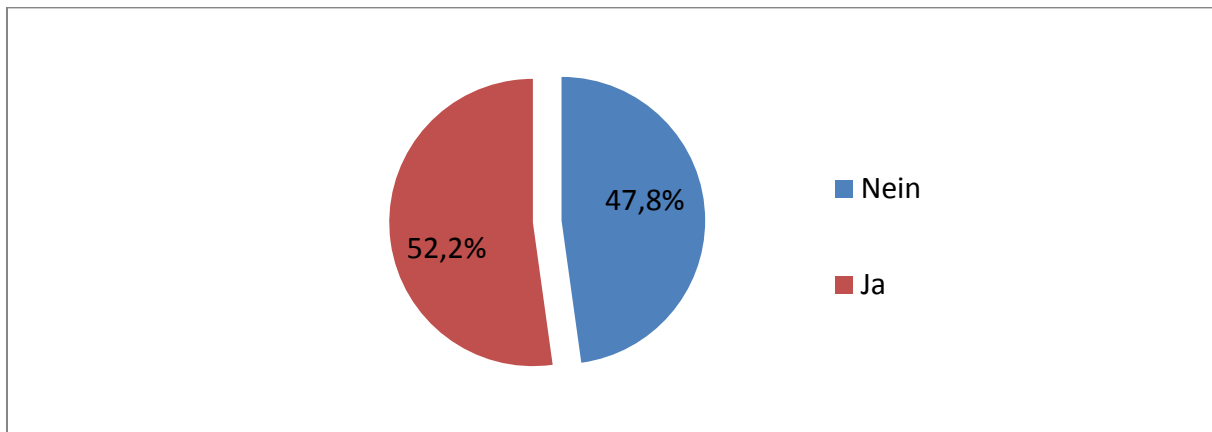


Abbildung 50: Kondomloser Analverkehr mit nicht-festen Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Status (N=893)

5.4. Sex mit Frauen

In dieser Umfrage wird unter Sex körperlicher Kontakt, der den Orgasmus zum Ziel hat, verstanden. Dies gilt auch mit Blick auf den Sex, den die befragten Männer mit Frauen hatten.

5.4.1. Letzter Sex mit Frauen

Von allen Teilnehmern, die die EMIS Befragung online ausgefüllt haben, hatten 341 MSM in den letzten 12 Monaten Sex mit Frauen. 9,1% gaben an, innerhalb der letzten Jahre Sex mit mindestens einer weiblichen Partnerin gehabt zu haben und 28% hatten vor mehr als fünf Jahren mit einer Frau Sex. Die Hälfte der Teilnehmer (50,3%) hatte noch nie Sex mit einer Frau.

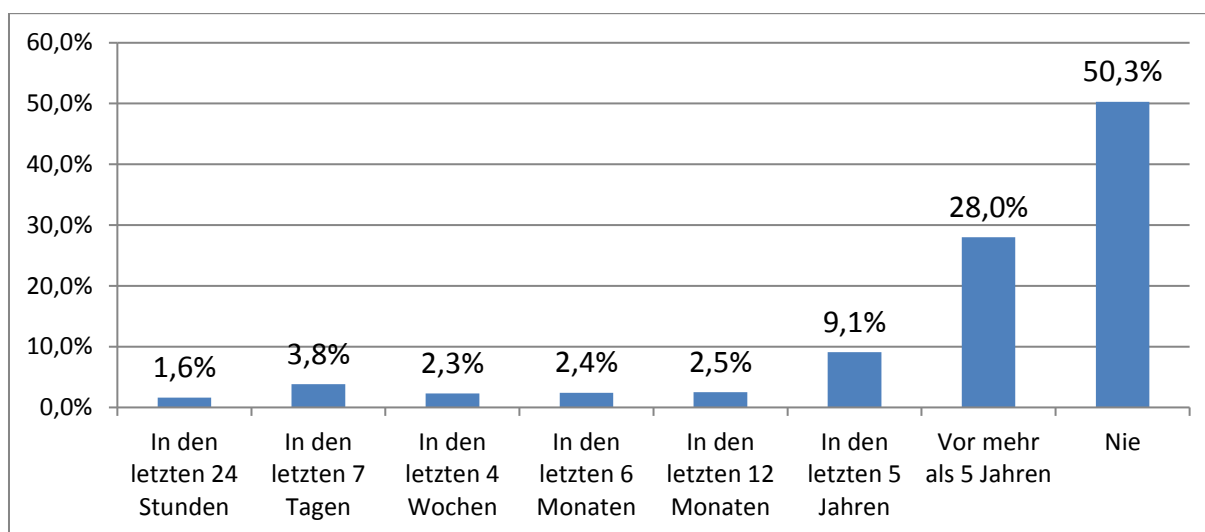


Abbildung 51: Letzter Sex mit Frauen (N=2.698)

Etwa 68% der Teilnehmer, die in den letzten 12 Monaten mit einer Frau Sex hatten, hatten nur eine weibliche Partnerin mit denen sie penetrierenden Verkehr hatten. Mehr als vier verschiedene Sexualpartnerinnen hatten in eben diesem Zeitraum nur 9,9% der Teilnehmer.

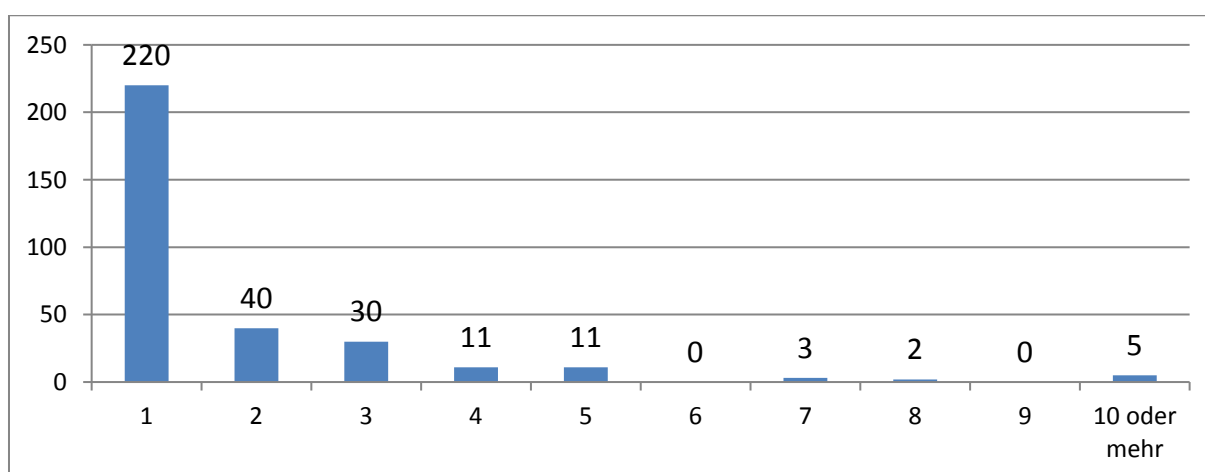


Abbildung 52: Anzahl der weiblichen Sexualpartnerinnen in den letzten 12 Monaten mit penetrierendem Verkehr (N=322)

Etwa die Hälfte der MSM, die in den letzten 12 Monaten mit Frauen penetrierenden Verkehr hatten, haben währenddessen nie ein Kondom angewandt. 29,2% verwendeten immer ein Kondom.

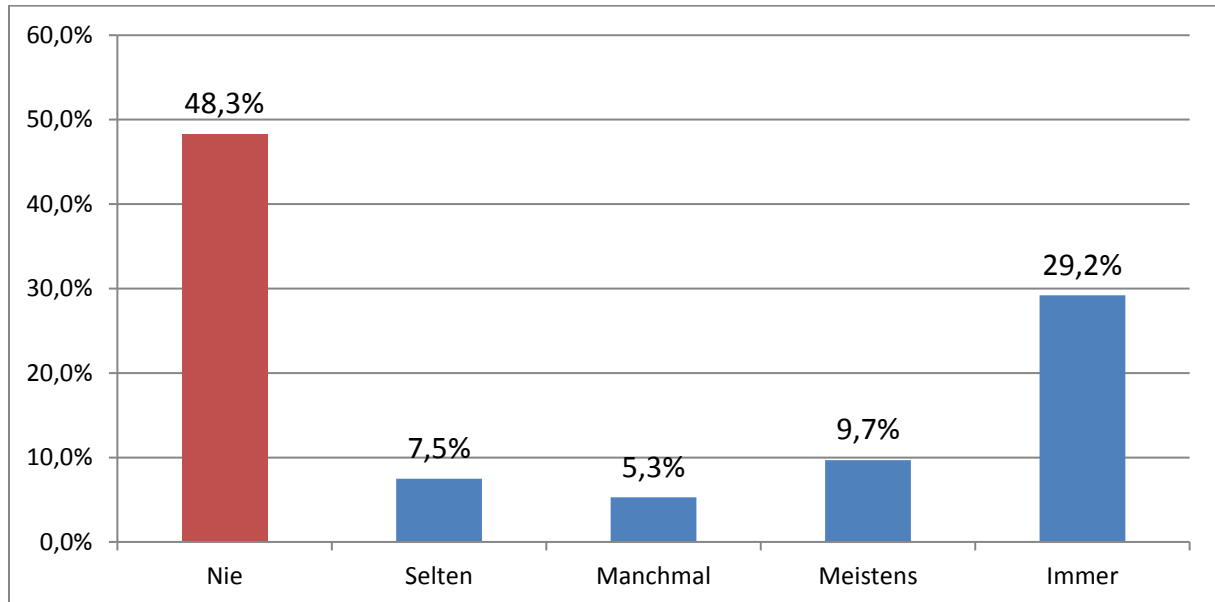


Abbildung 53: Häufigkeit der Kondomanwendung beim penetrierenden Verkehr mit weiblichen Sexualpartnerinnen in den letzten 12 Monaten (N=319)

5.5. Substanzkonsum

Die Palette der erfassten Substanzen reicht von Alkohol und Tabak, über Poppers und erektionsfördernde Medikamente, bis hin zu Beruhigungsmitteln und einer diversifizierten Liste von Substanzen, die in Österreich illegal sind. Die Erhebung berücksichtigte unterschiedliche Formen des Konsums und erhob die Kombination von Sex mit dem Konsum von Alkohol und anderen (stimulierenden) Substanzen.

Substanzkonsum wird oft mit einem höheren Risikoverhalten in Verbindung gebracht. MSM, die Substanzen konsumieren, gelten als besonders gefährdet, sich mit HIV anzustecken, da das Sexualverhalten dadurch riskanter und weniger auf Safer Sex geachtet wird. Auch gesundheitlich ist der Konsum von Substanzen ein Risiko, vor allem die negativen Folgen des Mischkonsums werden häufig unterschätzt.

5.5.1. Letzter Konsum von Substanzen

Substanzen, welche von MSM konsumiert werden, sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 3) dargestellt. In Tabelle 4 ist die 12-Monats-Prävalenz der einzelnen Substanzen abgebildet.

	Alkohol	Poppers	Viagra ähnliches oder	Sedativa	Cannabis	Cannabinoide
In den letzten 24 Stunden	1015 (37,5%)	169 (6,2%)	58 (2,1%)	47 (1,7%)	142 (5,25%)	5 (0,2%)
In den letzten 7 Tagen	1002 (37%)	272 (10,1%)	149 (5,5%)	39 (1,4%)	133 (4,92%)	4 (0,1%)
In den letzten 4 Wochen	323 (11,9%)	180 (6,7%)	101 (3,7%)	41 (1,5%)	130 (4,81%)	4 (0,1%)
In den letzten 6 Monaten	132 (4,9%)	202 (7,5%)	116 (4,3%)	49 (1,8%)	228 (8,4%)	13 (0,5%)
In den letzten 12 Monaten	66 (2,4%)	176 (6,5%)	84 (3,1%)	56 (2,1%)	150 (5,6%)	12 (0,4%)
In den letzten 5 Jahren	36 (1,3%)	240 (8,9%)	139 (5,1%)	104 (3,8%)	215 (7,9%)	50 (1,8%)
Vor mehr als 5 Jahren	54 (2,0%)	325 (12,0%)	74 (2,7%)	104 (3,8%)	240 (8,9%)	63 (2,3%)
Nie	73 (2,7%)	1139 (42,1%)	1978 (73,1%)	2256 (83,4%)	1429 (52,8%)	2511 (92,8%)
Fehlend	4 (0,1%)	2 (0,1%)	6 (0,2%)	9 (0,3%)	38 (1,4%)	43 (1,6%)

	Ecstasy Pille	Ecstasy (Kristallform)	Amphetamine	Crystal Amphetamin	Meth	Heroin ähnlich	oder	Mephedron
In den letzten 24 Stunden	7 (0,3%)	8 (0,3%)	17 (0,6%)	6 (0,2%)		3 (0,1%)		6 (0,2%)
In den letzten 7 Tagen	38 (1,4%)	24 (0,9%)	30 (1,1%)	21 (0,8%)		x		20 (0,7%)
In den letzten 4 Wochen	50 (1,8%)	32 (1,2%)	34 (1,3%)	14 (0,5%)		1 (0%)		27 (1%)
In den letzten 6 Monaten	64 (2,4%)	54 (2%)	55 (2%)	27 (1%)		2 (0,1%)		24 (0,9%)
In den letzten 12 Monaten	56 (2,1%)	50 (1,8%)	41 (1,5%)	29 (1,1%)		4 (0,1%)		25 (0,9%)
In den letzten 5 Jahren	84 (3,1%)	83 (3,1%)	97 (3,6%)	40 (1,5%)		7 (0,3%)		42 (1,6%)
Vor mehr als 5 Jahren	137 (5,1%)	64 (2,4%)	113 (4,2%)	27 (1%)		31 (1,1%)		21 (0,8%)
Nie	2228 (82,4%)	2346 (86,7%)	2275 (84,1%)	2499 (92,4%)		2610 (96,5%)		2494 (92,2%)
Fehlend	41 (1,5%)	44 (1,6%)	43 (1,6%)	42 (1,6%)		47 (92,4%)		46 (1,7%)
	Synthetische Stimulanzien außer Mephedron	GHB/GBL	Ketamin	LSD (Acid)		Kokain		Crack Kokain
In den letzten 24 Stunden	3 (0,1%)	15 (0,6%)	5 (0,2%)	1 (0%)		17 (0,6%)		1 (0%)
In den letzten 7 Tagen	8 (0,3%)	25 (0,9%)	7 (0,3%)	5 (0,2%)		28 (1%)		2 (0,1%)
In den letzten 4 Wochen	7 (0,3%)	30 (1,1%)	19 (0,7%)	3 (0,1%)		48 (1,8%)		2 (0,1%)
In den letzten 6 Monaten	11 (0,4%)	43 (1,6%)	24 (0,9%)	20 (0,7%)		91 (3,4%)		5 (0,2%)
In den letzten 12 Monaten	10 (0,4%)	25 (0,9%)	31 (1,1%)	18 (0,7%)		57 (2,1%)		4 (0,1%)
In den letzten 5 Jahren	23 (0,9%)	62 (2,3%)	50 (1,8%)	39 (1,4%)		100 (3,7%)		4 (0,1%)
Vor mehr als 5 Jahren	17 (0,6%)	53 (2%)	38 (1,4%)	91 (3,4%)		130 (4,8%)		12 (0,4%)
Nie	2584 (95,5%)	2410 (89,1%)	2491 (92,1%)	2482 (91,8%)		2192 (81%)		2635 (97,4%)
Fehlend	42 (1,6%)	42 (1,6%)	40 (1,5%)	46 (1,7%)		42 (1,6%)		40 (1,5%)

Tabelle 3: konsumierte Substanzen (N=2.705)

Substanz	12-Monats-Prävalenz	Substanz	12-Monats-Prävalenz
Alkohol	93,80%	Crystal Meth Amphetamin	3,60%
Poppers	36,90%	Heroin oder Ähnliches	0,40%
Viagra oder Ähnliches	18,80%	Mephedron	3,80%
Sedativa	8,60%	Synthetische Stimulanzen außer Mephedron	1,40%
Cannabis	28,90%	GHB/GBL (liquid Ecstasy)	5,10%
Cannabinoide	1,40%	Ketamin	3,20%
Ecstasy (Pille)	7,90%	LSD (Acid)	1,70%
Ecstasy (Kristall)	6,20%	Kokain	8,90%
Amphetamine	6,50%	Crack Kokain	0,50%

Tabelle 4: Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (N=2.705)

5.5.2. Intravenöser Konsum von Steroiden und stimulierenden Substanzen

97,2% der MSM aus der vorliegenden Stichprobe konsumierten noch nie Substanzen intravenös und 97,7% der Teilnehmer injizierten sich noch nie anabolische Steroide.

43 Männer gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten Substanzen intravenös konsumierten hatten.

16 von den 43 MSM konsumierten mindestens zehn Mal Substanzen intravenös.

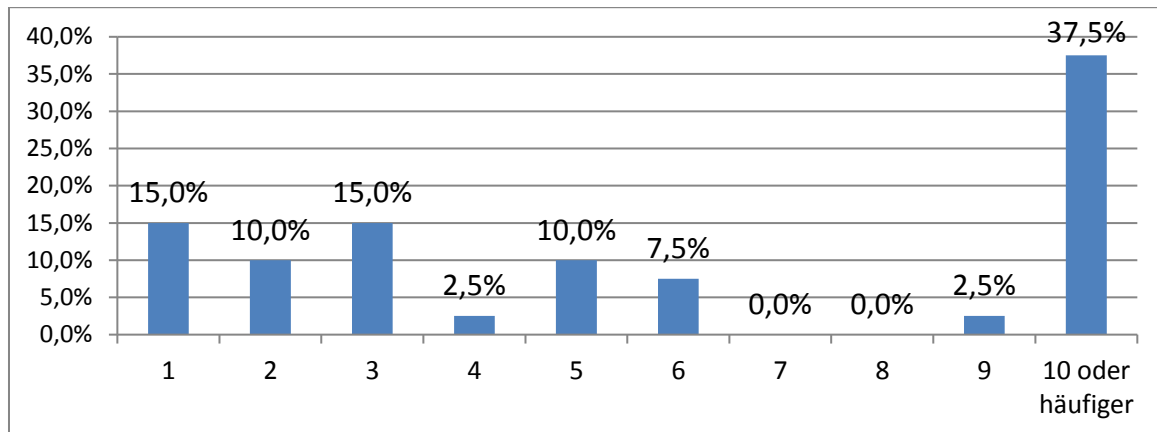


Abbildung 54: Häufigkeit des intravenösen Konsums in den letzten 12 Monaten (N=43)

Die Substanz, die am häufigsten in der Konsumform zugeführt wurde, war Crystal Meth Amphetamin (24 MSM). Mephedron wurde von 21 Teilnehmern intravenös konsumiert, Ketamin von 13 und synthetische Stimulanzen (außer Mephedron) von 7. Es hatte laut eigener Angabe niemand Ecstasy, Amphetamin oder Crack Kokain intravenös konsumiert. 3 Personen wussten nicht mehr, was sie injiziert hatten.

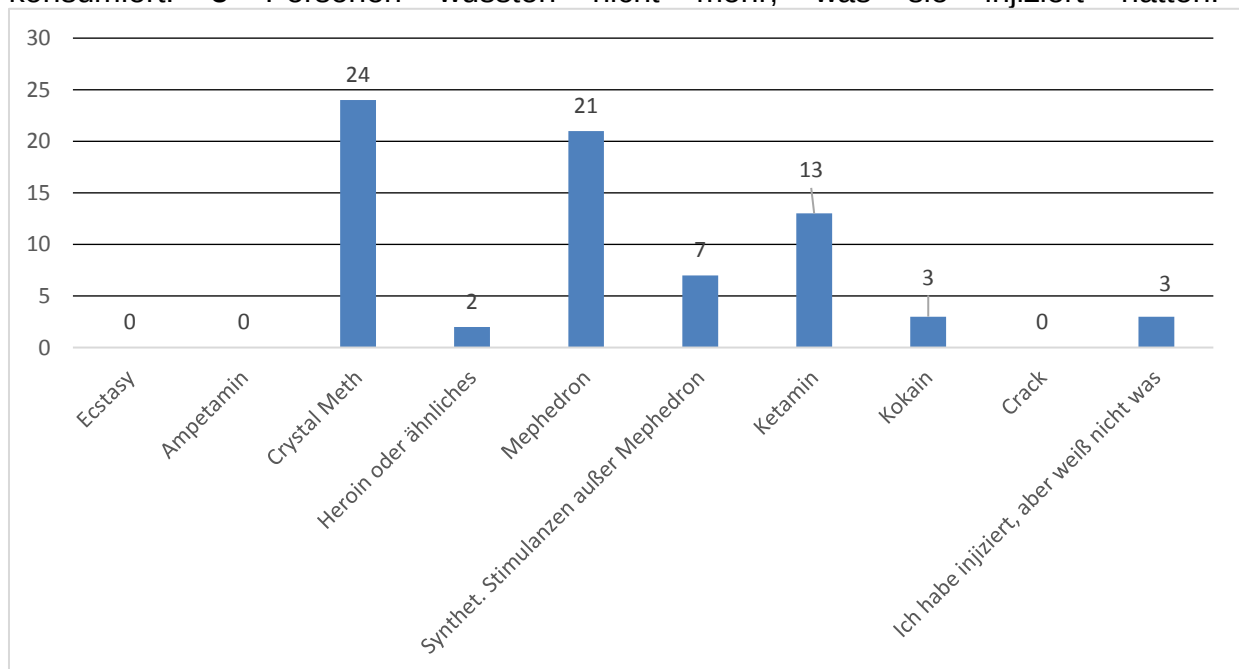


Abbildung 55: intravenös konsumierte Substanzen (N=43)

Betrachtet man in diesem Zusammenhang den Spritzentausch, zeigt sich, dass insgesamt 11 Männer angaben, mindestens einmal eine gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt zu haben.

Bei fünf Männern erfolgte der Tausch von Spritzen oder Nadeln in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Bei sechs weiteren MSM lag die Benutzung einer gebrauchten Spritze oder Nadel mehr als ein Jahr zurück.

5.6. Chemsex (Kombination von Sex und stimulierenden Substanzen)

Für den Konsum von stimulierenden Substanzen während des Sex ist der Begriff "Chemsex" gängig geworden. Chemsex hat im Laufe der letzten Jahre immer mehr an Aufmerksamkeit erlangt.

Eine Unterscheidung zwischen Chemsex und Sex unter berauschem Zustand sollte getroffen werden. Chemsex ist die Kombination von synthetischen Substanzen und Sex. Synthetische Substanzen, die unter Chemsex subsumiert werden, sind GHB/GBL, Ketamin, Mephedron und Crystal Meth. Vor allem in der Gay Community ist Chemsex ein Faktor, der die Ansteckung mit HIV erhöht (Deimel et al., 2016). Ein in den Sozialwissenschaften wesentlich länger diskutiertes Konsumverhalten ist der Alkoholkonsum (= Sex unter berauschem Zustand).

Im Folgenden wird nun die Prävalenz von Sex unter dem Einfluss von Alkohol bzw. stimulierenden Substanzen dargestellt und kontextualisiert.

5.6.1. Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Alkohol oder stimulierenden Substanzen in den letzten 12 Monaten

40,1% der beschriebenen Teilstichprobe hatten innerhalb des letzten Jahres ausschließlich nüchtern Sex, 28,7% hatte fast immer nüchtern Sex. 13,2% hatten öfter nüchtern Sex als unter dem Einfluss von Substanzen. Bei 6,9% der MSM, die diese Frage beantwortet haben, war der Anteil des nüchternen und nicht nüchternen Sexes ausgeglichen. 11,1% hatten öfters unter dem Einfluss von Substanzen Sex als nüchtern Sex, wovon 1,1% der Teilnehmer angegeben hatten nie nüchtern Sex gehabt zu haben.

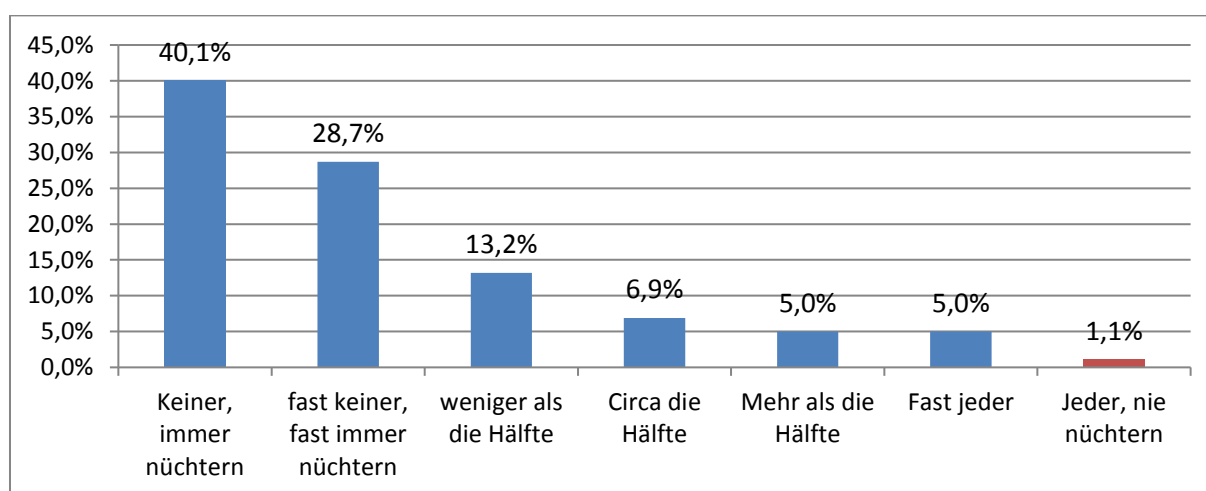


Abbildung 56: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen (N=2.279)

Die Befragung ergab außerdem, dass im Alter von 20-49 Jahren Sex mehr unter Alkohol- oder Substanzeinfluss als nüchtern stattfand.

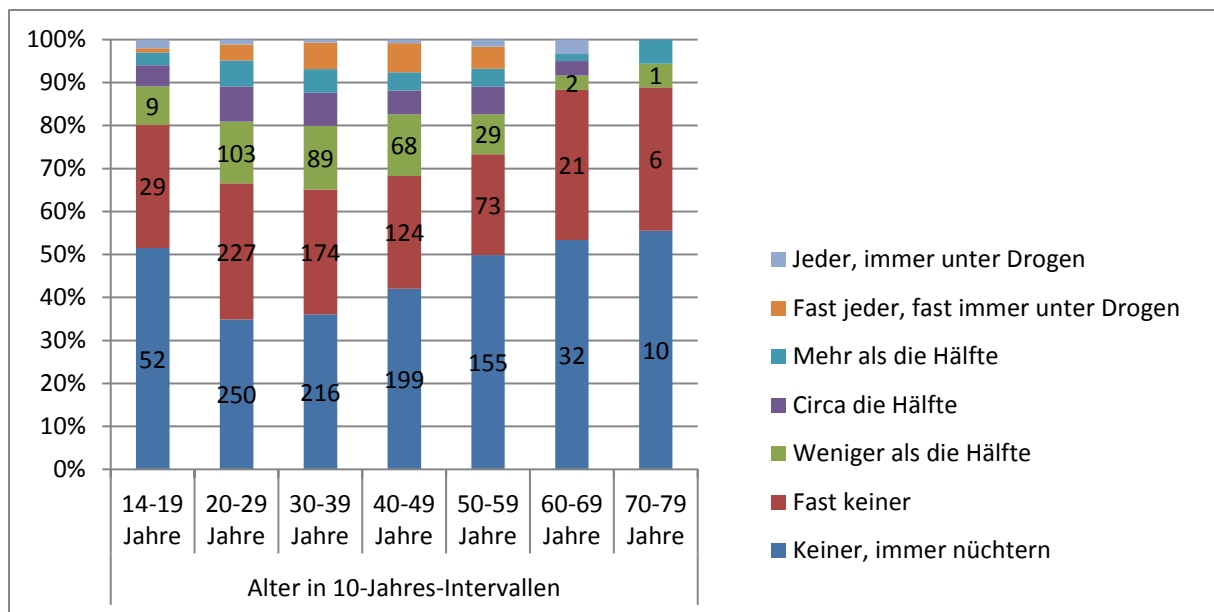


Abbildung 57: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen nach Alter (N=2.279)

MSM, die HIV-positiv diagnostiziert wurden, hatten häufiger Sex unter dem Einfluss von Alkohol oder Substanzen als MSM, die HIV-negativ waren oder noch nie getestet wurden. Die zuletzt genannte Teilgruppe hatte prozentuell gesehen am häufigsten nüchternen Sex.

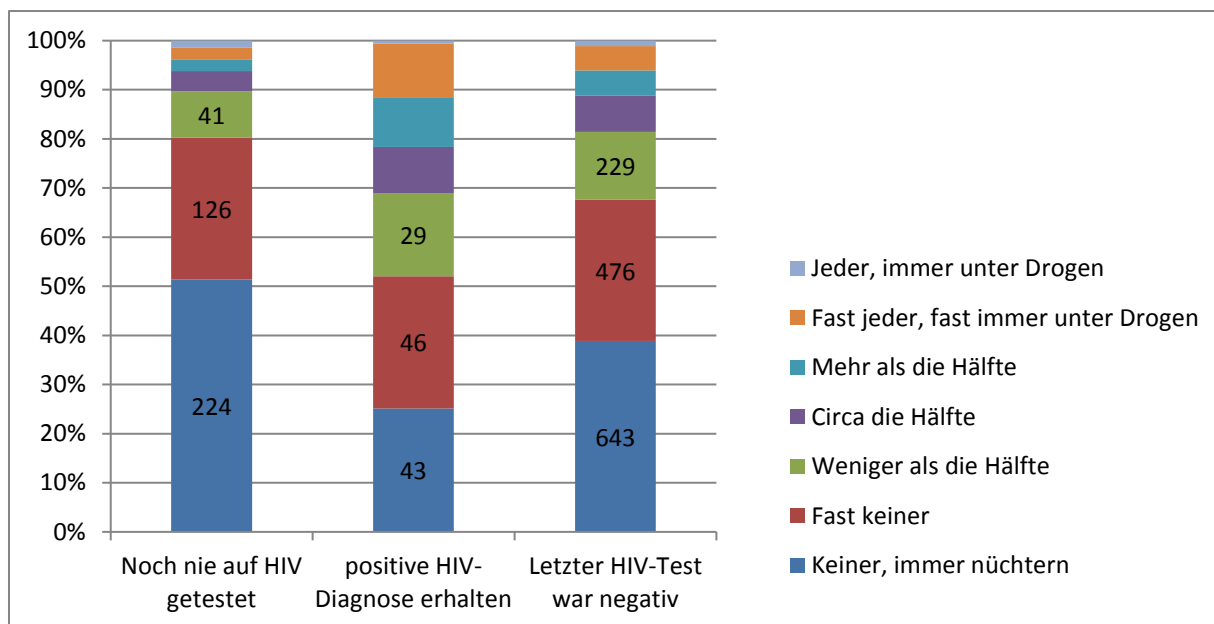


Abbildung 58: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen nach HIV-Status (N=2.279)

5.6.2. Letzter nüchterner Sex, Chemsex und Gruppen-Chemsex

Nüchterner Sex ist Sex unbeeinflusst von Alkohol und stimulierenden Substanzen. Die meisten MSM hatten innerhalb der letzten 24 Stunden (12,2%) oder innerhalb der letzten 7 Tage (31,9%) zuletzt nüchtern Sex. 5,7% der Teilnehmer berichteten, dass sie noch nie nüchtern Sex hatten, 2,2% der Stichprobe hatten allgemein noch nie Sex.

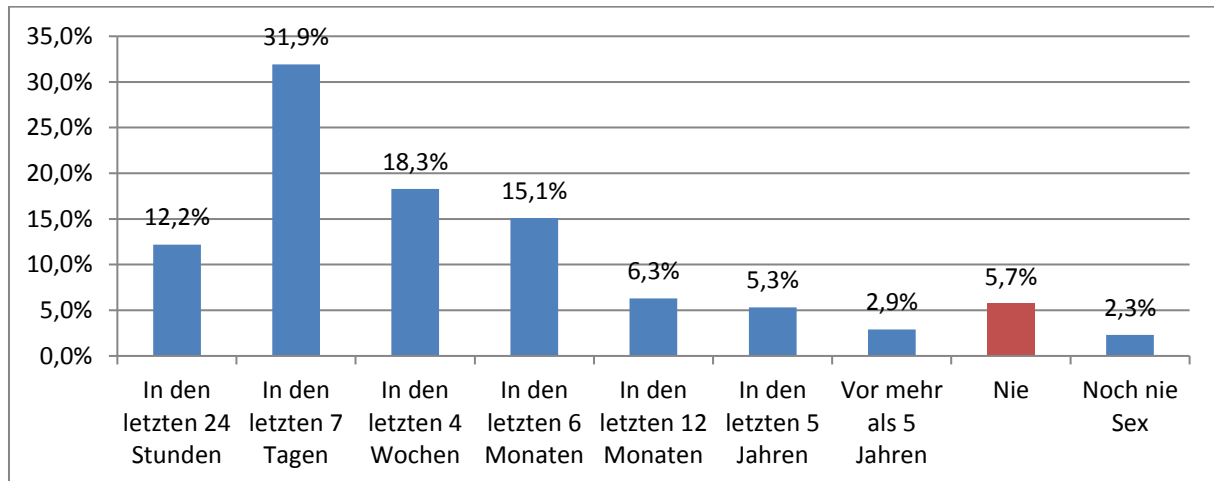


Abbildung 59: letzter nüchterner Sex (N=2.684)

Die Häufigkeit von Chemsex wurde, ohne den Begriff zu verwenden, eruiert, indem gefragt wurde, wie oft der Sex der letzten 12 Monate unter dem Einfluss von Stimulantien stand.

254 Teilnehmer hatten innerhalb der letzten 12 Monate Chemsex mit stimulierenden Substanzen, um den Sex zu verlängern. Zu den hier relevanten Substanzen zählen Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Meth Amphetamin (Crystal Meth), Mephedron und Ketamin. 85,6% der Teilnehmer brauchten noch nie stimulierende Substanzen, um die Dauer des Sexes zu erhöhen.

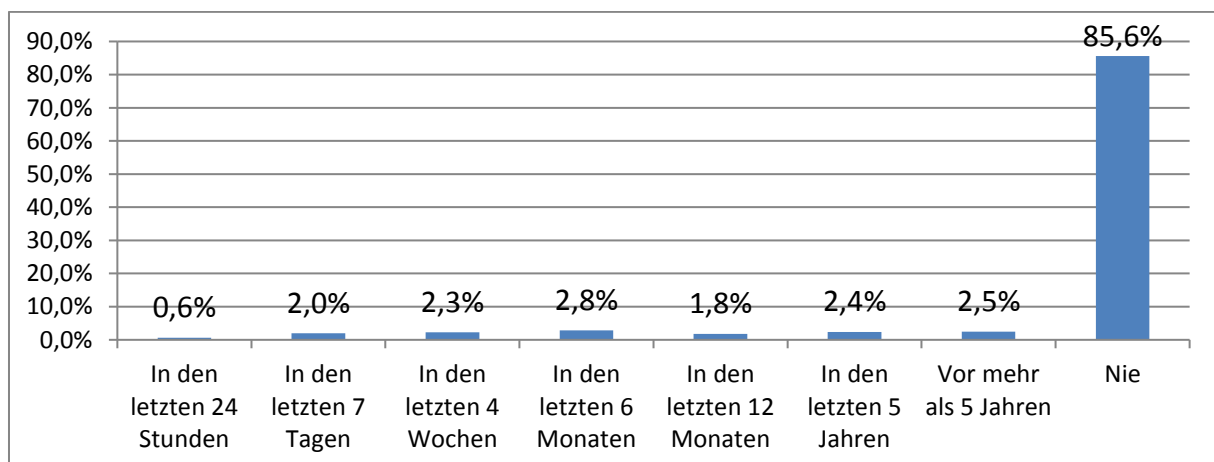


Abbildung 60: Chemsex in den letzten 12 Monaten (N=2.667)

Des Weiteren nahmen 155 MSM der Stichprobe innerhalb des letzten Jahres ebendiese stimulierenden Substanzen im Rahmen von Gruppen-Chemsex ein. 91,3% der Teilnehmer nahmen noch nie während Gruppensex die genannten Substanzen ein.

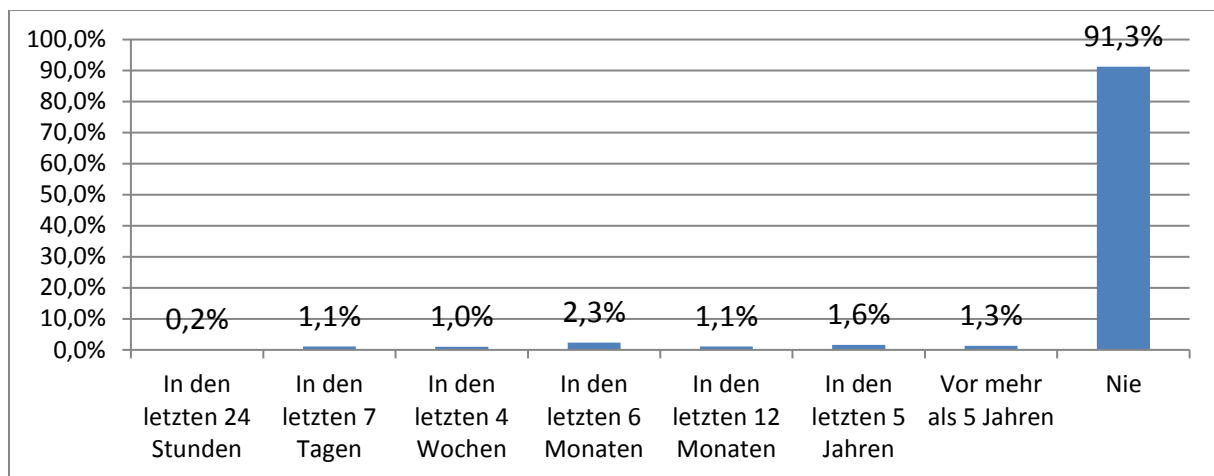


Abbildung 61: Teilnahme an Gruppen-Chemsex (N=2.667)

5.6.3. Orte des letzten Gruppen-Chemsex

Am häufigsten nannten die Teilnehmer, die innerhalb der letzten 12 Monate an Gruppen-Chemsex beteiligt waren, als Veranstaltungsort das Zuhause von jemand anderem (60%). Doch auch im eigenen Zuhause hatten 14,2% der Teilnehmer Gruppen-Chemsex. Andere, weniger frequentierte Orte für Gruppen-Chemsex waren Clubs oder Hinterzimmer einer Bar (13,5%), Saunas (7,1%) und Hotelzimmer (3,9%).

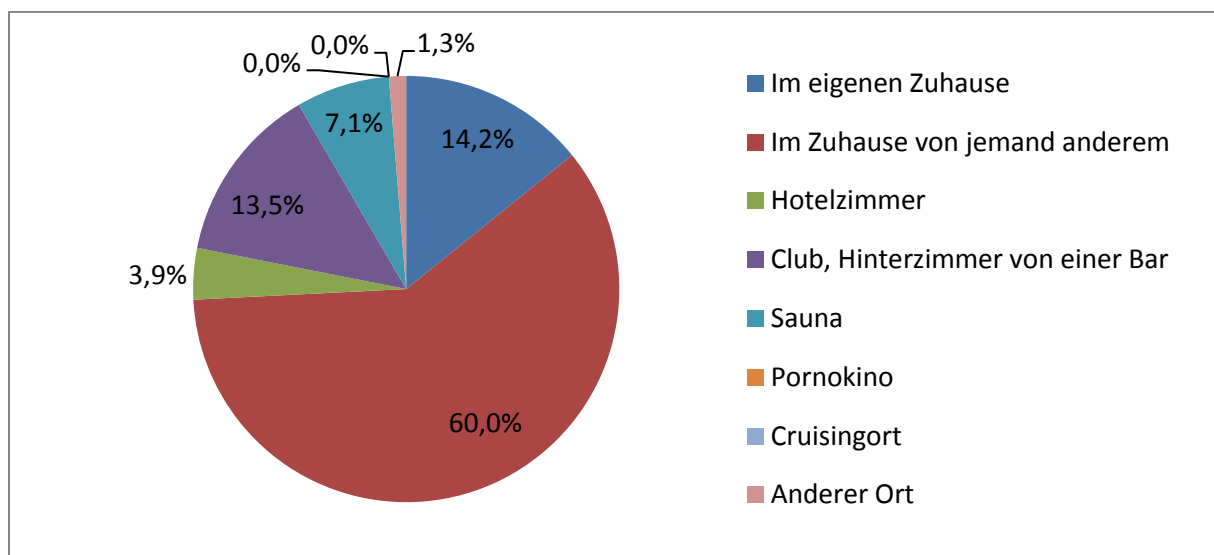


Abbildung 62: Orte des letzten Gruppen-Chemsex (N=155)

5.6.4. Dauer von Gruppen-Chemsex

Die meisten MSM, die in den letzten 12 Monaten an Gruppen-Chemsex teilgenommen hatten (N=155), taten dies seit weniger als einem Jahr (22,7%). Doch es gab auch einige Teilnehmer, die schon mehr als 10 Jahre Substanzen im Rahmen von Gruppensex konsumierten (14,7%).

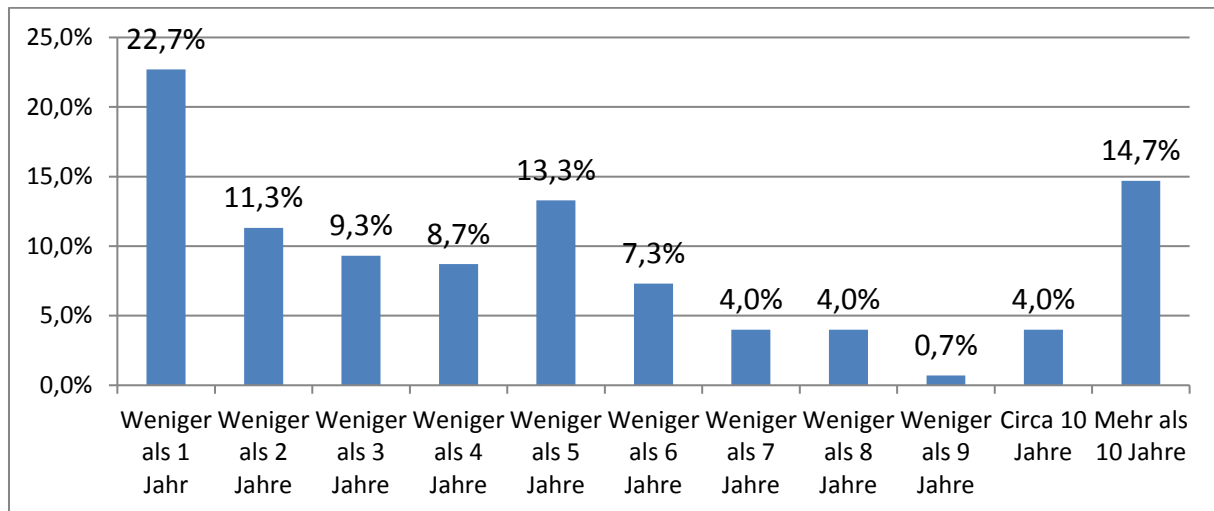


Abbildung 63: Dauer des Gruppen-Chemsex (N=155)

5.7. Nutzung der Post-Expositionsprophylaxe (PEP)

Von den HIV-negativen MSM versuchten 127 (5,1%) schon einmal, die PEP zu bekommen (siehe Abbildung 63). Davon nahmen 60,6% schon mindestens eine Behandlung mit PEP ein. 32,3% erhielten die PEP nicht und 6,3% entschieden sich letztendlich gegen die Einnahme der Post-Expositionsprophylaxe.

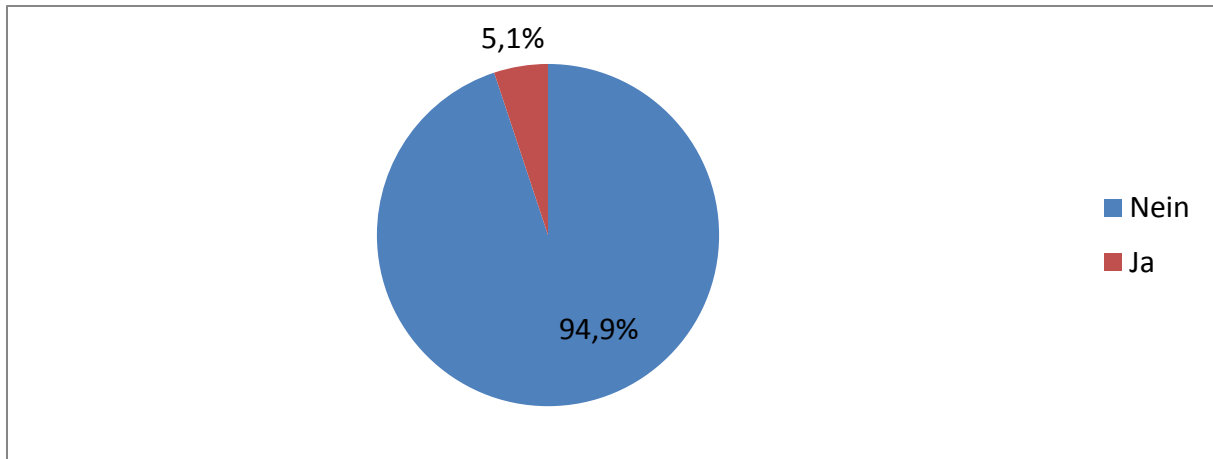


Abbildung 64: Versuch die PEP zu bekommen (N=2.467)

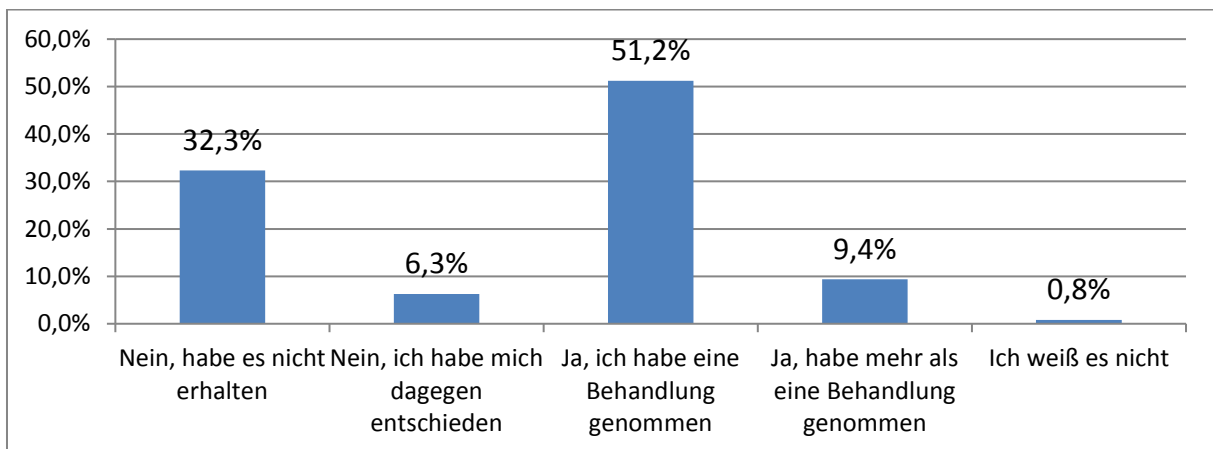


Abbildung 65: PEP-Behandlung (N=127)

Von den HIV-positiven MSM versuchten zehn Personen (5%), vor der HIV-Diagnose die PEP zu bekommen (siehe Abbildung 66). Davon erhielt eine Person das Medikament nicht, acht Personen nahmen eine Behandlung mit den PEP-Tabletten ein und eine Person machte mehr als einen Behandlungszyklus (siehe Abbildung 67).

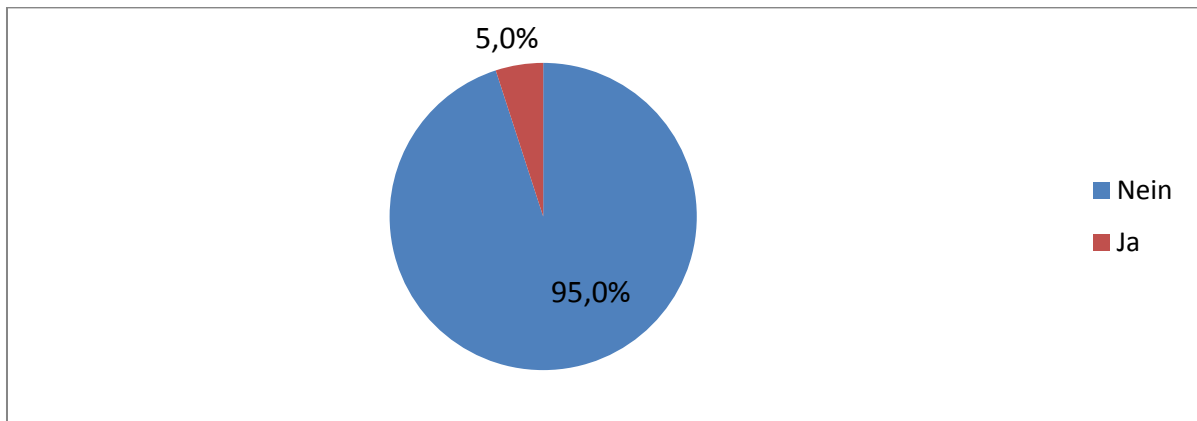


Abbildung 66: Versuch die PEP vor HIV-Diagnose zu bekommen (N=199)

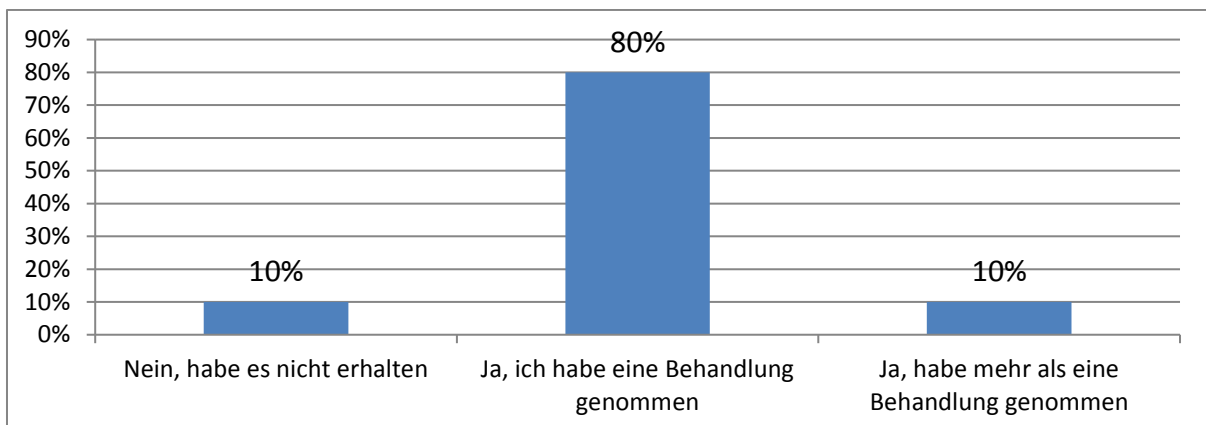


Abbildung 67: PEP-Behandlung vor der HIV-Diagnose (N=10)

86 MSM aus der Stichprobe wurden jemals mit PEP behandelt. Die meisten Personen, die die PEP schon einmal eingenommen hatten (72,1%), taten dies genau 30 Tage lang. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug jedoch 27,73 Tage.

5.8. Nutzung der Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)

Die Datenerhebung von EMIS-2017 fand im Zeitraum von Oktober 2017 bis Ende Januar 2018 statt. Jedoch sind Generika für die PrEP erst seit Anfang Januar 2018 erschwinglicher für den Großteil der österreichischen MSM. Seit dem ersten Januar 2018 bieten zwei Wiener Apotheken die Tabletten für eine Monatsbehandlung für 59 Euro an. Die Daten sind deshalb eventuell nicht mehr aktuell, da mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass seitdem die Personen, die schon einmal die PrEP eingenommen haben, angestiegen ist.

In Österreich versuchten 4,1% der Teilnehmer (110 Personen) schon einmal an eine Behandlung mit PrEP zu gelangen. Zum Zeitpunkt der Umfrage hatten 63 Männer schon einmal PrEP-Tabletten eingenommen (siehe Abbildung 67). Von ebendiesen MSM nahmen 41 PrEP täglich ein, vier Personen hatten PrEP schon einmal täglich eingenommen und machten dies zum Zeitpunkt der Erhebung nicht mehr. 18 MSM hatten PrEP schon einmal eingenommen, jedoch nicht täglich. Fast 97% der Teilnehmer hatten PrEP noch nie eingenommen.

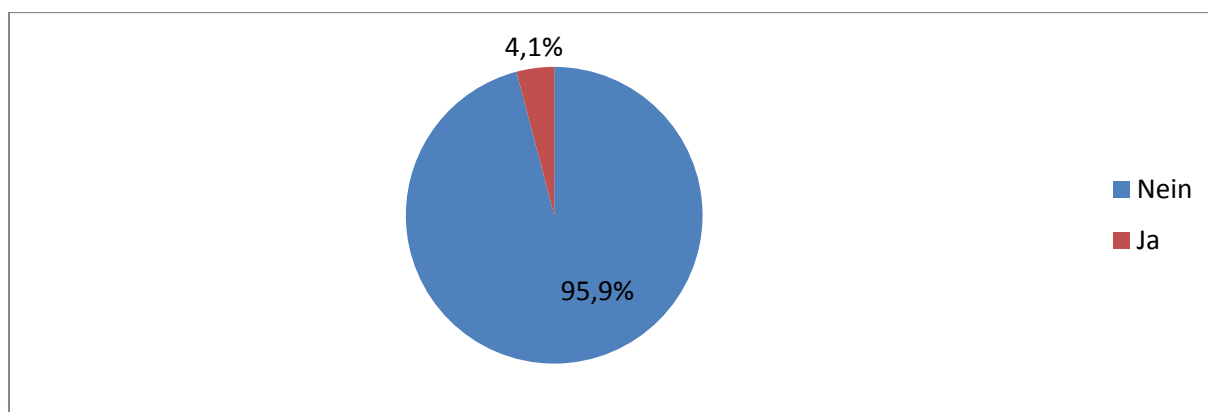


Abbildung 68: Versuch die PrEP zu bekommen (N=2.692)

Vor der Einnahme der PrEP Tabletten sprachen nur 22 der 63 MSM mit einem Arzt und nur 13 MSM erhielten ein Rezept für die Tabletten in Österreich. Die Teilnehmer nannten die Orte allgemeinmedizinische Praxis, HIV-Schwerpunktpraxis und ambulanter Besuch eines Krankenhauses als Herkunftsorte des PrEP-Rezepts.

Herkunft des PrEP-Rezepts, n=13, Mehrfachnennungen sind möglich	Allgemeinmedizinische/ hausärztliche Praxis	In einer anderen (fach-) ärztlichen Praxis oder HIV-Schwerpunktpraxis	Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses
Häufigkeit	5	5	4

Tabelle 5: Herkunft des PrEP-Rezeptes (N=13)

Die meisten Personen, die schon einmal PrEP eingenommen haben, haben diese in einer Online-Apotheke bestellt.

Herkunft der PrEP-Pillen (n=63); Mehrfachantworten möglich	Studien- teilnahme	Allgemein- medizini- sche/ hausärztli- che Praxis	(fach-) ärztliche Praxis	ambulanter Besuch eines Kranken- hauses	Online Apotheke	Apotheke	PrEP als PrEP Pille benutzt	ART von jemand anderem benutzt	Andere Antwort
Häufigkeit	13	2	4	6	27	9	4	5	10

Tabelle 6: Herkunft des PrEP-Tabletten (N=63)

5.9. HIV-Therapie

201 MSM der Stichprobe (7,5%) wurden positiv auf HIV diagnostiziert. 21,4% wurden noch nie getestet und bei fast drei Viertel der Teilnehmer (71,1%) war der letzte HIV-Test negativ.

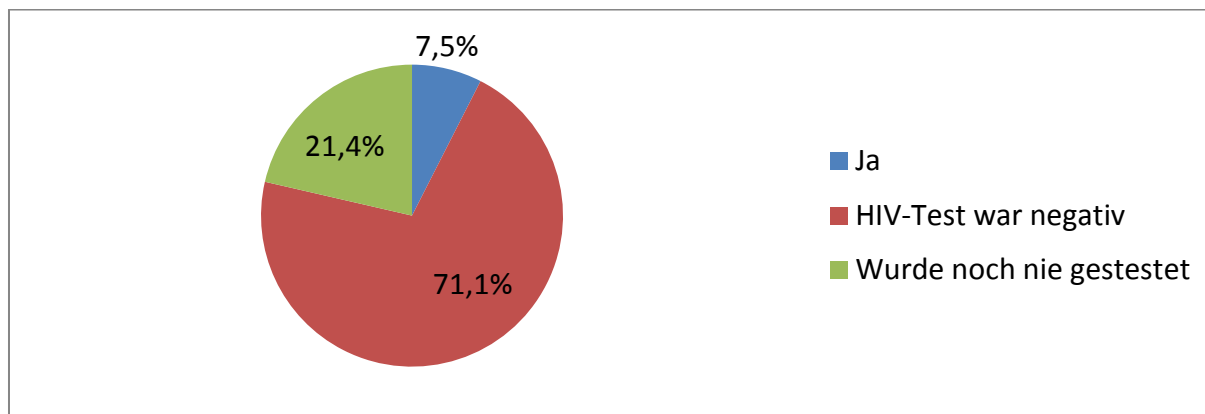


Abbildung 69: Ergebnis des letzten HIV-Tests (N=2.681)

Anzahl Befragte in HIV-Therapie

Von den HIV-positiven MSM wurden 185 Personen (83,6 %) mittels antiretroviraler Therapie (ART) behandelt. Der Anteil der Personen, die noch nie mittels ART behandelt wurden war sehr gering und war bei 6 Personen der Fall. Die restlichen Teilnehmer, die diese Frage beantwortet hatten, wussten es nicht. 11,6% machten keine Angabe zu ihrer HIV-Therapie.

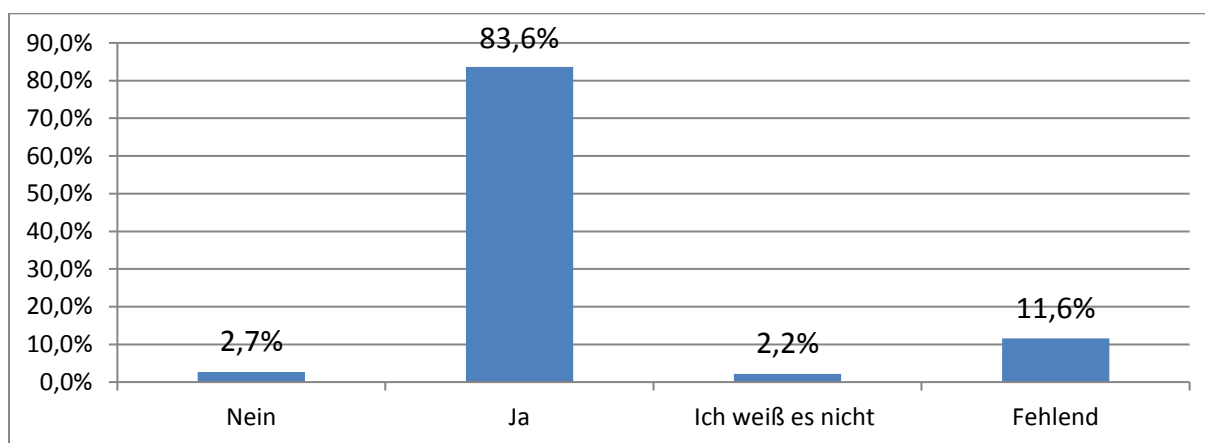


Abbildung 70: HIV-Behandlung (N=225)

5.9.1. Zeit zwischen Diagnose und Behandlung

Bei den meisten Personen (etwa 40%) wurde innerhalb der ersten sechs Monate nach ihrer HIV-Diagnose mit der Behandlung begonnen. Bei ungefähr 15% der HIV-positiv diagnostizierten Personen dauerte der Zeitraum von der Diagnose bis zum Behandlungsbeginn länger als 48 Monate.

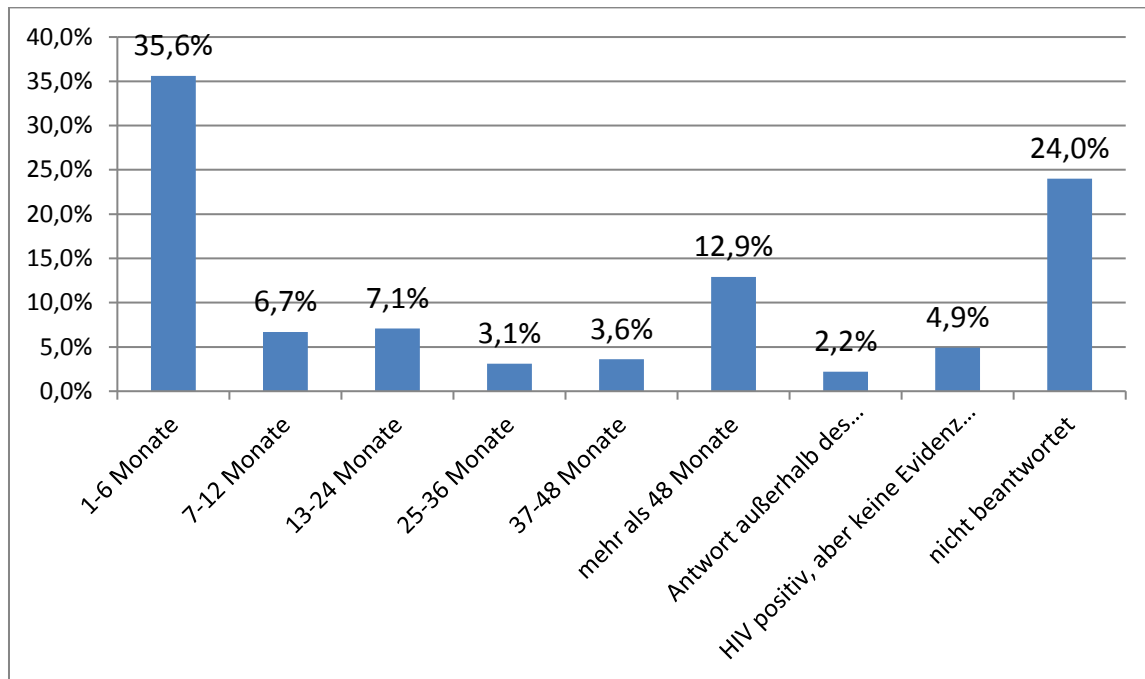


Abbildung 71: Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn (N=225)

5.10. Hepatitis A und Hepatitis B Impfung

57,9% der Teilnehmer erhielten alle Impfdosen gegen Hepatitis A (siehe Abbildung 72), 56,9% erhielten alle Impfdosen gegen Hepatitis B (siehe Abbildung 73). Der Anteil der MSM, die ihren Impfstatus nicht kannten, betrug bei beiden Erkrankungen ungefähr 15%.

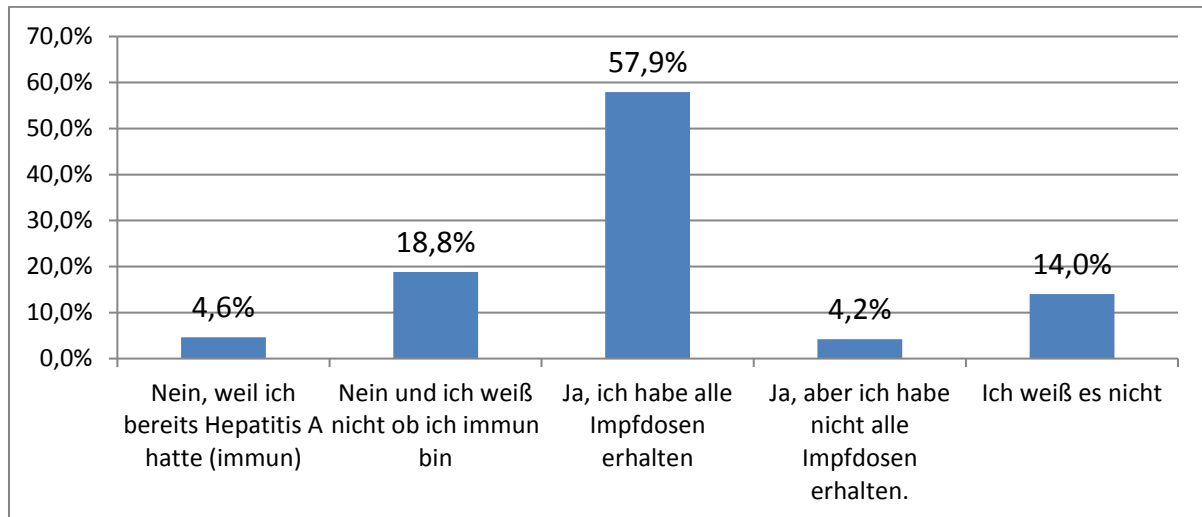


Abbildung 72: Impfstatus Hepatitis A (N=2.691)

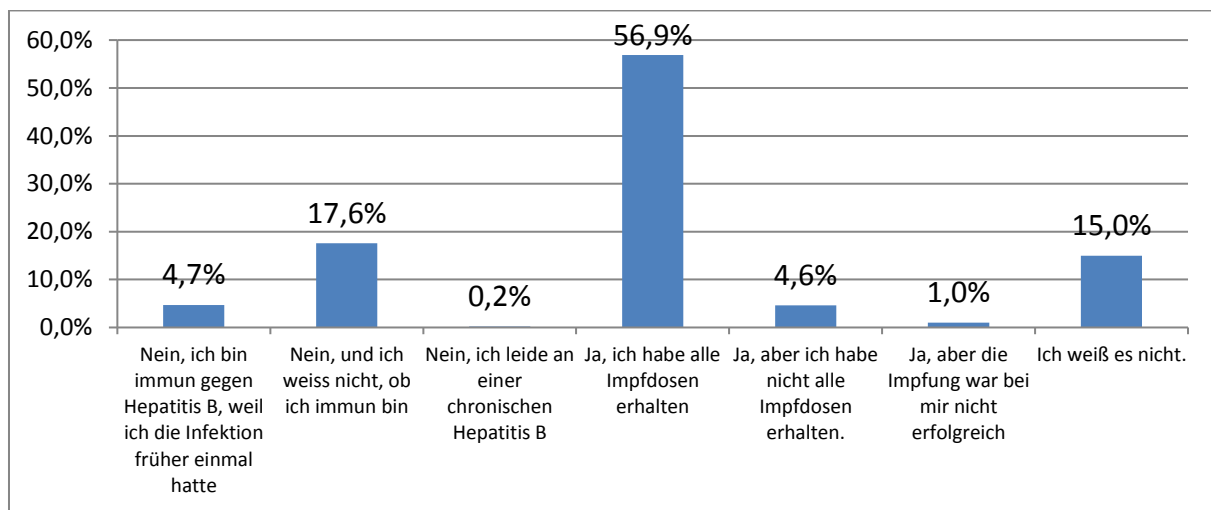


Abbildung 73: Impfstatus Hepatitis B (N=2.693)

6. Ressourcen, Zugang und Kompetenzen für präventives Verhalten

Dieses Kapitel widmet sich Faktoren wie ausgewählten Ressourcen, Kompetenzen und Zugang zu präventivem Verhalten, die für das Gesundheitsverhalten von MSM essentiell sind. Im Vordergrund steht dabei die Beschreibung der Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen der befragten MSM in Bezug auf Sexualverhalten, den Konsum von stimulierenden Substanzen, die Nutzung der PEP, die Nutzung der PrEP, das HIV-Testverhalten und die HIV-Therapie sowie die Impfung gegen virale Hepatitiden. Das Kapitel beginnt mit der Beschreibung von Ressourcen und biografischen Erfahrungen, die für das Gesundheitsverhalten von Bedeutung sein können.

6.1. Ressourcen und Erfahrungen relevant für das Gesundheitsverhalten

Um den Fragebogen in einer adäquaten Länge zu halten wurden die Teilnehmer per Zufall aufgeteilt, entweder Fragen zur sozialen Unterstützung oder Fragen zu Homonegativität zu beantworten. Die Stichprobengrößen der beiden folgenden Abschnitte bestehen je zu etwa 1350 Teilnehmern.

6.1.1. Wahrgenommene soziale Unterstützung

Mit sozialer Unterstützung wird die Möglichkeit eines Individuums beschrieben, aus seinem persönlichen sozialen Umfeld Unterstützung und Hilfe zu bekommen. Dies umfasst einerseits emotionale Unterstützung, praktische-instrumentelle Hilfe, Unterstützung bei der Lösung von Problemen und auch die subjektiv erlebte soziale Integration sowie das Vertrauen auf verlässliche Beziehungen. Laut aktuellem Forschungsstand hat soziale Unterstützung eine positive Wirkung auf das körperliche und psychische Wohlbefinden (Hermann, 2013). Soziale Unterstützung kann sowohl gesundheitsbezogenes Verhalten als auch das Wohlbefinden stärken (Holt-Lunstad & Uchino, 2015) aber auch Belastungen mildern.

Über die Hälfte der Teilnehmer, die die Fragen zur sozialen Unterstützung beantwortet haben (58,3%) berichteten von einer sehr guten zuverlässigen Gemeinschaft. Die Auswertung erfolgte auf einer 13-stufigen Skala, wobei 92,4% der Teilnehmer Werte in der oberen Hälfte der Skala erhielten. Das bedeutet, dass der Großteil eine gute bis sehr gute zuverlässige Gemeinschaft besitzt, welche die Teilnehmer in Notfällen unterstützt, und auf die sich die Teilnehmer bei möglichen Problemen verlassen können.

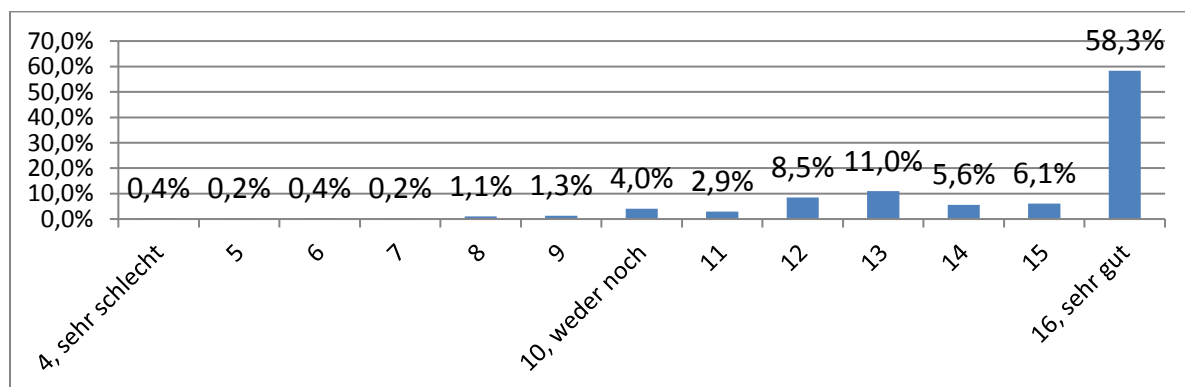


Abbildung 74: wahrgenommene Gemeinschaft (N=1.350)

Die Skala der sozialen Integration berücksichtigt, ob sich die Teilnehmer in ihren sozialen Gruppen wohlfühlen und ob sie mit Individuen in Kontakt sind, die die Interessen teilen. 34,2% der Teilnehmer berichteten von einer ausgezeichneten sozialen Integration. Da es sich hier ebenfalls um eine 13-stufige Skala handelt kann man beobachten, dass insgesamt 89% der Teilnehmer als gut bis sehr gut sozial integriert einzuschätzen sind.

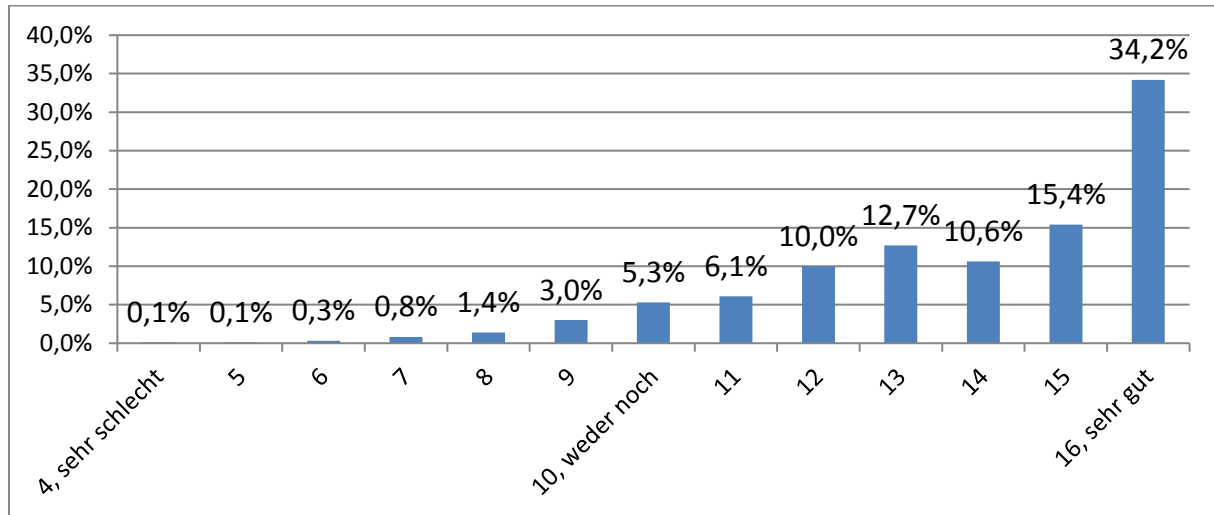


Abbildung 75: wahrgenommene soziale Integration (N=1.351)

6.1.2. Internalisierte Homonegativität

Internalisierte Homonegativität wird definiert als das Verinnerlichen von homophoben Gedanken und infolgedessen entsteht ein negatives Selbstbild aufgrund der eigenen Sexualität (Steffens & Geisler, 2009). Die dazugehörigen Fragen wurden nur von der Hälfte der Teilnehmer ausgefüllt, weshalb die Zahlen von einer kleineren Stichprobe stammen. Die Antworten wurden auf einer sieben-stufigen Skala erfasst, wobei der Bericht nur die Ergebnisse abbildet, die vollständig zustimmen (bis auf eine Frage Wert 7) oder die Aussage vollständig ablehnen (bis auf eine Frage 1).

60,3% dieser kleineren Stichprobe würden ihre sexuelle Orientierung nicht ändern, wenn sie es könnten, 6,8% würden sie sofort ändern. 83,9% empfanden Homosexualität als vollständig moralisch akzeptabel, wohingegen 2,5% der gegenteiligen Meinung waren. Etwa die Hälfte (48,9%) fühlte sich als homosexueller Mann wohl, 4,5% fühlten sich nicht wohl. Der Hälfte der Teilnehmer (50,8%) machte es nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität zu sprechen, 5,1% waren gegenteiliger Meinung. Ebenfalls der Hälfte (52,1%) machte es nichts aus, in der Öffentlichkeit mit einer offen schwulen Person gesehen zu werden, 6,6% hatten damit ein Problem. 54,1% der Teilstichprobe fühlten sich in Gegenwart von offen schwulen Männern wohl, 5% nicht. Und schließlich wurde erfasst, dass sich lediglich 26,9% in Schwulenkneipen wohlfühlen. Bei 9% war dies nicht der Fall und in dieser Frage wurden eher mittlere Antwortkategorien bevorzugt angegeben.

6.1.3. Erfahrungen mit homophoben Einschüchterungen und Gewalt

EMIS-2017 erhob die Erfahrung der Befragten mit homonegativer Einschüchterung, Bedrohung und Gewalt.

Personen, die nicht der heteronormativen Mehrheit angehören sind in Österreich aufgrund ihrer Sexualität psychischen und physischen Misshandlungen ausgesetzt. Man kann erkennen, dass psychische Vorfälle häufiger vorkommen als physische Gewalt.

23,8% der Teilnehmer wurden in den letzten 12 Monaten aufgrund ihrer Sexualität angestarrt oder bedroht. 21,7% der Teilnehmer wurden in den letzten 12 Monaten aufgrund ihrer Sexualität verbal beleidigt. 46 Teilnehmer (1,7%) berichteten von gegen sie gerichteten physischen Gewalterfahrungen innerhalb des letzten Jahres.

Wie man aus der Abbildung 76 erkennen kann, lag der Anteil der MSM, die noch nie angestarrt oder verbal beleidigt wurden, bei ungefähr der Hälfte, wohingegen fast 90% der Teilnehmer noch nie physischer Gewalt aufgrund der eigenen Sexualität ausgesetzt waren.

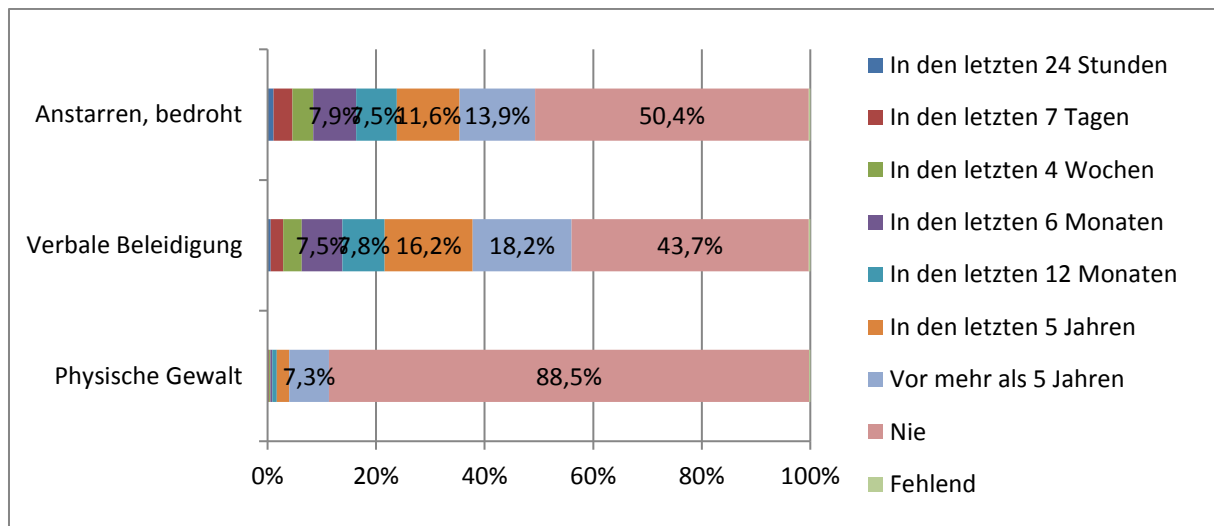


Abbildung 76: Homophobe Einschüchterungen und Gewalt (N=2.705)

Betrachtet man die Erfahrungen mit Blick auf die gesamte Biografie der befragten MSM (Lebenszeitprävalenz), wird deutlich, dass 54,9% der Befragten angaben, dass sie schon einmal die Erfahrung gemacht hatten "angestarrt oder bedroht" worden zu sein, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Weitere 54,4% berichteten, dass sie schon beleidigt worden waren, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Ein Anteil von 13,2 % der Befragten gab an, dass sie schon Opfer physischer Gewalt wurden und geschlagen oder getreten worden waren, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Sowohl hinsichtlich Einschüchterung und Beleidigung als auch physischer Gewalt gab der jeweils größte Anteil der Befragten an, dass die erinnerten Ereignisse zum Zeitpunkt der Befragung mehr als fünf Jahre zurückliegen würden. Einige MSM berichteten aber auch, dass die letzte Erfahrung von Bedrohung (37 MSM; 1,2%), Beleidigung (23 MSM, 0,8%) oder physischer Gewalt

(4 MSM, 0,1%) nicht mehr als 24 Stunden zurückliege. Die Tabelle 37 bietet einen Überblick über die Erfahrungen der befragten MSM.

Die Betrachtung der Erfahrungen aus dem Jahr vor der Befragung verdeutlicht, dass Bedrohung, Beleidigung und Gewalt keine Phänomene der Vergangenheit sind, auch wenn sie quantitativ gering scheinen mögen. Laut den Angaben wurde in den 12 Monaten vor der Befragung rund ein Viertel der antwortenden Männer (n=723, 23,7%) angestarrt oder bedroht, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Rund jeder sechste MSM wurde deswegen beleidigt (n=532, 17,4%) und 50 MSM (1,6%) wurden sogar geschlagen oder getreten.

6.2. Ressourcen und Erfahrungen relevant für das Sexualverhalten

Ab dem folgenden Abschnitt wurden die Fragen zu den Themen wieder von allen Teilnehmern beantwortet, weshalb die Stichprobengröße hier wieder aus 2705 Teilnehmern abzüglich der Personen, die die jeweiligen Fragen nicht beantwortet haben besteht.

6.2.1. Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit

Dies sind wichtige Voraussetzungen dafür, um die Absicht sich vor HIV zu schützen, auch umzusetzen.

55,1% der Teilnehmer gaben an, dass ihr Sexleben so *safe* wäre, wie sie es sich wünschen. 34,1% empfanden es teilweise *safe*. 1,9% fanden ihr Sexualleben *unsafe* und 5% bewerteten es als teilweise *unsafe*.

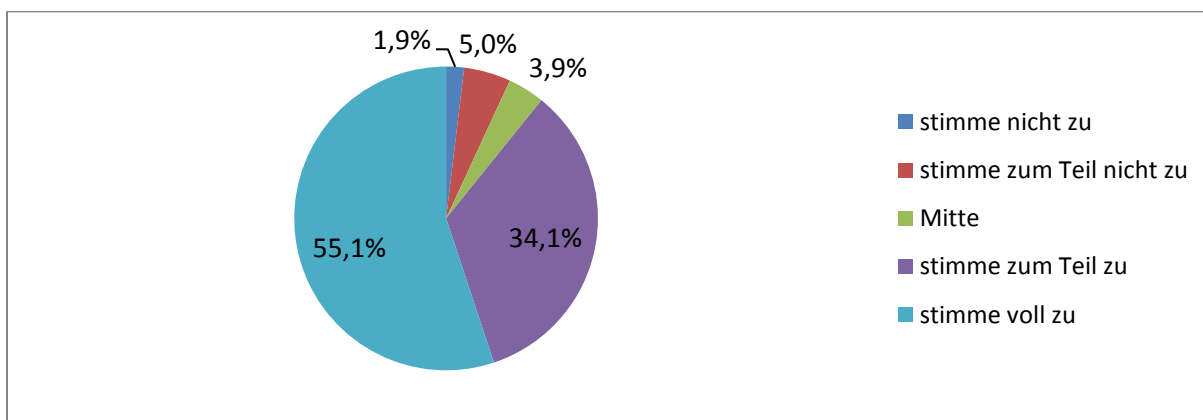


Abbildung 77: Selbsteinschätzung des Safer-Sexleben (N=2.701)

Für etwa die Hälfte der Teilnehmer (55,5%) fiel es leicht, nein zu Sex zu sagen, den sie nicht mochten. 31,7% fanden es fast immer leicht nein zu sagen. Annähernd fünf Prozent der MSM fiel es weder leicht noch schwer. 6,4% der Teilnehmer fanden es nicht immer leicht, nein zu sexuellen Angeboten zu sagen und 1,8% hatten damit ernsthafte Probleme.

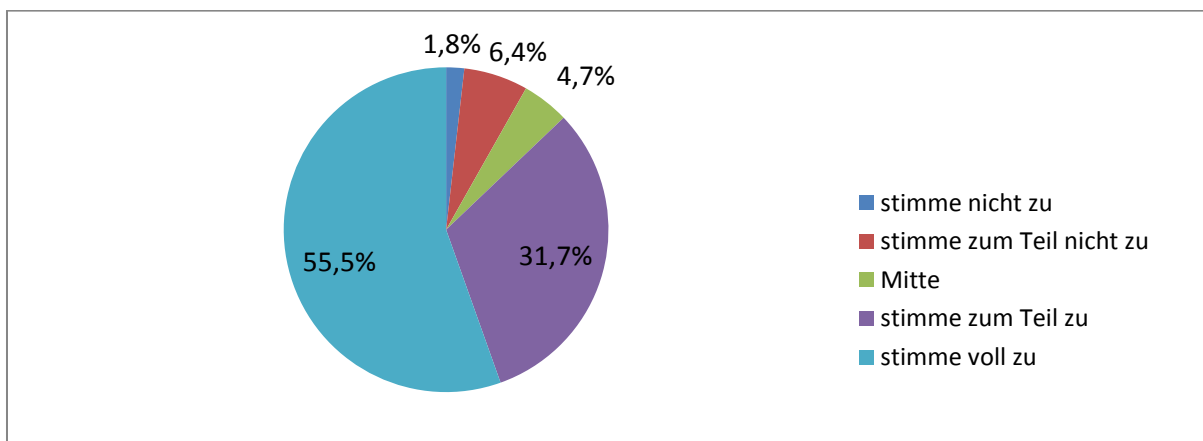


Abbildung 78: Selbstbestimmung über das Sexleben (N=2.688)

6.2.2. Verfügbarkeit von Kondomen während des Sex

Die Verfügbarkeit von Kondomen bezieht sich auf die Situation unmittelbar beim Sex. Die Frage fokussierte darauf, ob MSM Analverkehr ohne Kondom hatten, weil sie in dem Moment kein Kondom "zur Hand" hatten. 43,7% der Teilnehmer hatten schon einmal ohne Kondom Analverkehr. Für 654 Männer (24,2%) war dies innerhalb des letzten Jahres der Fall.

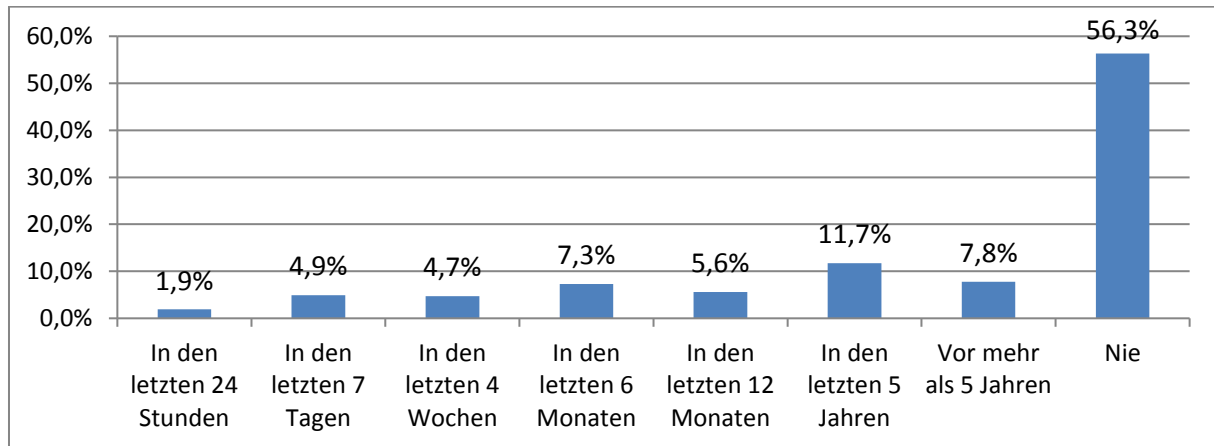


Abbildung 78: Letzter Analverkehr ohne Kondom, weil keines verfügbar in der Situation (N=2.695)

Betrachtet man den HIV-Status, sieht man, dass HIV-positive MSM in den letzten 12 Monaten häufiger ohne Kondome Analverkehr hatten, weil sie keines zur Hand hatten (ca. 39%), als MSM, die noch nie auf HIV getestet wurden (ca. 25%) und HIV-negative MSM (ca. 22%).

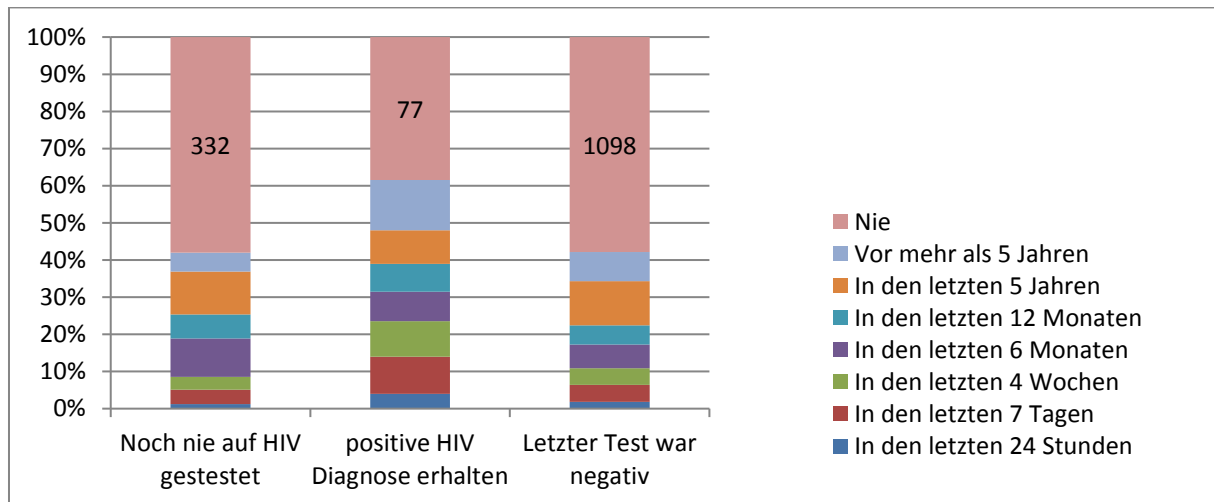


Abbildung 79: Letzter Analverkehr ohne Kondom, weil keines verfügbar in der Situation nach HIV-Status (N=2.671)

Altersspezifisch erkennt man, dass junge MSM unter 20 Jahren häufiger Analverkehr ohne Kondom aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit hatten als MSM im mittleren Erwachsenenalter. Ab etwa 50 Jahren nahm der Analverkehr ohne Kondome, weil kein Kondom zur Hand ist, wieder zu.

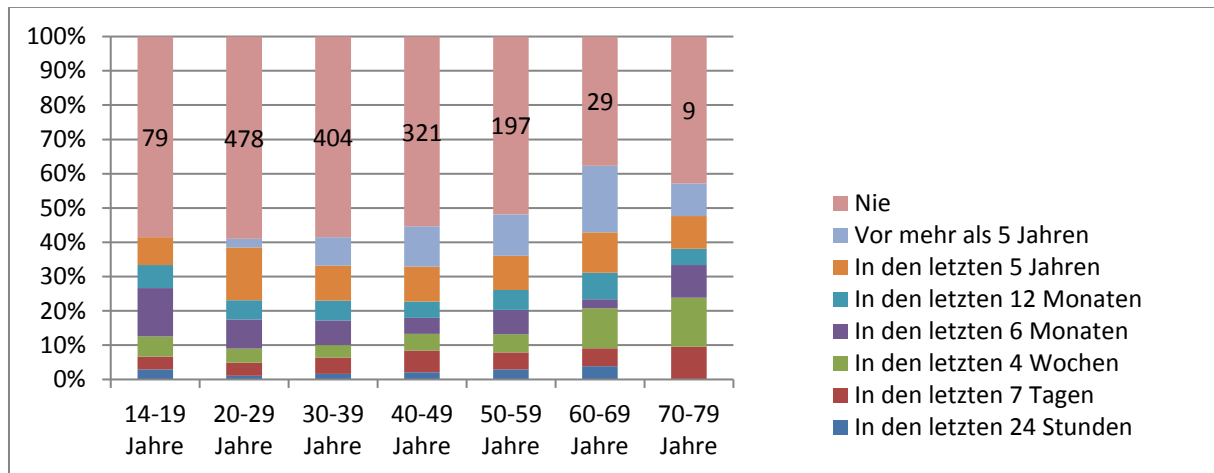


Abbildung 80: Letzter Analverkehr ohne Kondom, weil keines verfügbar in der Situation nach Alter (N=2.671)

6.2.3. Wissen zur Übertragung von HIV und anderen STI

Das Wissen bezüglich der Übertragungswege von HIV war im Allgemeinen hoch. Die Teilnehmer der Studie waren anscheinend gut darüber aufgeklärt:

- 91,3% der Teilnehmer wussten, dass HIV nicht durch Küssen übertragen werden kann (N=2.693).
- 86,4% der Teilnehmer wussten, dass man sich mit HIV durch kondomlosen aktiven Anal- oder Vaginalverkehr infizieren kann, auch wenn man nicht ejakuliert (N=2.688).
- 94,9% der Teilnehmer wussten, dass man sich mit HIV durch „passiven“ Analverkehr infizieren kann (N=2.686).
- Über andere STI und deren Ansteckungsmöglichkeiten war der Wissensstand in der Stichprobe geringer:
- 67% der Teilnehmer wussten, dass die meisten STI leichter weitergegeben werden können als HIV (N=2.687).
- 66,3% wussten, dass STI trotz Kondomgebrauch übertragen werden können und man sich angesteckt haben kann, ohne Symptome zu haben (N=2.681).
- 94,3% der Teilnehmer wissen, dass die richtige Anwendung von Kondomen beim Sex die Wahrscheinlichkeit reduziert, sich oder andere mit HIV oder anderen STI anzustecken (N=2.687).

6.3. Sorgen über den eigenen Substanzkonsum

Den eigenen Substanzkonsum betreffend machten sich 50,4% der Teilnehmer überhaupt keine Sorgen und nur 2,2% machten sich Sorgen. Etwa ein Viertel der Teilnehmer konsumieren keine Substanzen.

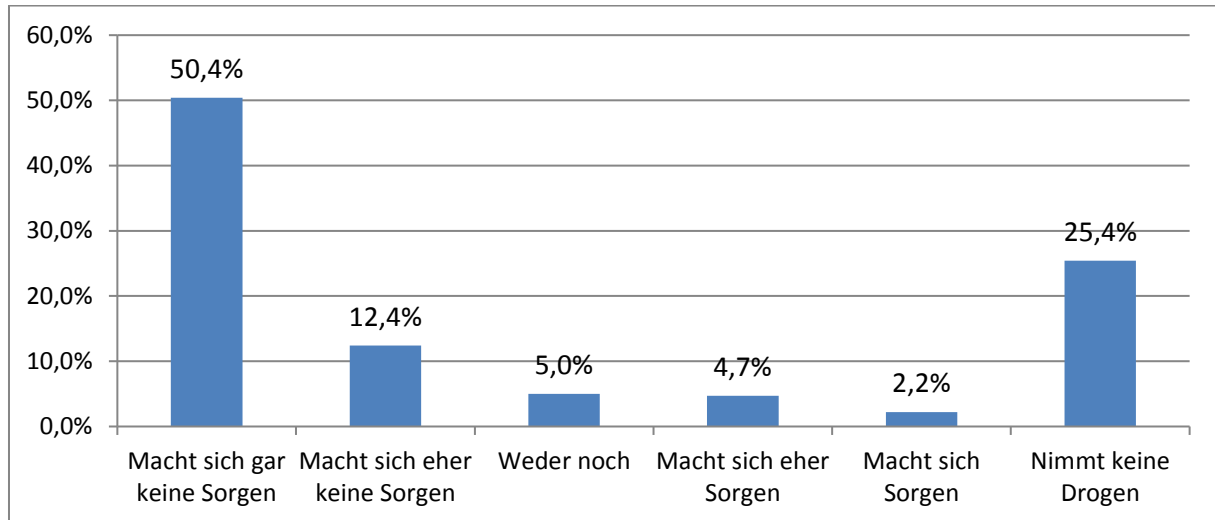


Abbildung 81: Sorgen bezüglich des eigenen Substanzkonsum (N=1.408)

6.4. Kenntnis, Wissen und Zugang zur PEP

In Österreich ist PEP offiziell erhältlich, wobei eine Begründung der Behandlung vorliegen muss. Beispielsweise wird PEP verschrieben, wenn ein Kondom benutzt wurde, das jedoch geplatzt ist und somit das Risiko einer Ansteckung besteht.

6.4.1. Kenntnis von der PEP

Etwa ein Drittel der Teilnehmer (31,5%) hatten noch nie etwas von PEP gehört, 7,6% waren sich nicht sicher. Aber die Mehrheit von 60,8% der Teilnehmer hatten schon einmal von dieser Notfallmaßnahme gehört.

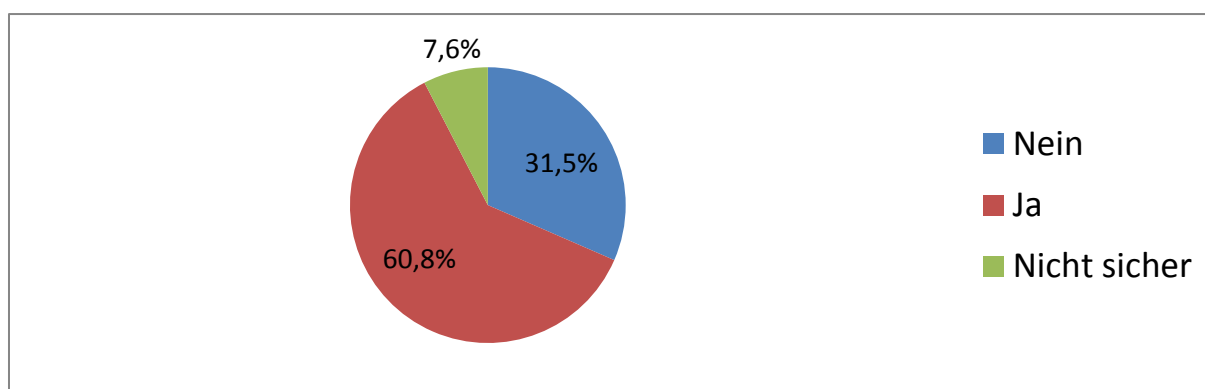


Abbildung 82: Kenntnis von der PEP (N=2.659)

6.4.2. Wissen über die PEP

54,8% der Teilnehmer wussten, dass die PEP versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt war. 38,5% der Teilnehmer wussten, dass es sich bei der PEP um eine Behandlung gegen HIV handelt, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52,3%) wussten, dass die Behandlung mit der PEP so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden sollte.

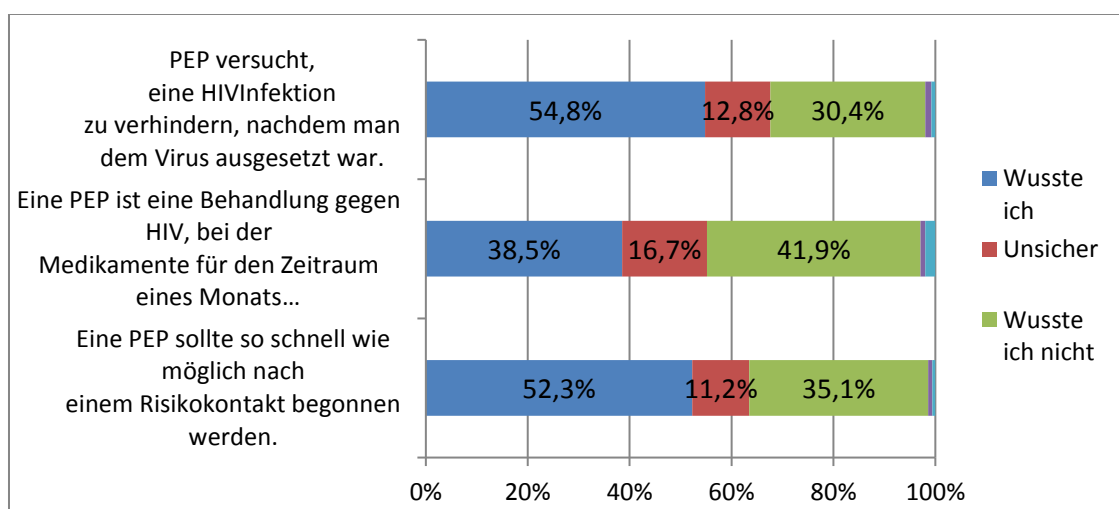


Abbildung 83: Wissen über PEP (N=2.694, N=2.684, N=2.684)

6.4.3. Zugang zur PEP

Von den Personen, für die eine PEP in Frage kommen (HIV-negative Teilnehmer), waren sich 16,5% sehr sicher, die PEP bei Bedarf zu erhalten. 26,1% waren sich einigermaßen sicher, 17,2% ein bisschen sicher und 12,7% waren sich überhaupt nicht sicher. 27,6% der Teilnehmer, die diese Frage beantwortet hatten, wussten es nicht.

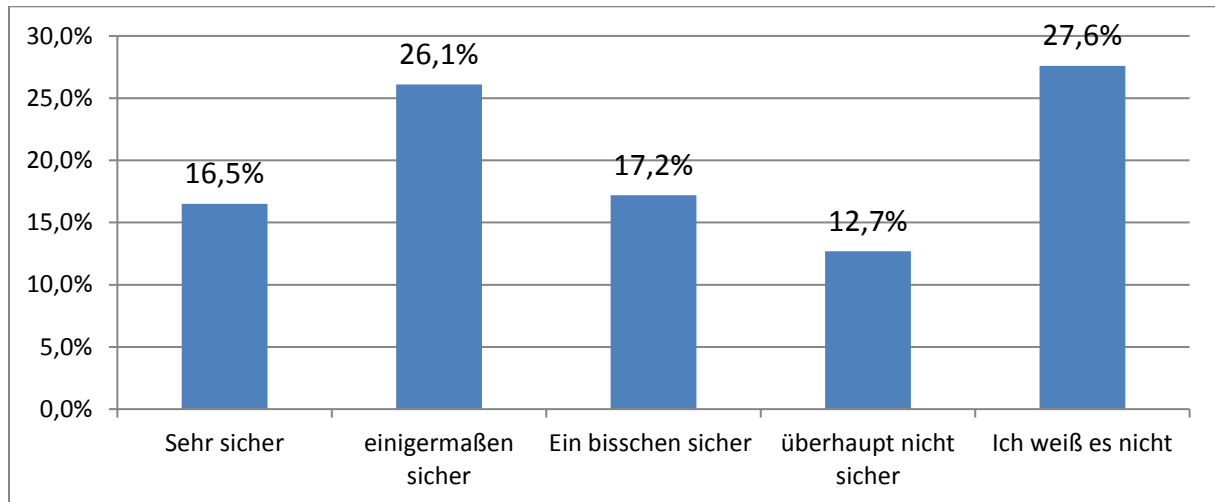


Abbildung 84: Zugang zur PEP (N=2.474)

6.5. Kenntnis, Wissen und Einnahmewahrscheinlichkeit zur PrEP

Es konnte erhoben werden, dass weniger Teilnehmer von der Existenz von der PrEP wussten als von PEP. Auch generell war das Wissen über PEP ebenfalls höher.

6.5.1. Kenntnis von der PrEP

Nur knapp mehr als die Hälfte der Teilnehmer (56,6%) hatten bereits von der PrEP gehört. 6,1% waren sich unsicher und 37,3% hatten noch nicht von der PrEP gehört.

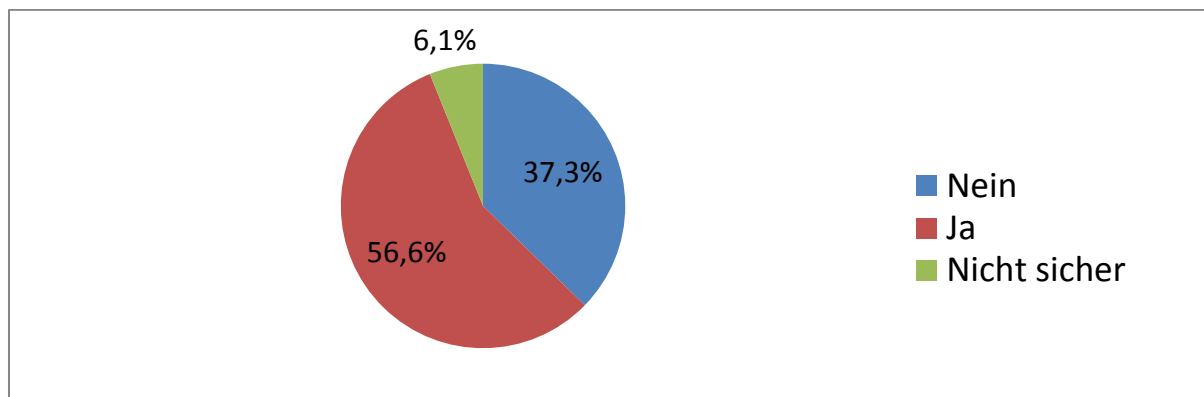


Abbildung 85: Kenntnis von der PrEP (N=2.659)

6.5.2. Wissen über die PrEP

Zum Zeitpunkt der Umfrage bestand noch viel Unwissen und Unsicherheit über die PrEP-Behandlung:

- 43,3% wussten, dass bei der PrEP eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Risikokontakt einnimmt, um sich vor einer Ansteckung mit HIV zu schützen.
- 38,8% der Teilnehmer wussten, dass die PrEP täglich eingenommen werden kann, vor allem, wenn man nicht genau weiß, wann der nächste Sex stattfinden wird.

Über die „PrEP on demand“ ist das Wissen am geringsten, wobei man dazu erwähnen muss, dass die PrEP-Behandlung in dieser Form in Österreich zur Zeit der Erhebung nicht offiziell zugelassen war. Nur 19,2% der Teilnehmer wussten, dass bei geplanten Sexkontakten die PrEP auch in Form von zwei Tabletten 2-24 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Dosis eingenommen werden kann.

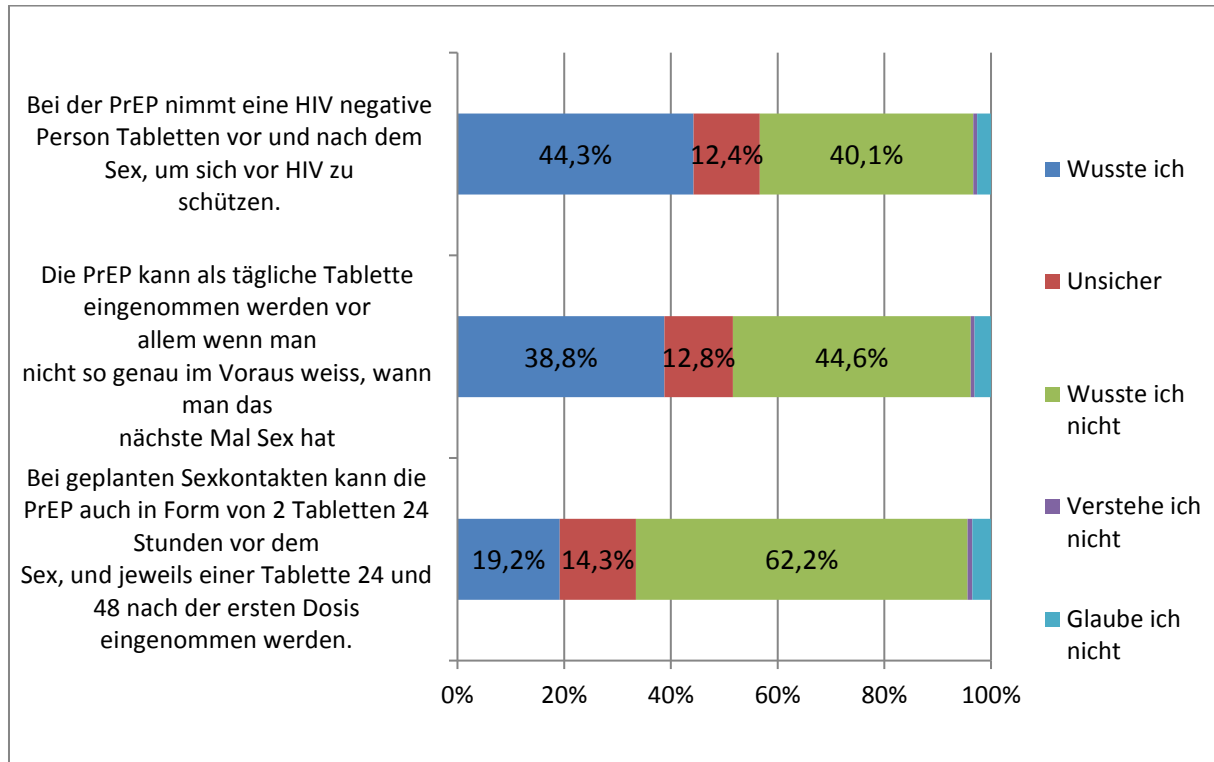


Abbildung 86: Kenntnis über die PrEP (N=2.681, N=2.681, N=2.675)

6.5.3. Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP

Wenn die PrEP erhältlich und bezahlbar wäre, wäre für 17% der HIV-negativen MSM der Stichprobe eine Einnahme sehr wahrscheinlich, 19,1% nannten eine mögliche Einnahme relativ wahrscheinlich. 29,9% waren sich nicht sicher. Für 14,5% war eine mögliche Einnahme eher unwahrscheinlich und 19,5% berichteten, dass die Einnahme sehr unwahrscheinlich wäre.

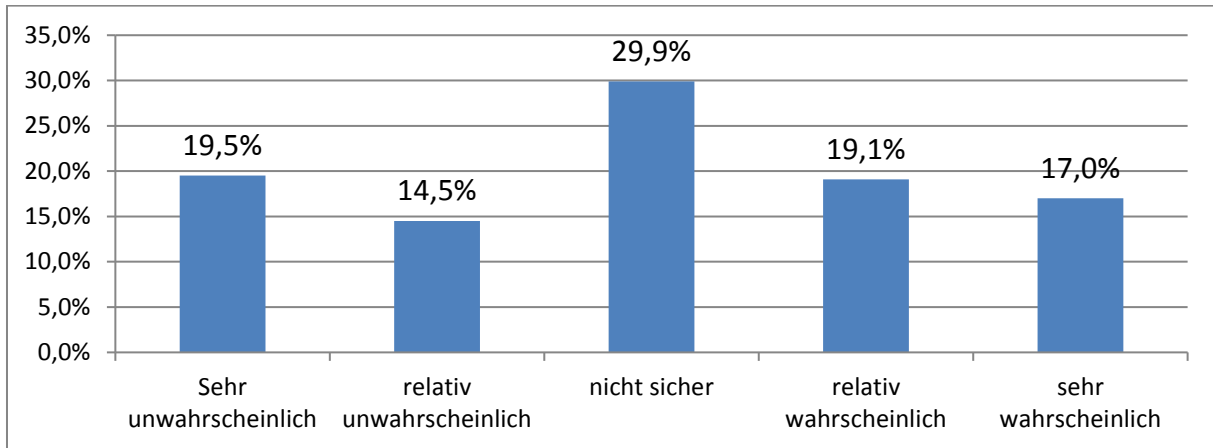


Abbildung 87: Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP (N=2.467)

Die Einnahmewahrscheinlichkeit war bei Teilnehmern höher, die mit nicht-festen Partnern weniger häufig Kondome benutzen.

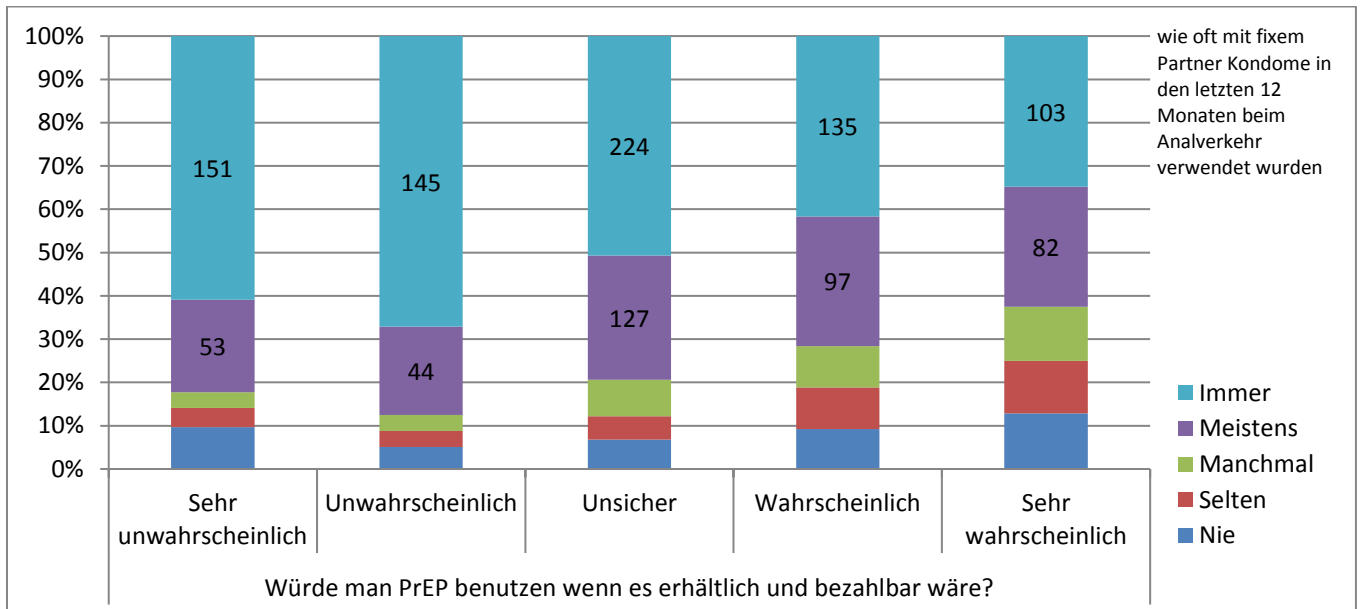


Abbildung 88: Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP nach Kondomnutzung bei nicht-festen Partnern (N=1.526)

6.6. Wissen und Kenntnis zu HIV

6.6.1. Wissen und Kenntnis zu HIV, HIV-Testung und Behandlung

Das Wissen über HIV und HIV-Testung war in der Stichprobe außerordentlich hoch:

- 98,1% der Personen wussten, dass AIDS durch einen Virus verursacht wird, der HIV heißt.
- 94,6% der Teilnehmer wussten, dass man nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.
- 98,7% der MSM wussten, dass es einen medizinischen Test gibt, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.

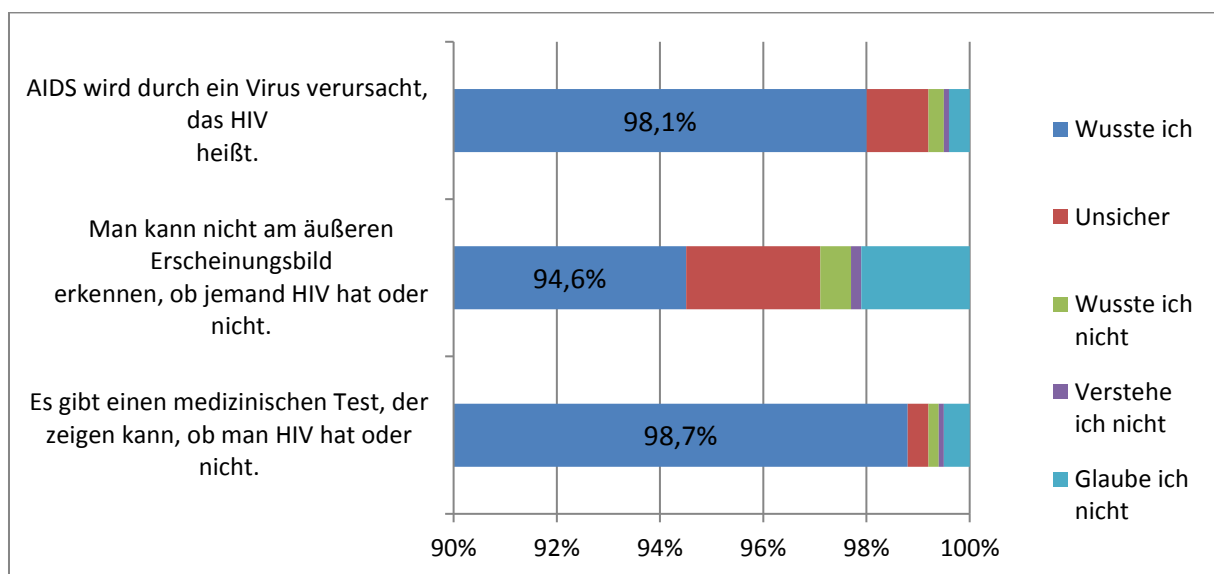


Abbildung 89: Wissen über HIV (N=2.702, N=2.701, N=2.693)

Das Wissen über die Behandlung war auf der einen Seite hoch. 94,8% der Teilnehmer wussten, dass HIV mit Medikamenten gut behandelbar ist und dass die gesundheitlichen Schäden deutlich geringer sind. Dennoch wussten nur die Hälfte der Teilnehmer, dass HIV-positive Personen bei erfolgreicher Behandlung das Virus nicht mehr weitergeben können.

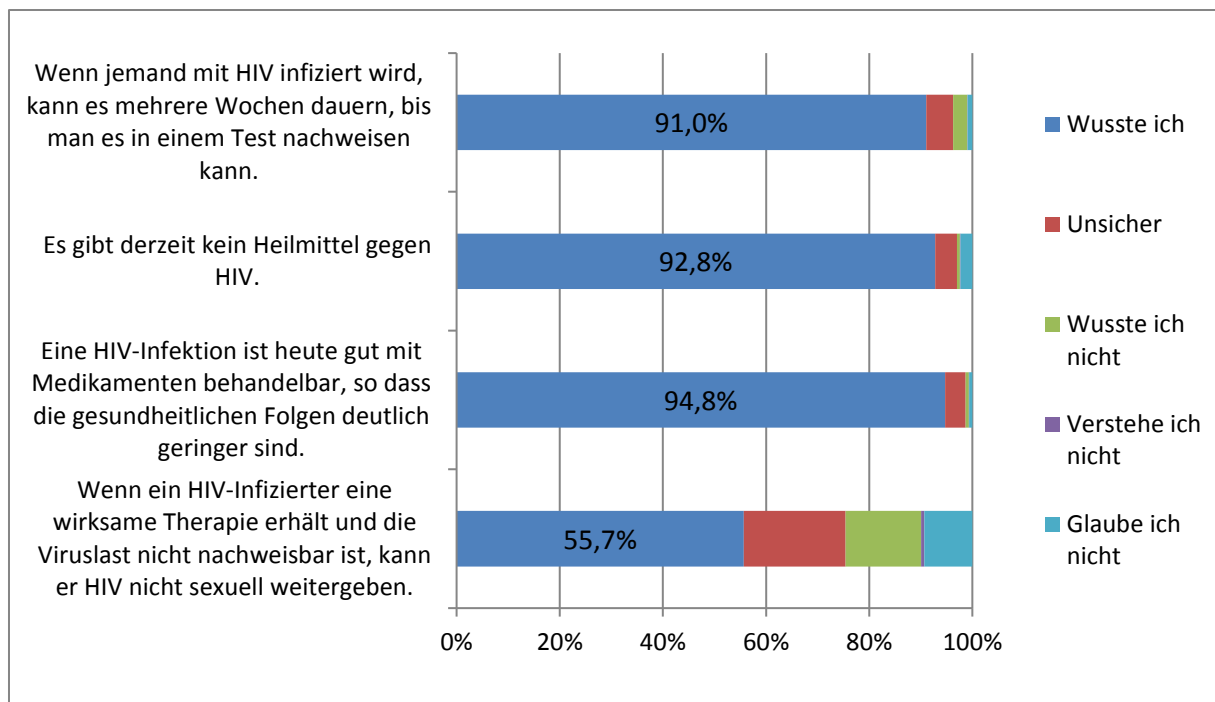


Abbildung 90: Wissen über HIV-Testung und -Behandlung (N=2.700, N=2.699, N=2.693, N=2.699)

Der Ansatz der HIV-Prävention, dass HIV-positive Personen unter wirksamer Therapie den Virus sexuell nicht mehr weitergeben können, wird auch „*Undetectable equals Untransmissible*“ (im Folgenden U=U) genannt.

Das Wissen darüber ist im mittleren Erwachsenenalter (30-39 Jahre) am höchsten, vor allem die Gruppen der 14- bis 19-jährigen Teilnehmer und die Teilnehmer ab 60 haben bezüglich U=U das geringste Wissen.

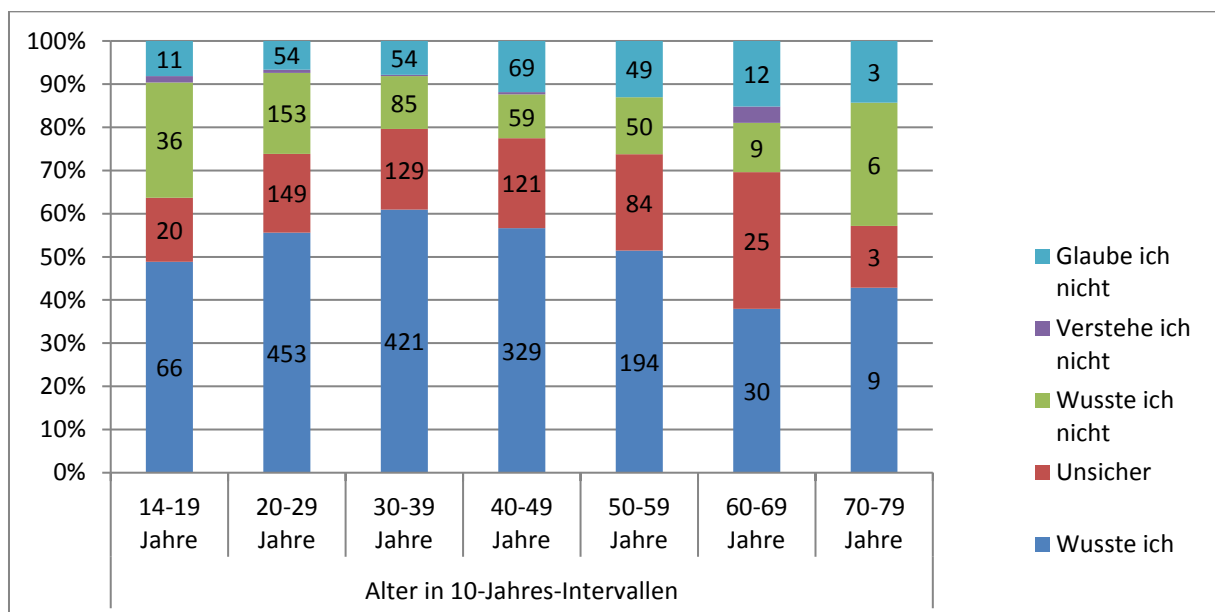


Abbildung 91: Wissen über U=U (N=2.699)

6.6.2. Kenntnis des eigenen HIV-Status

63,2% der Teilnehmer waren sich sehr sicher HIV-negativ zu sein und 27,2% dachten, dass sie wahrscheinlich HIV-negativ wären. Nur 2,1% gaben an, dass sie nicht sicher sind, ob sie HIV-negativ oder HIV-positiv wären. Sehr wenige Teilnehmer (0,2%) dachten, dass sie wahrscheinlich HIV-positiv wären. 201 Teilnehmer (7,4%) waren definitiv HIV-positiv.

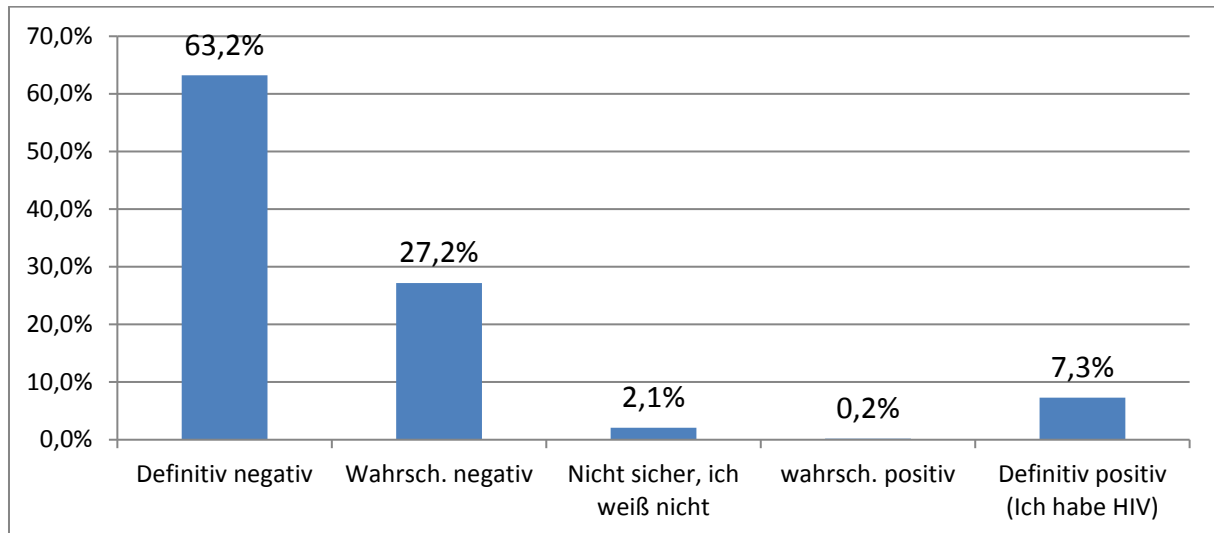


Abbildung 92: Kenntnis des eigenen HIV-Status (N=2.695)

Bezüglich der subjektiven Statussicherheit der MSM ist nochmals anzumerken, dass 574 MSM (etwa 20% der Teilnehmer) noch nie einen HIV-Test gemacht hatten. 355 Teilnehmer, die noch nie einen Test gemacht hatten, also mehr als die Hälfte dieser Personengruppe, gaben an, dass sie sich darüber sicher seien, definitiv negativ zu sein. Ein weiteres Drittel der noch nie auf HIV getesteten Personen gaben an, dass sie wahrscheinlich HIV-negativ wären. Nur annähernd 5% der Personen, die noch nie getestet wurden, gab eine Unsicherheit in Bezug auf den HIV-Status an.

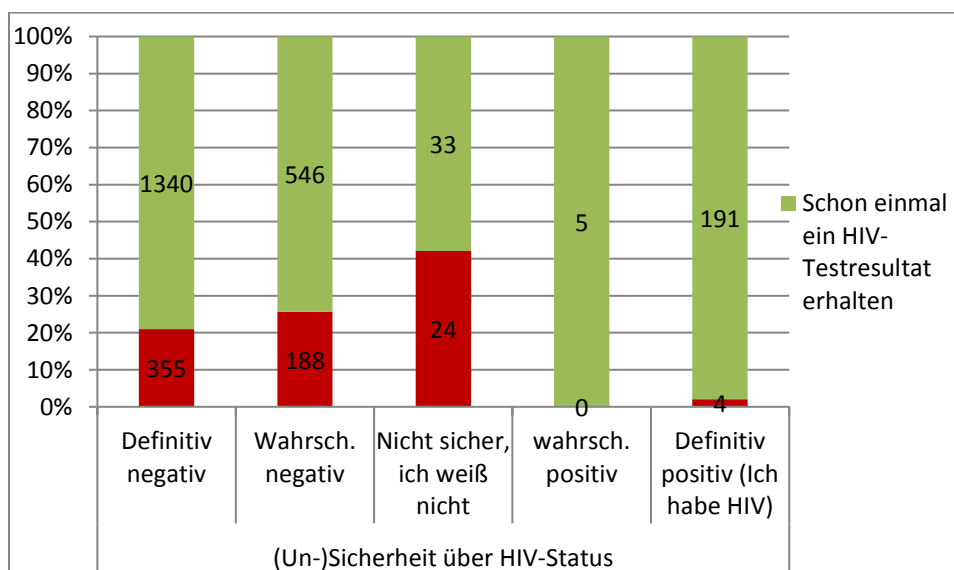


Abbildung 93: Kenntnis des eigenen HIV-Status vs. bereits getestet (N=2.695)

6.6.3. Kenntnis von HIV-Testangeboten

Von den 574 Personen, die noch nie auf HIV getestet wurden, wussten etwa 70%, wo man generell einen HIV-Test machen könne. Etwa 14% waren sich nicht sicher, wo man sich auf HIV testen lassen könne, 16% wussten dies nicht. Insgesamt 95 Personen der Gesamtstichprobe hatten keine Kenntnis bezüglich der Örtlichkeit von Testangeboten.

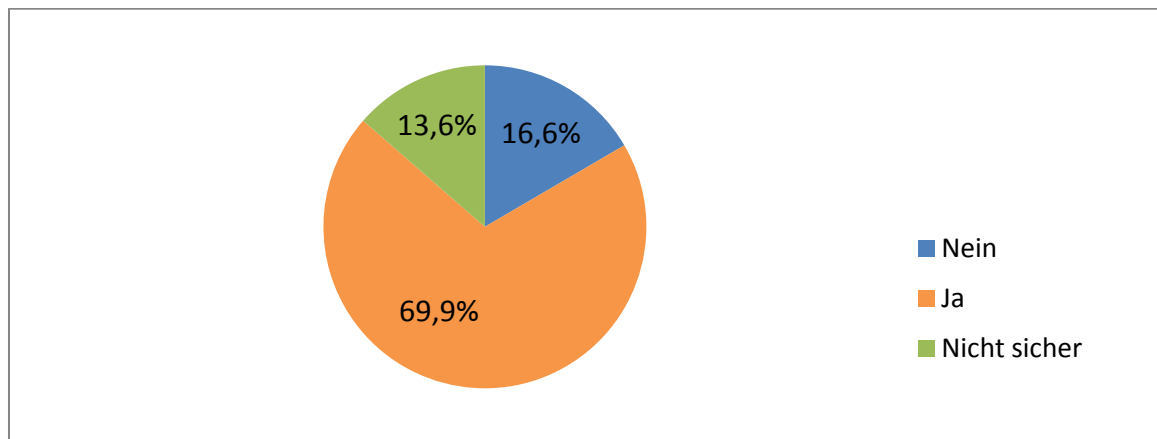


Abbildung 94: Kenntnis von HIV-Testangeboten (N=574)

6.6.4. Zugang zu antiretroviraler Therapie

Von 199 HIV-positiven MSM erhielten 94% eine Behandlung mittels antiretroviraler Therapie. 3% der HIV-positiven wurden noch nie wegen ihrer HIV-Diagnose behandelt.

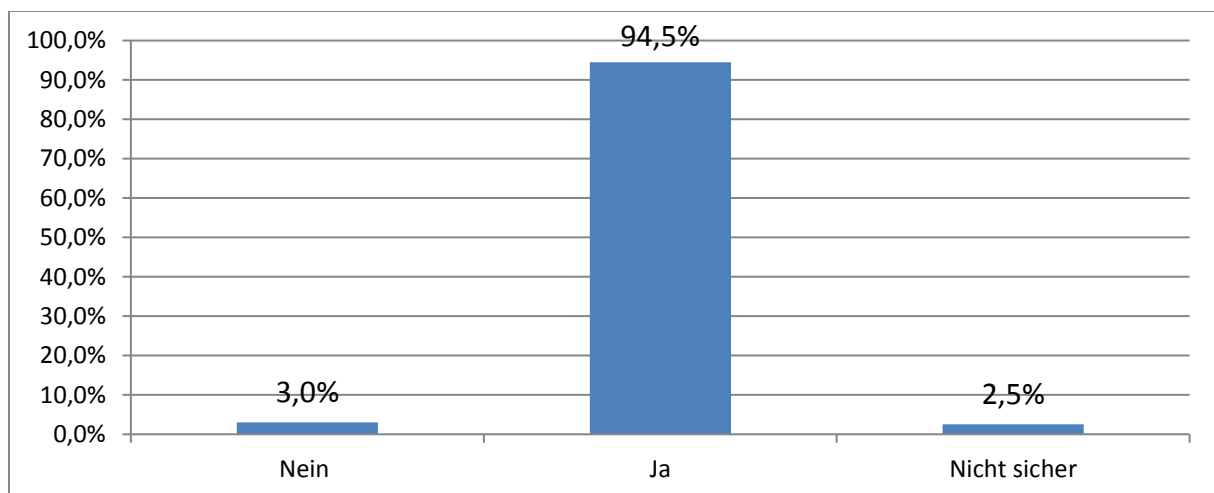


Abbildung 95: Zugang zu antiretroviraler Therapie (N=199)

Von sechs Personen, die noch nie behandelt wurden, habtn sich drei erst in den letzten 12 Monaten mit HIV angesteckt. Andere Gründe warum nicht mittels antiretroviraler Therapie behandelt wurde, sind in Tabelle 5 dargestellt.

Grund, weshalb nie mittels ART behandelt wurde	Genannt von wie vielen?
Diagnose war erst vor Kurzem	3
Doktor meint, man braucht momentan keine ART	2
Gefühl, dass es nicht notwendig ist	1
Keine Versicherung, die Behandlung bezahlt	1
Unwissen, wo man die Behandlung bekommt	1
Andere Gründe, die aber nicht genannt wurden: Nebeneffekte vermeiden Angst, dass es Leute sehen Um nicht jeden Tag an HIV erinnert zu werden Behandlung zu teuer	0

Tabelle 7: Gründe für unbehandelte HIV-Infektionen (N=6)

Von den MSM, die jemals mittels ART behandelt wurden, nahm zum Zeitpunkt der Befragung nur einer die Medikamente nicht ein. Als Grund für das Unterbrechen der Behandlung nannte er das Gefühl, dass die Behandlung momentan nicht notwendig wäre.

6.7. Wissen über virale Hepatiden und Impfstatus

6.7.1. Wissen über Hepatitis A und B

Das Wissen über Hepatitis A und B war als relativ hoch anzusehen.

78,1% der Teilnehmer wussten, dass Hepatitis eine Entzündung der Leber ist (N=2.691).

81,2% wussten, dass Hepatitis meistens durch Viren verursacht wird (N=2.685).

95,8% wussten, dass es verschiedene Hepatitis-Typen gibt, die nach den Buchstaben des Alphabets benannt sind (N=2.688).

92,4% wussten, dass es gegen Hepatitis A und B Impfungen gibt (N=2.687).

Lediglich 58,8% der Teilnehmer warjedoch bekannt, dass beide Impfungen gegen Hepatitis A und B für MSM ärztlich empfohlen werden (N=2.693).

6.7.2. Eigener Impfstatus

62,4% der Teilnehmer wussten sicher, dass sie gegen Hepatitis A geimpft wären und 62,5% wussten dasselbe über Hepatitis B.

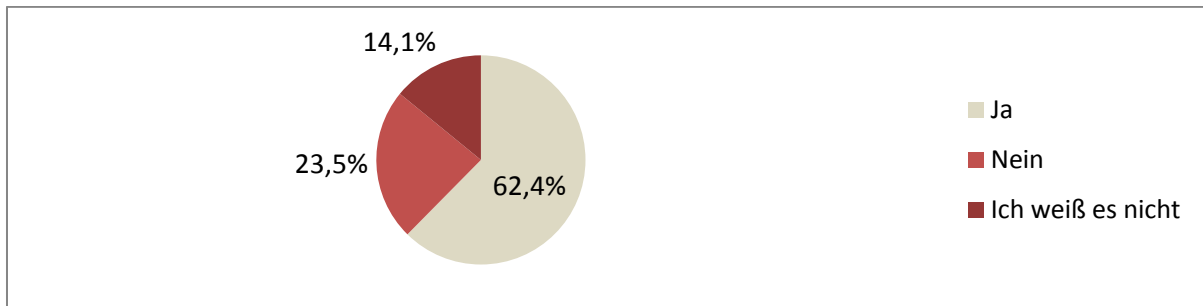


Abbildung 96: Hepatitis A-Impfstatus (N=2.691)

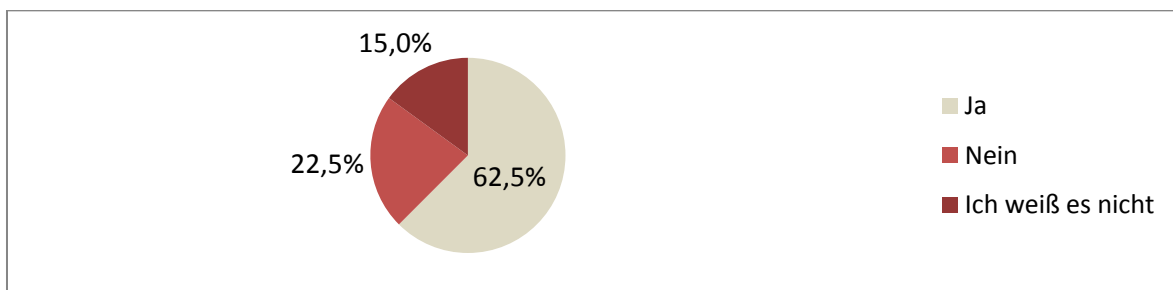


Abbildung 97: Hepatitis B-Impfstatus (N=2.693)

Insgesamt wurden 37,6% der Teilnehmer nicht gegen Hepatitis A geimpft oder kannten ihren Impfstatus nicht. Davon wussten zwei Drittel, wo man sich gegen Hepatitis A impfen lassen kann. 15,5% waren sich unsicher und 18,2% wussten es nicht.

Bei Hepatitis B sieht es ähnlich aus, insgesamt wurden 37,5% der Teilnehmer nicht gegen Hepatitis B geimpft oder wussten es beim Ausfüllen der Umfrage nicht. 68% davon waren sich im Klaren, wo sie eine Impfung bekommen können, 14,2% waren sich nicht sicher und 17,7% hatten keine Kenntnis darüber.

7. Präventionsmaßnahmen und Beratungsangebote

HIV-Schutzverhalten ist ein geplantes Verhalten, im Gegensatz zum Risikoverhalten, das bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen realisiert werden kann. Zu diesen Voraussetzungen gehören entsprechendes Wissen, positive Einstellungen zum konkreten Schutzverhalten und weitere motivationale Faktoren wie z.B. die Erwartungen von relevanten Bezugspersonen oder Peers. Aber auch der Zugang zu Mitteln für das jeweilige Schutzverhalten muss gegeben sein. Fertigkeiten, die es zur Beschaffung und Verwendung der Mittel braucht, spielen dabei auch eine zentrale Rolle. Präventionsmaßnahmen und Beratung zielen darauf ab, die Voraussetzungen für HIV-Schutzverhalten zu schaffen und zu beeinflussen. Dieses Kapitel betrachtet die Voraussetzungen für den Schutz vor HIV und anderen STI. Dazu gehören auch andere gesundheitsbezogene Ressourcen und Unterstützungsangebote.

7.1. Kondombeschaffung

Die Kondome, welche die Stichprobe in den letzten 12 Monaten erhielten, kamen aus unterschiedlichen Quellen (siehe Abbildung 98). Über die Hälfte der Teilnehmer (57,9%) kauften mindestens einmal Kondome aus einem physischen Laden. Dieser Herkunftsort für Kondome war mit Abstand der am häufigsten genannte. Aber auch Gratiskondome aus Clubs oder Bars wurden von annähernd 20% der Personen genannt und 17,9% der Teilnehmer gaben an, in den letzten 12 Monaten Kondome online gekauft zu haben.

Die Teilnehmer erhielten außerdem Kondome von Freunden oder Sexualpartnern, gratis aus Saunas, HIV-Hilfsorganisationen oder aus Kliniken, von Kondomautomaten. 15,4% der Teilnehmer hatten innerhalb der letzten 12 Monate keine Kondome gekauft oder geschenkt bekommen. Andere Antworten, die ebenfalls genannt wurden, sind unter anderem die Regenbogenparade und Werbegeschenke von politischen Parteien.

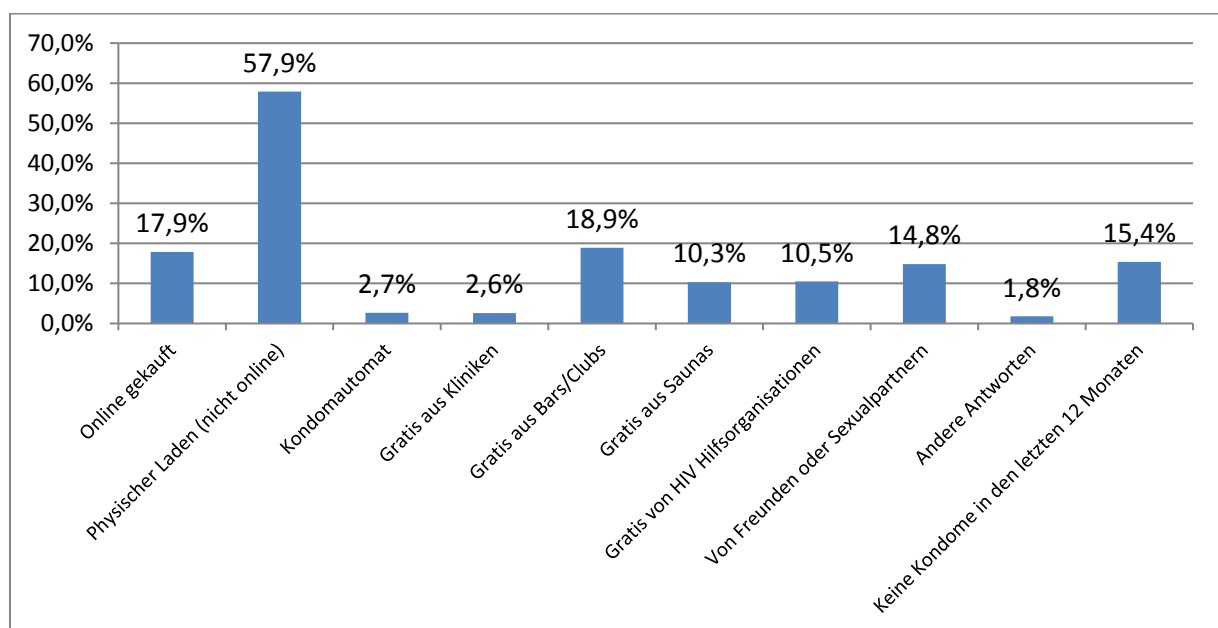


Abbildung 98: Herkunft der Kondome in den letzten 12 Monaten. Mehrfachnennungen möglich. (N=2.697)

7.2. Unterstützungs- und Beratungsangebote hinsichtlich des Konsums von Alkohol und stimulierender Substanzen

33 MSM aus der Stichprobe suchten im letzten Jahr einen Arzt/eine Ärztin oder eine Klinik bezüglich ihrer Sorgen über den eigenen Substanzkonsum (außer Alkohol und Nikotin) auf. 97,3% der Teilnehmer taten dies noch nie.

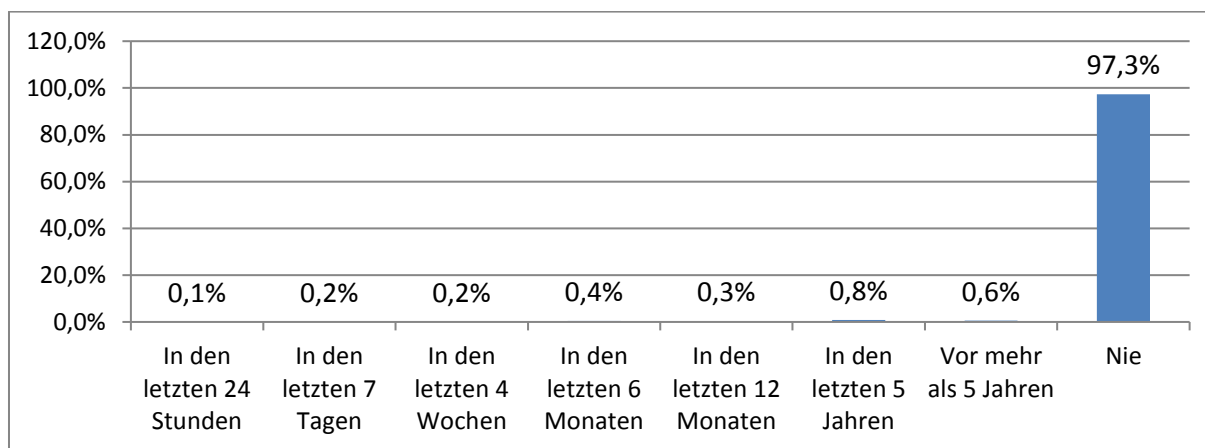


Abbildung 99: Konsultation eines Arztes/einer Ärztin oder einer Klinik wegen Substanzkonsum (N=2.691)

22 MSM aus der Stichprobe suchten in den letzten 12 Monaten eine Drogenselbsthilfegruppe oder Beratungsstelle bezüglich ihres Substanzkonsums auf. Allerdings fast alle Teilnehmer, nämlich 98,4%, hatten dies noch nie gemacht.

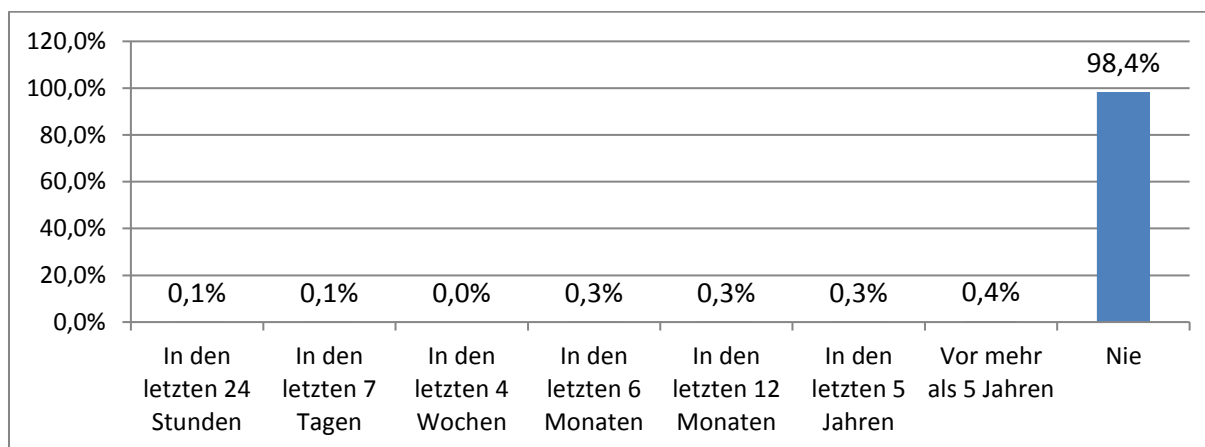


Abbildung 100: Konsultation einer Drogenselbsthilfegruppe oder Beratungsstelle wegen Substanzkonsum (N=2.691)

Bezüglich des eigenen Alkoholkonsums nahmen 31 Teilnehmer in den letzten 12 Monaten eine Gesundheitsberatung in Anspruch. 97% der Teilnehmer taten dies noch nie.

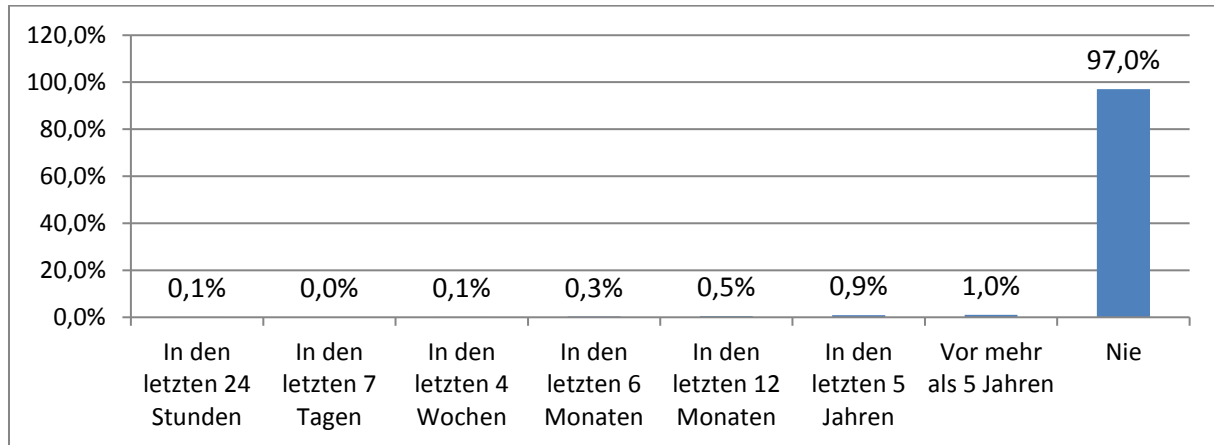


Abbildung 101: Konsultation einer Gesundheitsberatung wegen Alkoholkonsum (N=2.691)

7.3. PrEP-Angebote

7.3.1. Gespräche über die PrEP

Mit dem Großteil der Stichprobe (89,1%) wurde seitens der Gesundheitsdienste in Österreich das Thema PrEP nicht besprochen. 2% wussten nicht mehr, ob sie von einem*r Ärzt*in oder von sonstigen Mitarbeiter*innen der Gesundheitsdienste jemals auf eine PrEP-Behandlung angesprochen wurden. 8,9% wurden jedoch bereits angesprochen.

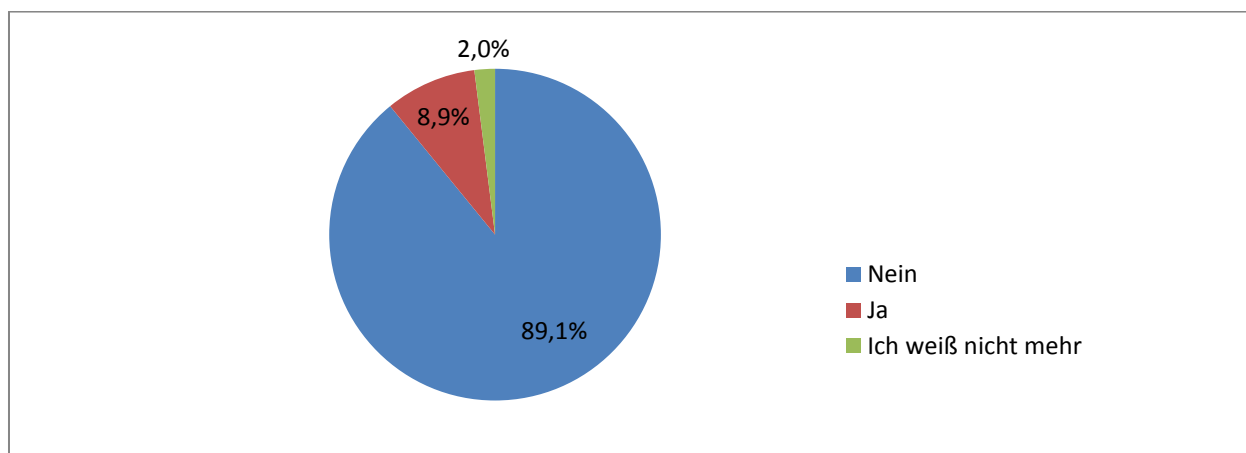


Abbildung 102: PrEP-Beratung von Seiten der Gesundheitsdienste (N=2.684)

Die Hälfte der Gespräche fanden in einem Gesundheitsamt, einer Aids Hilfe oder in einem Checkpoint für Geschlechtskrankheiten statt. Doch auch während ambulanten Besuchen im Krankenhaus, in HIV-Schwerpunktpraxen oder in allgemeinmedizinischen, hausärztlichen Praxen wurden die Teilnehmer auf die Möglichkeiten der PrEP-Behandlung angesprochen.

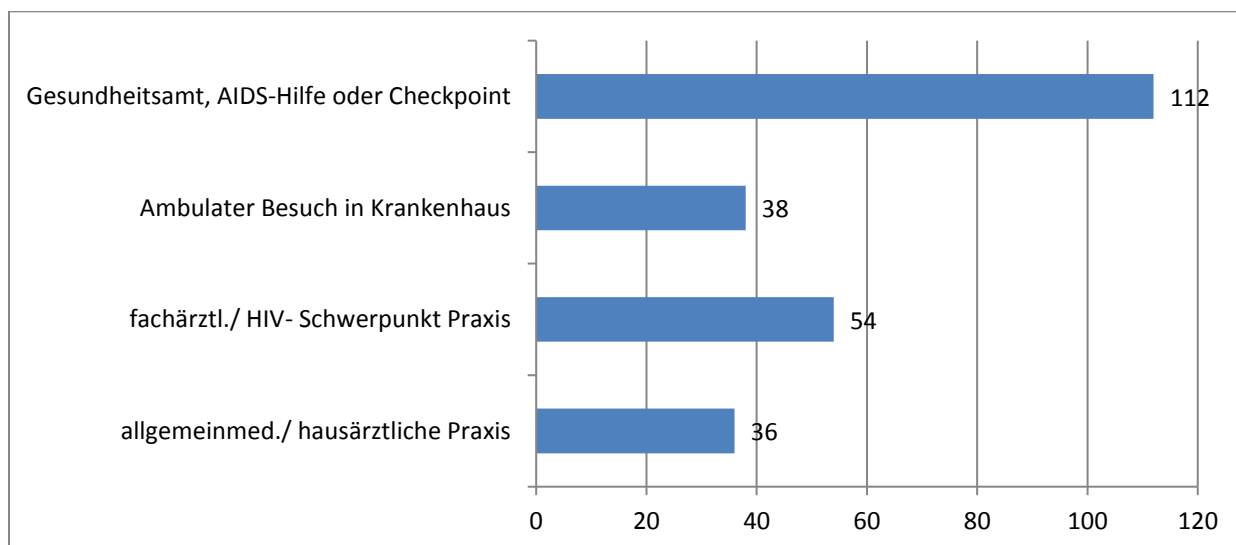


Abbildung 103: Orte der PrEP-Beratung (N=240)

7.3.2. PrEP-Rezepte und Beratung vor Nutzung der PrEP

63 der in Österreich lebenden MSM wurden jemals mittels PrEP behandelt. Davon sprachen etwa zwei Drittel vor der PrEP-Einnahme mit einem Arzt/einer Ärztin. Ein offizielles PrEP-Rezept bekamen 13 von den Personen, die schon einmal die PrEP-Tabletten eingenommen haben. In Abbildung 104 ist die Herkunft des PrEP-Rezepts dargestellt. Eine Person erhielt bereits zwei Rezepte.

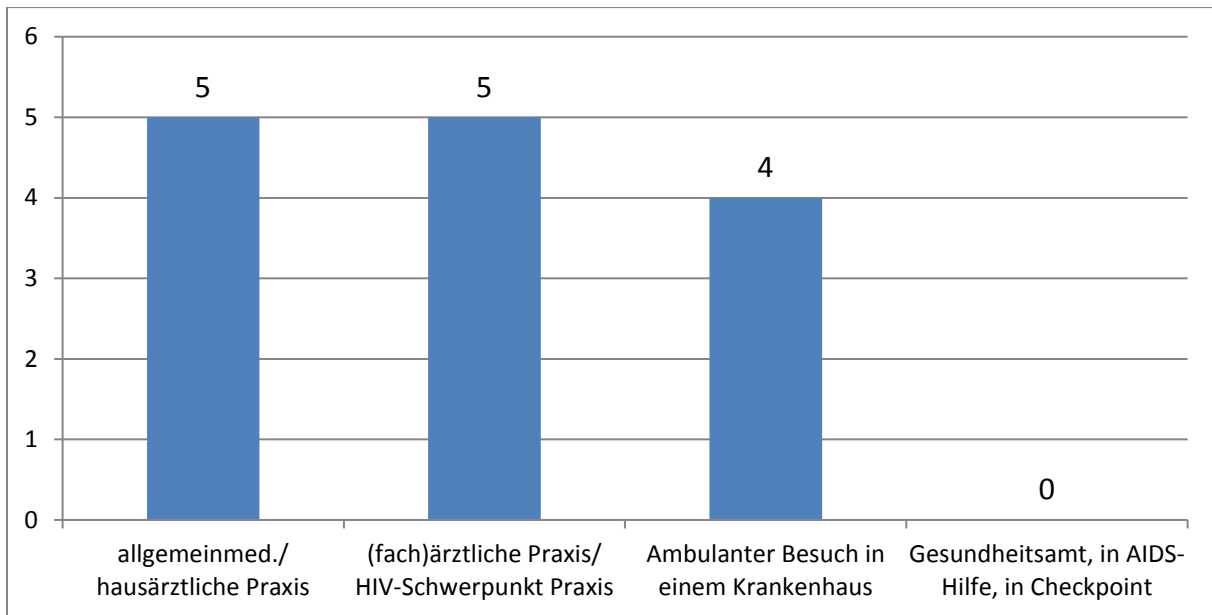


Abbildung 104: Herkunft des PrEP-Rezepts (N=13, 1 Person hat bereits 2 Rezepte erhalten)

7.3.3. Bezug der PrEP

Die meisten PrEP-Tabletten (N=63), die bis dato in Österreich eingenommen wurden, stammen aus einer Onlineapotheke (27 Teilnehmer berichten davon). Doch die Teilnehmer berichteten auch über folgende andere Quellen:

- 13 Personen erhielten die PrEP im Rahmen einer Studie.
- 9 Personen erhielten die PrEP in einer Apotheke (nicht online)
- 6 Personen bekamen die PrEP während eines ambulanten Besuchs in einem Krankenhaus.
- 5 Personen benutzten HIV-Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP.
- 4 Personen erhielten PrEP-Tabletten aus einer HIV-Schwerpunktpraxis.
- 4 Personen ließen sich PEP verschreiben und nutzten diese als PrEP.
- 2 Personen erhielten die PrEP in einer allgemeinmedizinischen Praxis.

Wenige Teilnehmer (N=10) berichteten, dass sie die PrEP-Tabletten über abgelaufene Rückbestände in einer Klinik bekommen hatten, sie im Ausland gekauft hatten, oder über eine dritte Person an die Tabletten gekommen waren.

7.4. Vermittlung von Informationen zu HIV und STI

In Österreich gab es immer wieder diverse Informationskampagnen, welche direkt an MSM gerichtet waren, die beispielsweise von den AIDS-Hilfen Österreich oder dem Life Ball lanciert wurden. Die große Mehrheit der Teilnehmer hat bereits mindestens einmal eine solche Kampagne wahrgenommen, lediglich 3,5% der Stichprobe wurde noch nie darüber erreicht. Fast drei Viertel (71,7%) der Befragten berichteten, dass sie zuletzt innerhalb der letzten 6 Monate vor der Durchführung der Befragung durch ein solches Aufklärungsangebot erreicht wurden. 7,3% wurden innerhalb der letzten 6 Monate bis 12 Monate erreicht. 10,9% der Teilnehmer hatte bereits Informationen, die an MSM gerichtet waren, wahrgenommen, dies geschah aber länger als vor einem Jahr.

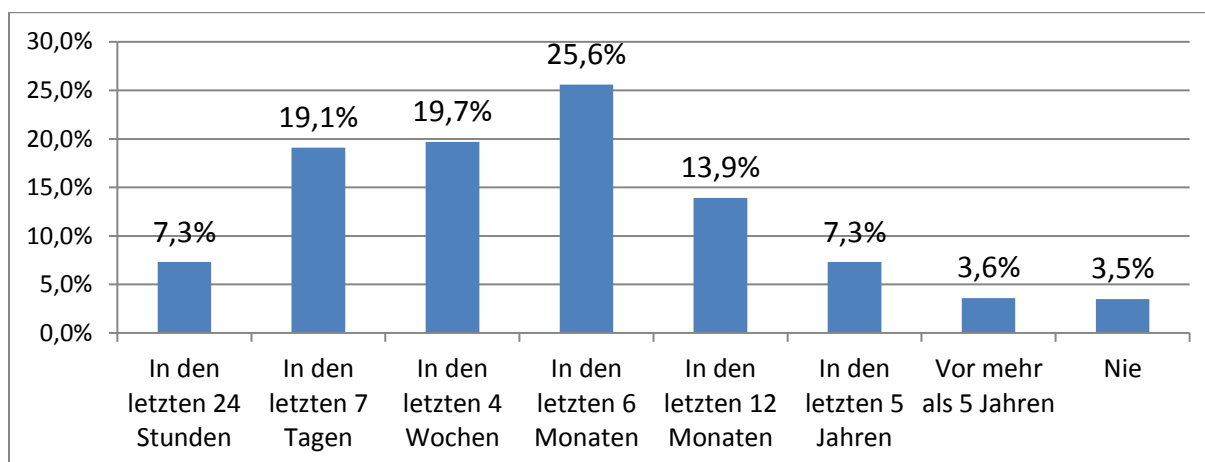


Abbildung 105: Letzte Wahrnehmung von Informationen zu HIV und STI (N=2.315)

In der Gruppe der „noch nie auf HIV getesteten Personen“ war der Anteil von den Personen, die noch nie Informationen zu HIV und STI wahrgenommen hatten am höchsten (siehe Abbildung 106).

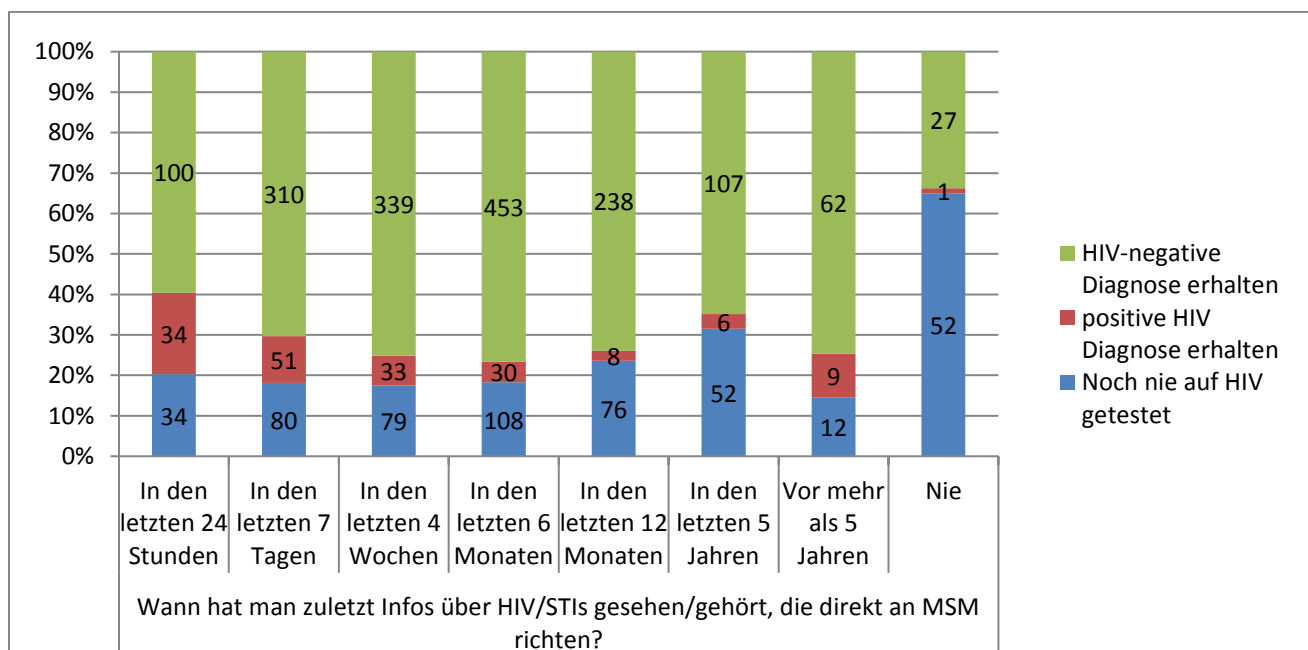


Abbildung 106: wahrgenommene Informationen nach HIV-Status (N=2.301)

7.5. HIV-Testung

78,7% der Teilnehmer erhielten zum Zeitpunkt der Umfrage mindestens einmal ein HIV-Testresultat. Das bedeutet in umgekehrter Betrachtungsweise, dass jeder fünfte Teilnehmer in der Vergangenheit noch nie auf HIV getestet wurde.

89,3% der MSM, die noch nie ein HIV-Testresultat erhielten (N=574), bekamen auch noch nie einen HIV-Test angeboten. 7% berichteten von einem angebotenen HIV-Test und etwa 3% konnten sich nicht mehr daran erinnern.

7.5.1. Zeitpunkt des letzten HIV-Test

Der Anteil der MSM, die noch nie auf HIV getestet wurden, betrug in der vorliegenden Stichprobe 21,2%. Bei 7,4% der Stichprobe war der Zeitpunkt der letzten Testung irrelevant, da sie bereits positiv auf HIV getestet worden waren.

Die 6-Monats-Prävalenz der HIV-Testungen betrug 32,6% - in anderen Worten bedeutet dies, dass etwa ein Drittel der Teilnehmer innerhalb des letzten halben Jahres auf das Virus getestet worden waren. Die 12-Monats-Prävalenz einer HIV-Testung lag bei 48,7%. 21,7% der Teilnehmer erhielten zwar schon ein HIV-Testungsergebnis, das letzte Resultat war jedoch älter als ein Jahr.

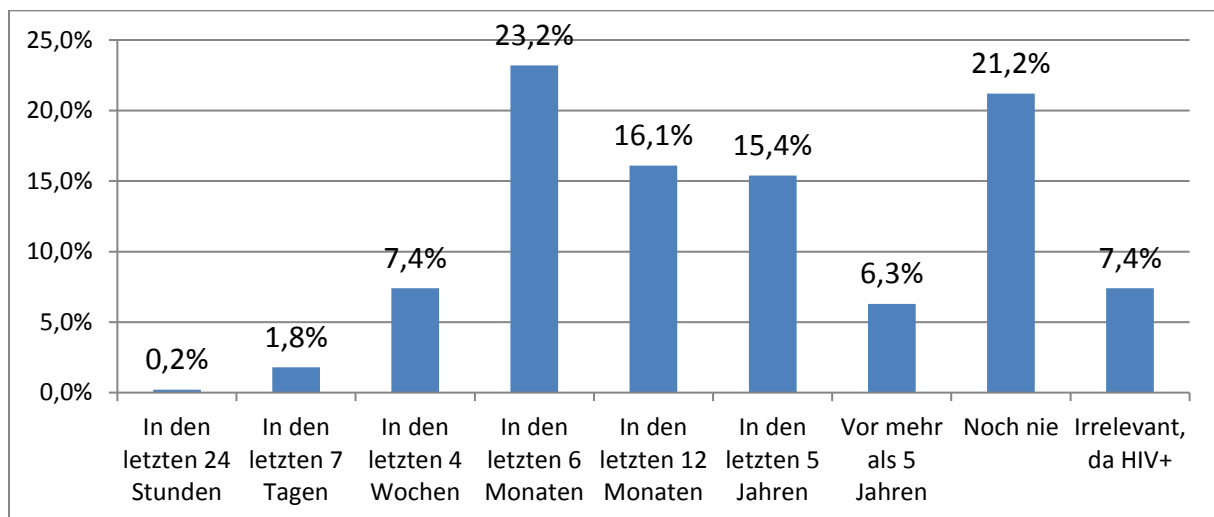


Abbildung 107: Zeitpunkt des letzten HIV-Test (N=2.695)

Der Anteil der jungen MSM zwischen 14-19 Jahre, die sich noch nie auf den Virus getestet hatten, lag bei über 70%. Ab 20 Jahren bis etwa 59 Jahre gab es eine konstante 12-Monats-Prävalenz von über 50%. Ab etwa 60 Jahren nahm das Zeitintervall zur letzten Testung wieder zu und der Anteil der MSM, die sich noch nie auf HIV getestet hatte, stieg wieder an. Die Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen erschien zu klein, um valide Aussagen zu machen.

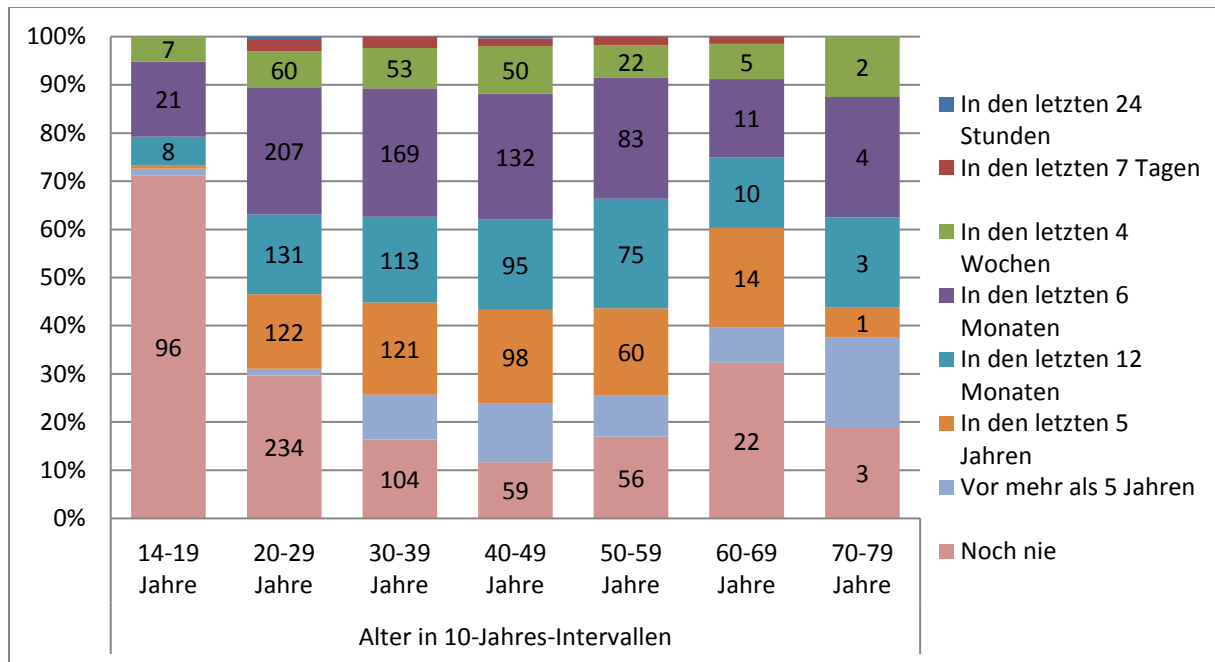


Abbildung 108: Zeitpunkt des letzten HIV-Test und Alter (N=2.478)

7.5.2. Ort des letzten HIV-Test

Etwa ein Drittel der HIV-negativen MSM, die jemals ein HIV-Testergebnis erhielten, machten den letzten HIV-Test in einer allgemeinmedizinischen Praxis. 27,7% waren für ihren zuletzt durchgeführten HIV-Test in einer Einrichtung für HIV (z.B. AIDS-Hilfe Österreich). Insgesamt erhielten 16,4% das Ergebnis während eines ambulanten oder stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus. 9,2% waren dafür in einer HIV-Schwerpunktpraxis. 7,9% erhielten während dem Blutspenden ihr negatives HIV-Ergebnis.

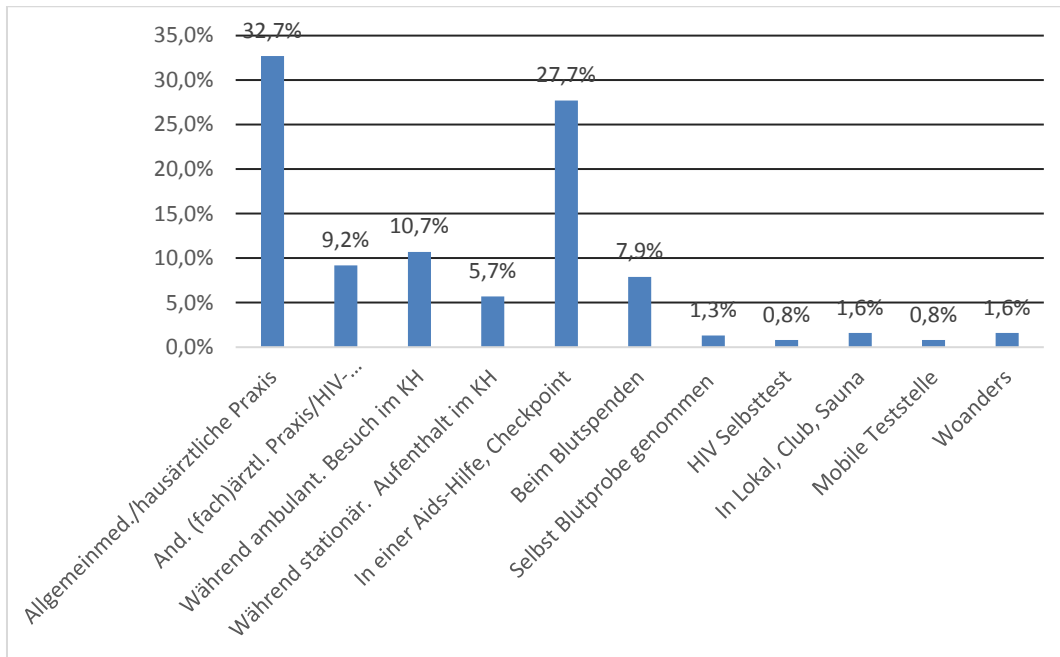


Abbildung 109: Ort des letzten HIV-Test (N=1.903)

Die Teilnehmer, die beim letzten HIV-Test ein negatives Ergebnis erhielten (N=1904) waren meistens sehr zufrieden (42,8%) oder zufrieden (24,4%) mit der daraufhin folgenden Beratung und Aufklärung. Unzufrieden oder eher unzufrieden war ein kleiner Anteil von insgesamt 3,2%. Etwa ein Viertel der Teilnehmer (23%) gaben an, keine Unterstützung, Beratung oder Information nach dem Erhalt des Testergebnisses bekommen zu haben. 6,6% der Personen konnten sich nicht mehr an die Unterstützung erinnern.

7.5.3. Ort der HIV-Diagnose

201 MSM der Stichprobe wurden positiv auf HIV diagnostiziert. Davon beantworteten fast alle, wo die positive HIV-Diagnose erfolgte (Abbildung 110).

Bei den meisten Teilnehmern wurde HIV entweder in einer allgemeinmedizinischen oder HIV-Schwerpunktpraxis festgestellt. Doch auch in Krankenhäusern erfolgten etwa ein Drittel der gesamten Diagnosen. Jeder fünfte MSM bekam die Diagnose in einer Einrichtung für HIV, z.B. in einer AIDS-Hilfe Österreich.

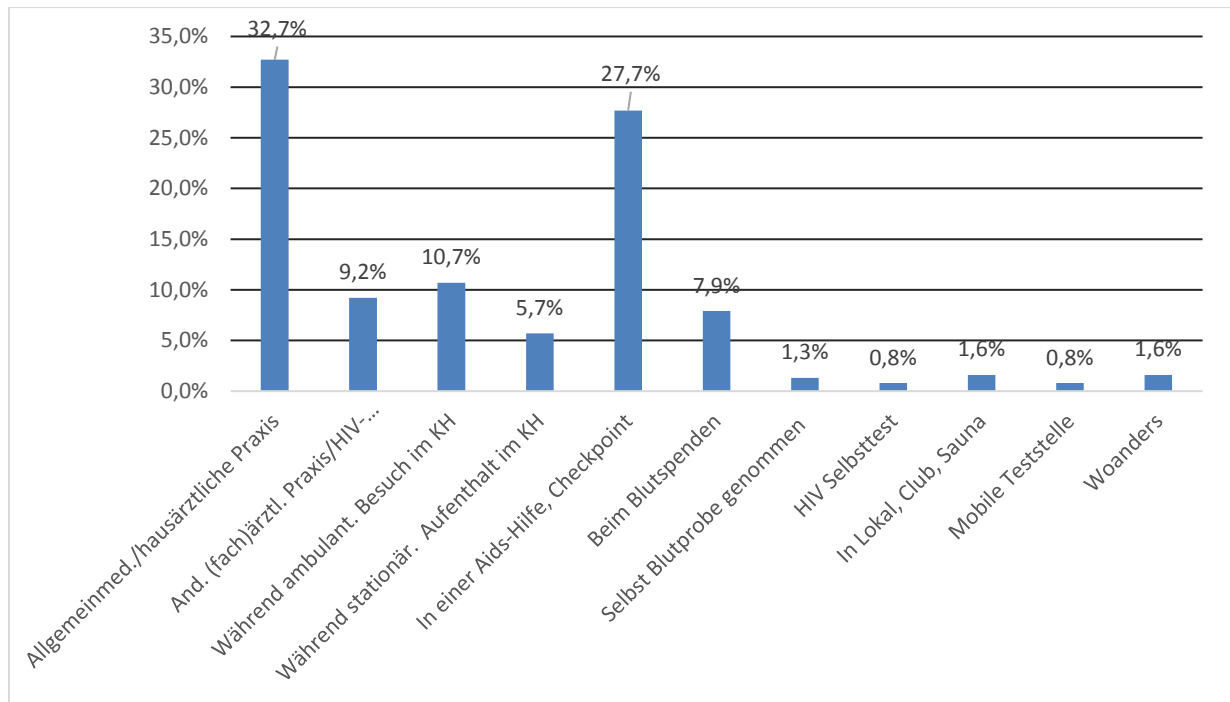


Abbildung 110: Ort der HIV-Diagnose (N=200)

7.5.4. Betreuung und Unterstützung nach der Diagnosestellung

Grundsätzlich berichteten die HIV-positiv diagnostizierten MSM von einer zufriedenstellenden Betreuung und Unterstützung nach der HIV-Diagnose. Unzufrieden waren 11,4% mit der Betreuung und Beratung nach der Diagnose und 5,5% der Befragten war sehr unzufrieden. 7% der HIV-positiv diagnostizierten Personen gaben an, keine Unterstützung oder Informationen erhalten zu haben.

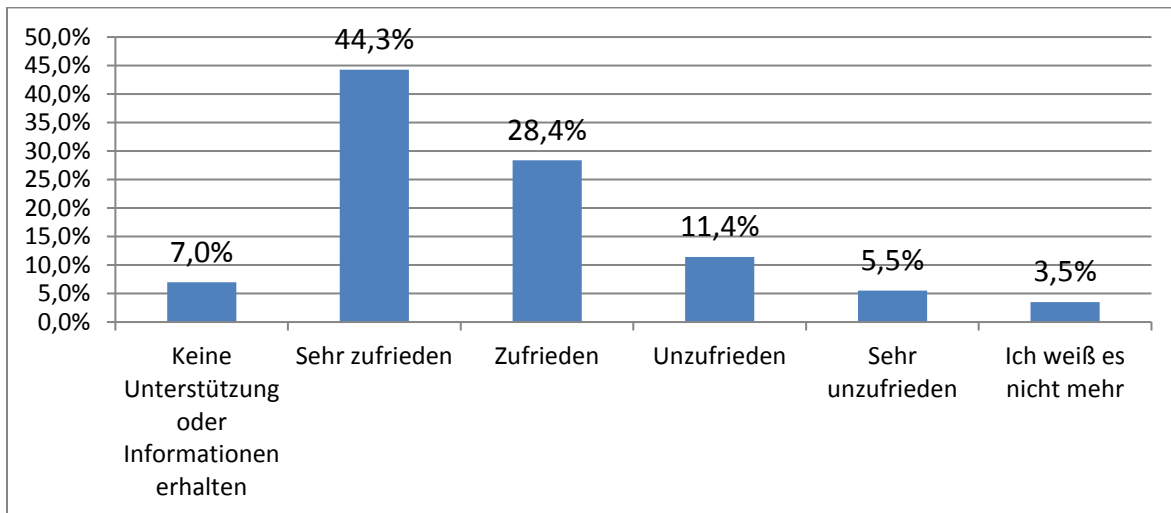


Abbildung 111: Zufriedenheit mit der Betreuung und Unterstützung nach der HIV-Diagnose (N=201)

7.5.5. HIV-Verlaufskontrolle

Annähernd 90%, der HIV-positiven MSM der Stichprobe, suchten zuletzt innerhalb des letzten halben Jahres eine*n spezialisierte*n Ärzt*in zur Verlaufskontrolle auf. Es kam sehr selten vor, dass bei Personen in diesem Zeitraum keine Verlaufskontrolle erfolgte. Zwei Personen suchten noch nie eine*n HIV-Spezialist*in auf.

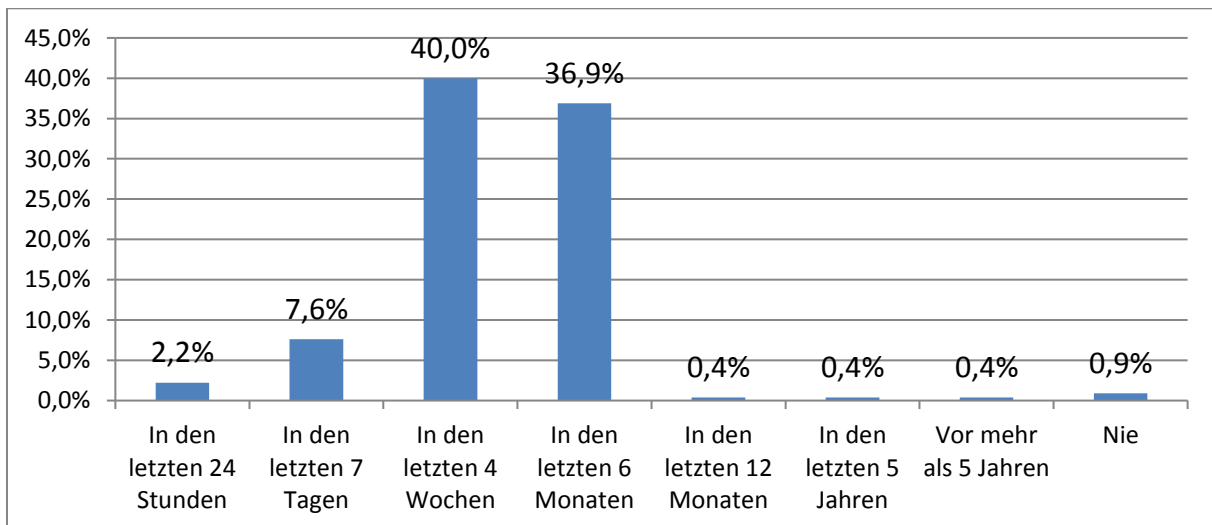


Abbildung 112: Zeitpunkt der letzten HIV-Verlaufskontrolle (N=200)

7.6. Angebot der Hepatitis-Impfung

Seitens des Gesundheitsdienstes wurde 61,5% der Personen, die den Fragebogen ausfüllten, eine Hepatitis-Impfung angeboten. Ein Drittel der Teilnehmer berichteten, dass ihnen noch nie eine Hepatitis-Impfung von einem*r Ärzt*in oder Mitarbeiter*in eines österreichischen Gesundheitsdienstes angeboten wurde. 7,1% wussten zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens nicht, ob ihnen in der Vergangenheit jemals eine Hepatitis-Impfung angeboten wurde.

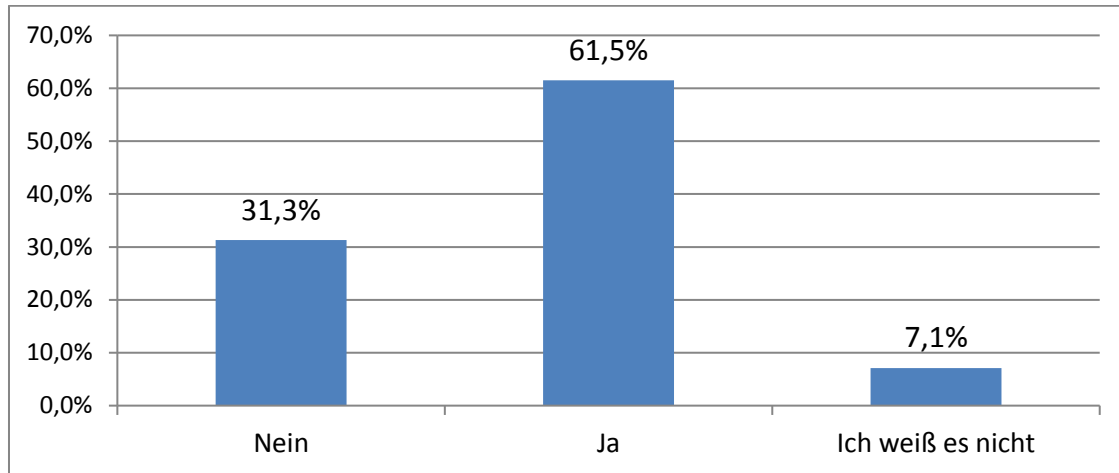


Abbildung 113: Angebot einer Hepatitis-Impfung (N=2.687)

7.7. STI-Testangebote

Bereits mehr als die Hälfte der Teilnehmer (54,2%) wurden auf STI (außer HIV) getestet. Ein großer Anteil jedoch wurde noch nie auf STI (außer HIV) getestet. 3,5% wissen zum Zeitpunkt der Umfrage nicht, ob sie jemals diesbezüglich ein Test vornehmen ließen.

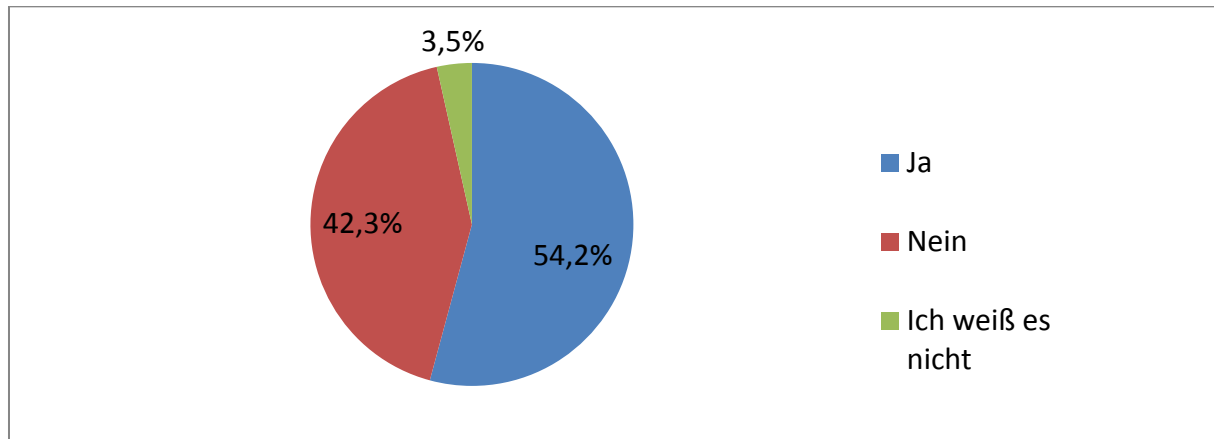


Abbildung 114: STI-Testung (N=2.684)

Betrachtet man den Zusammenhang der STI-Testung mit dem HIV-Status, ist der Anteil der HIV-positiven MSM, die jemals STI-Tests gemacht haben, mit ungefähr 95% am höchsten. Erklärbar ist dies damit, dass bei einer HIV-Verlaufskontrolle auch Tests auf andere STI durchgeführt werden. Von den MSM, die beim letzten HIV-Test ein negatives Ergebnis erhielten, wurden etwa 65% bereits auf andere STI getestet. Nur 10% der noch nie auf HIV-getesteten MSM wurden vor dem Zeitpunkt der Umfrage schon einmal auf STI getestet.

Bei der Testung auf STI gibt es altersspezifische Muster. Nur ein kleiner Anteil (17,2%) der jüngeren MSM bis 19 Jahre ließen sich bereits auf STI testen. Ab 20 Jahren haben in jeder Altersgruppe mindestens 50% der Personen bereits einen STI-Test gemacht.

7.7.1. Zeitpunkt der letzten STI-Testung

Aus der Stichprobe wurden 1.000 MSM in den letzten 12 Monaten in Österreich auf STI getestet (siehe Abbildung 115). Davon hatte jede fünfte getestete Person bei der letzten Testung Symptome, bei 79,5% der Personen verlief die Testung zu einem symptomfreien Zeitpunkt (siehe Abbildung 116).

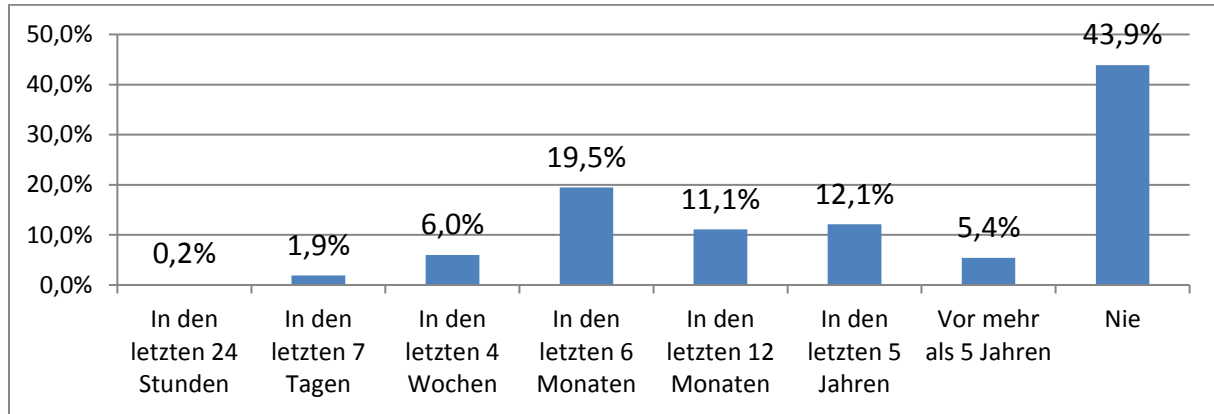


Abbildung 115: Zeitpunkt der letzten STI-Testung (N=2.586)

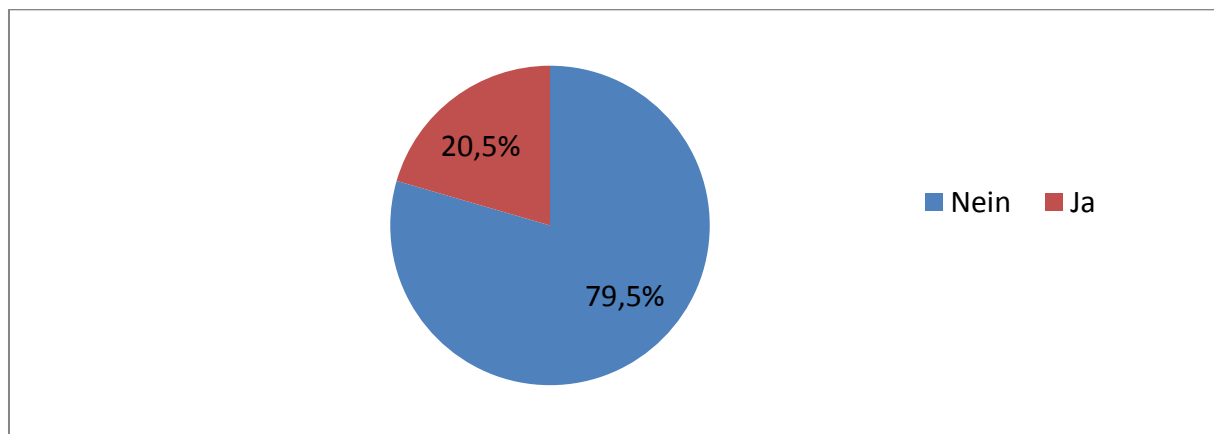


Abbildung 116: STI-Testung aufgrund von Symptomen (N=990)

7.7.2. Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter

72,9% der innerhalb der letzten 12 Monate getesteten MSM gingen ihrem STI-Testanbieter gegenüber offen mit ihrer Sexualität um („wissen definitiv von der Sexualität“) 9,7% der getesteten Personen gaben an, dass der STI-Testanbieter wahrscheinlich von der sexuellen Orientierung wusste. 13,4% der Teilnehmer legten ihre Sexualität während der Testung nicht offen und 4% konnten keine Angaben machen, ob der STI-Testanbieter darüber Bescheid wusste.

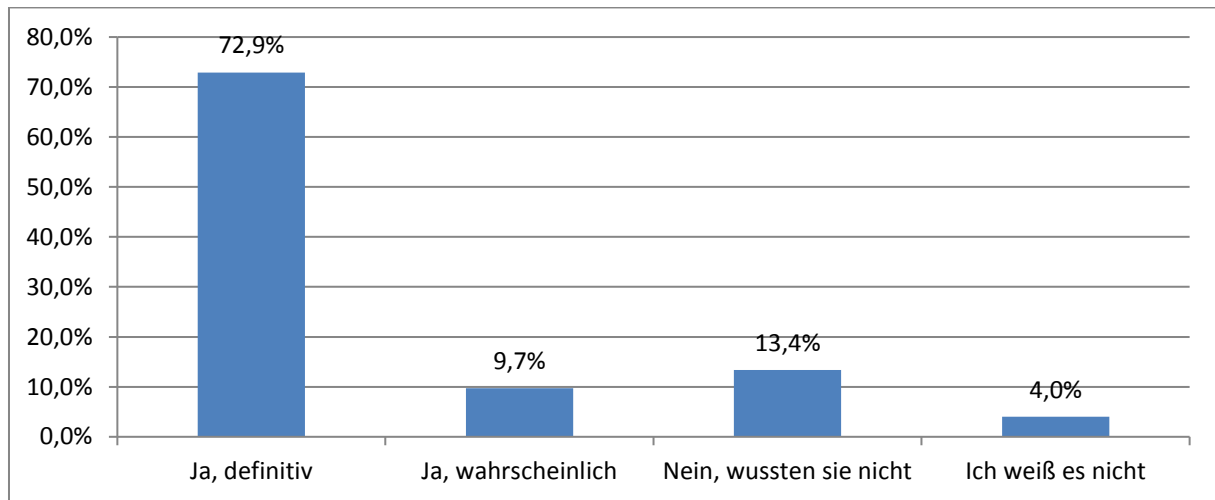


Abbildung 117: Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter (N=1.000)

7.7.3. Umfang der STI-Tests

Um die Art und den Umfang der Untersuchungen auf STI (in den letzten 12 Monaten) adäquat zu erheben, wurden die 1.000 Teilnehmer zuerst gebeten, Auskunft über ihre Geschlechtsorgane zu geben. 97,8% der Teilnehmer, geben an einen Penis zu haben, 0,4% eine Vagina, beide Geschlechtsorgane besitzen 0,2% und keins von beiden 1,6%.

Die gängigste Methode der Untersuchung ist eine Blutabnahme, dieser Vorgang wurde bei 91,5% der Teilnehmer durchgeführt. Außerdem wurden während den Testungen auch diverse Abstriche gemacht oder die Genitalien untersucht. Eine Übersicht über die diversen Untersuchungsmethoden gibt Abbildung 118.

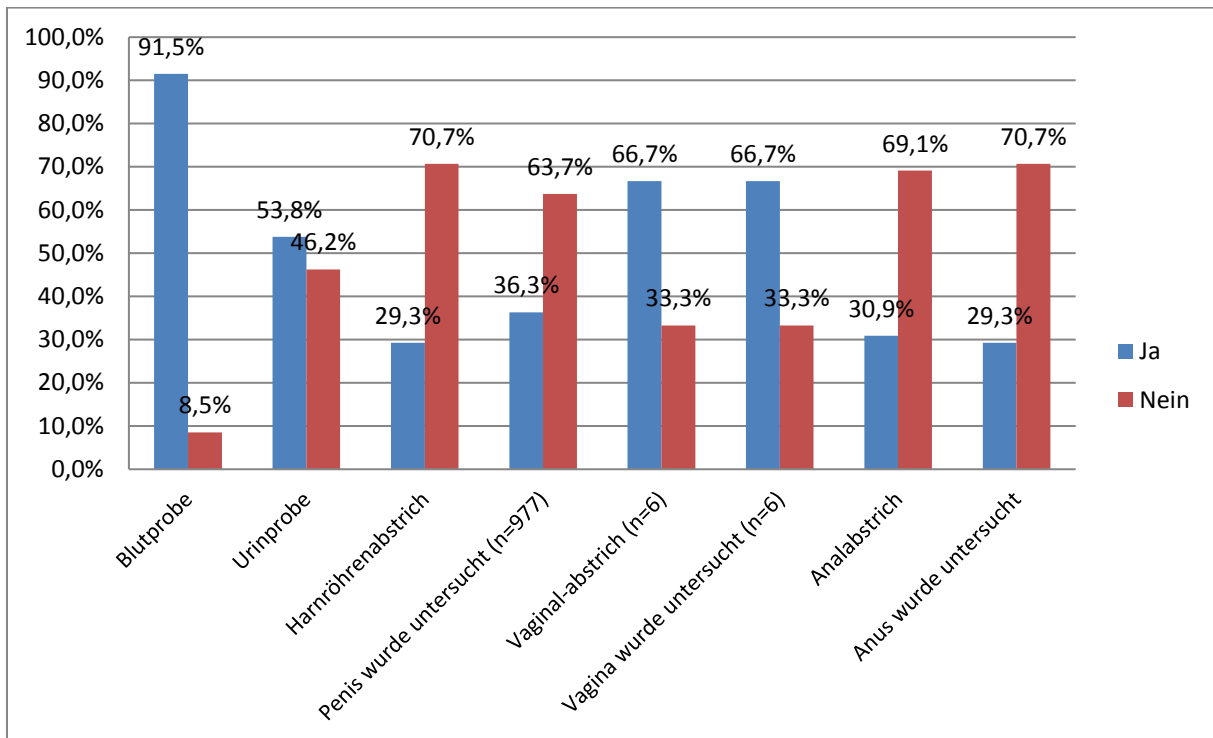


Abbildung 118: Art der Untersuchung auf STI bei der letzten Testung in den letzten 12 Monaten. Mehrfachnennungen möglich. (N=1.000)

7.7.4. Partnerbenachrichtigung

Das Informieren von Sexualpartnern über die Diagnose von STI ist essentiell, um eine mögliche Infektion zügig zu behandeln und so die weitere Ausbreitung der STI zu verhindern. Diesen Personen wird empfohlen einen Test zu machen, um gegebenenfalls zum ehestmöglichen Zeitpunkt eine Behandlung zu beginnen.

Bei einer Syphilis-Diagnose innerhalb der letzten 12 Monate haben betroffene MSM oder deren Ärzt*innen zum Großteil alle Sexualpartner (41,8%) oder zumindest manche Partner (43%) darüber informiert. Lediglich 15,2% haben diese Informationen allen Sexualpartnern vorenthalten.

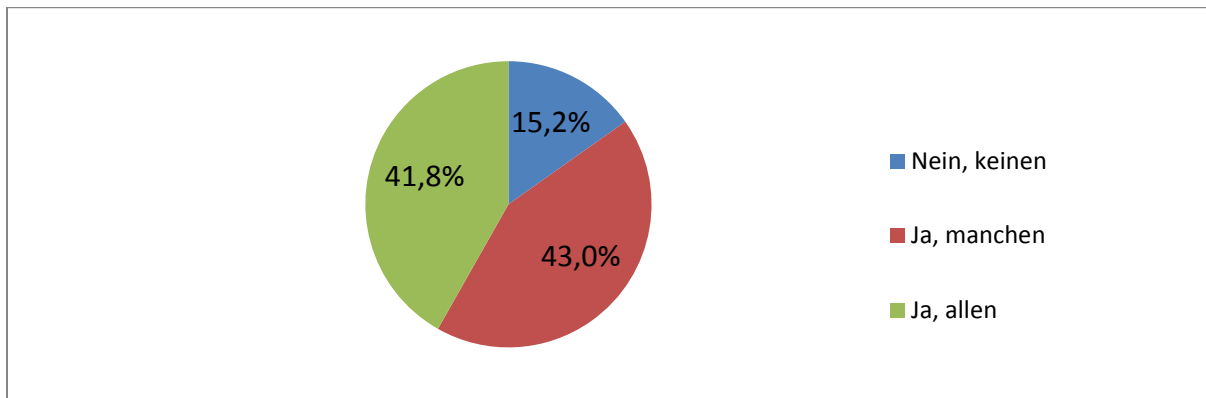


Abbildung 119: Partnerbenachrichtigung bei Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=81)

Ähnlich verhält es sich bei einer Diagnose mit Gonorrhoe. Von den 106 MSM, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate diese STI diagnostiziert wurde, informierten 50,5% alle Sexpartner darüber und 36,9% klärten zumindest manche Sexpartner darüber auf. 12,6% der betroffenen Teilnehmer informierten keinen ihrer Sexualpartner.

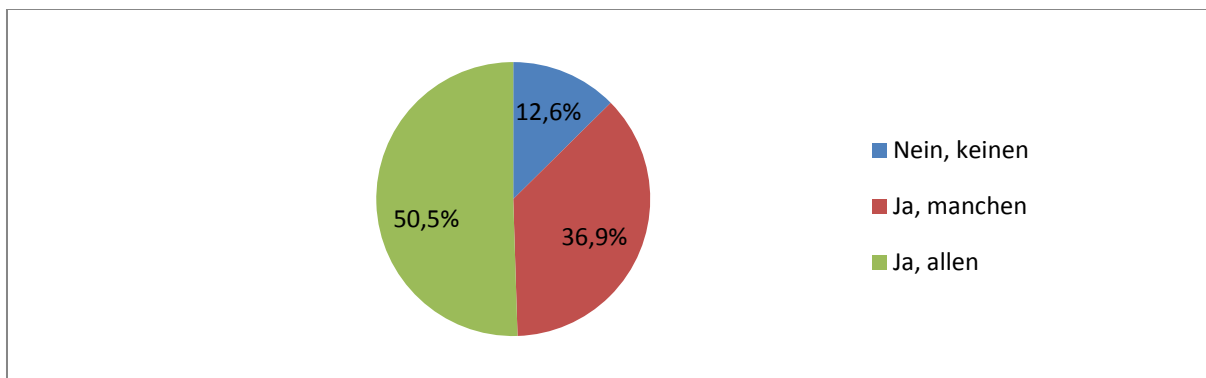


Abbildung 120: Partner Notification bei Gonorrhoe-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=106)

8. Letzter sexueller Kontakt mit nicht-festen/m Partner/n

Dieses Kapitel bezieht sich auf den letzten Sex mit einem oder mehreren nicht-festen Partnern. Befragt wurde jene Gruppe von Teilnehmern, die angegeben hatten, in den 12 Monaten vor der Befragung Sex mit einem oder mehreren nicht-festen Partnern gehabt zu haben. Aus ressourcenbezogenen Gründen wurde der Fragebogen dazu nicht komplett ausgewertet.

8.1. Anzahl der nicht-festen Partner beim letzten sexuellen Kontakt

Die meisten Personen hatten Sex mit nur einem nicht-festen Partner (80,6%). Sexueller Kontakt fand auch in anderen Konstellationen statt. In 6,8% der Situationen waren sowohl der feste Partner als auch ein nicht-fester Partner beteiligt. 7,3% der Personen berichteten von einem sexuellen Kontakt mit zwei nicht-festen Partnern und bei 5,4% fand der letzte sexuelle Kontakt mit mehr als drei anderen Teilnehmern statt.

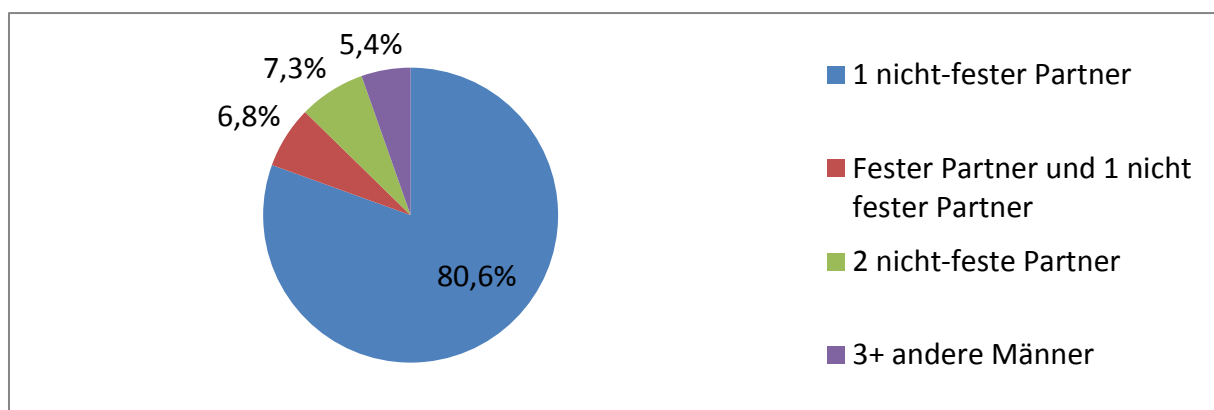


Abbildung 121: Anzahl der Sexualpartner beim letzten sexuellen Kontakt (N=1.958)

8.2. Anzahl der nicht-festen Partner beim letzten sexuellen Kontakt nach HIV-Status

Es ist zu erkennen, dass bei HIV-positiven MSM häufiger mehr als eine weitere Person beim letzten sexuellen Kontakt beteiligt war (siehe Abbildung 122).

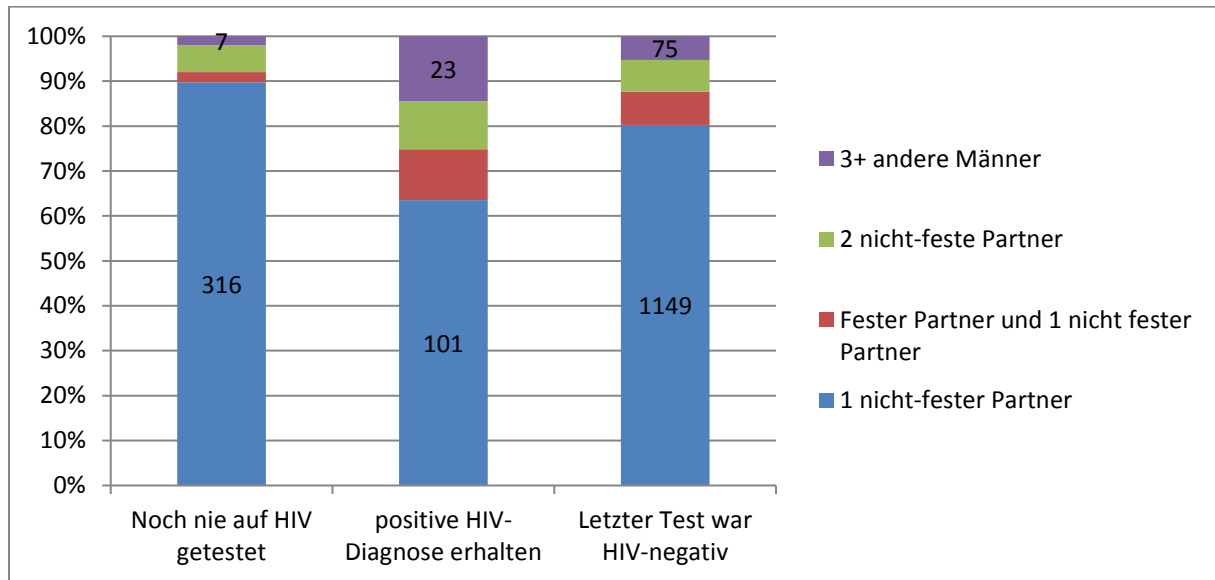


Abbildung 122: Anzahl der Sexualpartner beim letzten sexuellen Kontakt nach HIV-Status (N=1.943)

8.3. Sexuelle Praktiken

Die Teilnehmer berichteten am häufigsten von gegenseitiger Masturbation, Oralverkehr (passiv, aktiv) und „Ficken“ (aktiv, passiv und gegenseitig). Rimming fand nur bei etwa einem Drittel der Situationen statt. Riskantere Sexualpraktiken wie z.B. Fisten (aktiv, passiv) und das Verwenden und Teilen von Sextoys wurde seltener genannt.

Die sexuellen Praktiken unterschieden sich bei Personen, die zuletzt mit einem nicht-festen Partner oder mit einem nicht-festen und dem festen Partner Sex hatten (siehe Abbildung 121). Diese Gruppe berichtete weit weniger von riskanten Sexualverhalten und auch weniger von Analverkehr als MSM, die mit mindestens zwei nicht-festen Partnern Sex hatten (siehe Abbildung 123).

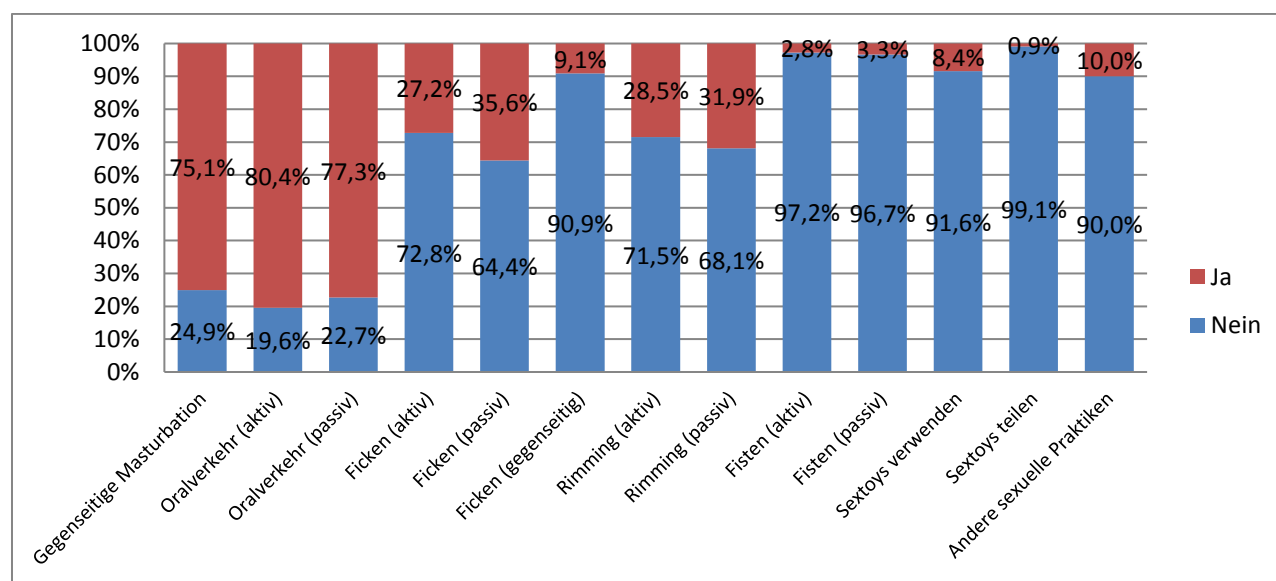


Abbildung 123: sexuelle Praktiken mit einem nicht-festem Partner oder mit einem nicht-festen Partner und dem festen-Partner (N=1.697)

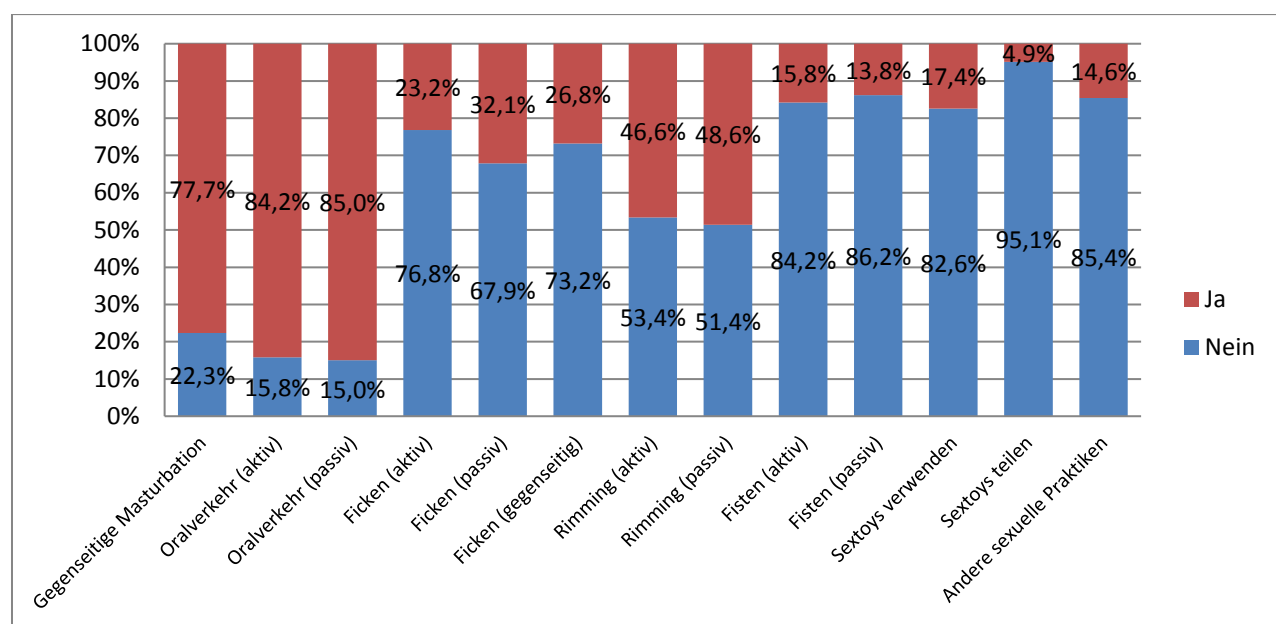


Abbildung 124: sexuelle Praktiken mit zwei nicht-festen Partnern (N=247)

9. Conclusio

Die Ergebnisse im Format der EMIS-Untersuchungen sind europaweit einmalig, da Informationen von einer sehr großen Stichprobe zu diversen unterschiedlichen, und für das Gesundheitsverhalten von MSM relevanten Dimensionen, erhoben wurde. Der Großteil der Teilnehmer bezeichnete sich selber als homosexuell/schwul oder bisexuell und ist im sozialen Umfeld geoutet. Allerdings gab jeder vierte Teilnehmer an, nur einen kleinen Kreis oder niemand zu haben, mit dem er über seine sexuelle Orientierung sprechen kann. Damit wird deutlich, dass unterschiedliche Lebenswelten und Erfahrungen von MSM erhoben wurden.

Der Ausbildungsgrad ist als sehr gut anzusehen, da ca. $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer mind. 4 Ausbildungsjahre nach dem 16. Lebensjahr absolviert haben. Vom Zufriedenheitsniveau mit dem Einkommen erlaubte es etwas mehr als der Hälfte der Teilnehmer ein komfortables Leben führen zu können. Ob es sich hierbei um eine Abbildung der Realität handelt, ist nicht zu beantworten, da in Österreich wenig über soziographische Merkmale von MSM bekannt ist.

Betrachtet man das Alter der österreichischen Teilnehmer fand man sieben Jahrzehnte, wobei das Durchschnittsalter in Österreich bei 37 Jahren lag. Mit Bezug auf das Alter und Erfahrungen mit HIV so waren die ältesten Teilnehmer bereits 74-79 Jahre. Ungefähr jeder 10. Teilnehmer wurde bereits in den Anfängen der AIDS-Krise mit HIV konfrontiert. Wohingegen fast $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer ein Sexualleben ohne HIV gar nicht kennen.

8% der Teilnehmer leben mit HIV, jeder vierte bereits länger als elf Jahre. Von den HIV-positiven Teilnehmern, die eine ART genommen haben, nahmen 99,5% diese zum Zeitpunkt der Umfrage ein. 95,9% der unter ART stehenden Teilnehmer hatten eine Viruslast unter der Nachweisgrenze und konnten somit den HI-Virus sexuell nicht weitergeben. Bei $\frac{1}{3}$ der HIV-positiv Getesteten fand der Beginn der Behandlung innerhalb von ein bis sechs Monaten nach der Diagnosestellung statt. $\frac{3}{4}$ der Diagnosen wurden im medizinischen Bereich gestellt und jede fünfte in einer Einrichtung, die auf HIV spezialisiert ist. Fast die Hälfte aller waren mit der Unterstützung nach der Diagnose sehr zufrieden. Am zufriedensten waren die HIV-positiv getesteten Männer mit der Unterstützung von Einrichtungen für HIV.

Gestützt auf diese Daten nimmt Österreich mit Blick auf die 90-90-90-Ziele von UNAIDS eine sehr gute Position ein – vor allem in Hinblick auf die medizinische Versorgung (UNAIDS, 2019). Allerdings wurden 21% der Teilnehmer noch nie getestet. Hier ist noch Handlungsbedarf gegeben um 90-90-90 zu erreichen.

Behandlungsbedarf besteht vor allem von Seiten des Gesundheitsdienstes. 89,3% der Teilnehmer, die noch nie auf HIV getestet wurden, gaben an, dass ihnen noch nie ein HIV-Test angeboten wurde. Neben Einrichtungen, die auf schwule Männer spezialisiert sind, benötigt es eine Sensibilisierung und Befähigung von Ärzt*innen und Gesundheitspersonal, damit ungeoutete Männer die Möglichkeit haben offen über Sexualität und sexuelle Gesundheit zu sprechen.

Bei den Männern, die angaben, HIV-negativ zu sein, war bei jedem fünften der letzte HIV-Test vor mehr als 12 Monaten (obwohl für MSM die Testempfehlung gegeben wird, sich ein bis zweimal im Jahr auf HIV testen zu lassen) und jeder fünfte davon bekam noch nie ein HIV-Testergebnis.

Insgesamt zeigte sich, dass die Teilnehmer sexuell aktiv sind (die Hälfte hatte innerhalb der letzten 7 Tage das letzte Mal Sex) und mit ihrem Sexualleben zufrieden waren. Am zufriedensten waren bereits HIV-diagnostizierte Männer. Auch über HIV und deren Behandlungsmöglichkeiten waren fast alle Teilnehmer gut informiert. Informationsbedarf bestand allerdings noch beim Wissen über U=U. Knapp über die Hälfte wusste, dass eine Weitergabe der HIV-Infektion unter wirksamer Therapie sexuell nicht möglich ist. Am besten darüber informiert waren Teilnehmer im mittleren Altersbereich und im städtischen Bereich.

Bezüglich Hepatitis-Infektionen waren die Teilnehmer ebenfalls sehr gut informiert. Optimierungsbedarf besteht bei der Aufklärung, dass MSM eine Impfung gegen Hepatitis empfohlen wird, mehr als die Hälfte war bereits gegen Hepatitis A und B geimpft. Seitens der Gesundheitsdienste wurden mehr als der Hälfte der Teilnehmer die Impfung gegen Hepatitis angeboten.

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer lebte in einer festen Beziehung, häufig langjährige Beziehungen. Fast jeder fünfte Teilnehmer war in einer Partnerschaft mit einer Frau. Bei Beziehungen mit männlichen Partnern waren fast alle in Beziehungen mit HIV-negativen Partnern. In 10% der Beziehung war der Partner HIV-positiv.

Fast $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer, die sich in einer festen Beziehung befanden, gaben an, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate auch Sex mit einem nicht-festen Partner hatten. Bei den Männern, die innerhalb der letzten 12 Monate Analverkehr mit einem nicht-festen Partner hatten, haben knapp die Hälfte immer ein Kondom benutzt. Bei Männern zwischen 20 und 50 Jahren spiegelt sich dieses Verhalten am häufigsten wider. Am wenigsten bei der Gruppe von Männern, die bereits eine HIV-Diagnose bekommen haben. Umgekehrt hat jeder fünfte ohne Kondom Analverkehr gehabt, mit dem Wissen, dass der nicht-feste Partner HIV-positiv ist und davon hatten 65% der Männer eine Viruslast unter der Nachweisgrenze. Wussten die Männer, dass der nicht-feste Partner HIV-negativ ist, hatten fast $\frac{3}{4}$ dieser Gruppe Analverkehr ohne Kondom, auch wenn diese nicht die PrEP nahmen (lediglich 4% nahmen sicher die PrEP). Zu erwähnen bleibt hier noch die Tatsache, dass knapp die Hälfte Analverkehr ohne Kondom hatten und den HIV-Status des nicht-festen Partners wussten.

$\frac{1}{4}$ der Teilnehmer hatte in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom, da gerade keines zur Hand war. $\frac{3}{4}$ der Teilnehmer hingegen haben im selben Zeitraum Kondome selbst gekauft. Lediglich ein kleiner Anteil bezog Kondome gratis aus der Community. Es zeigt sich, dass es sinnvoll ist dieses Angebot aufrechtzuerhalten und zudem auszuweiten.

Auch wenn Teilnehmer kein Kondom für den Analverkehr verwendeten, wussten die meisten Teilnehmer, dass die Anwendung eines Kondoms das Infektionsrisiko mit HIV oder einer STI reduziert. Chlamydien und Syphilis wurden bei ca. 10% der Teilnehmer jemals diagnostiziert, Gonorrhoe bei 16%. Allerdings wurden fast die Hälfte der Teilnehmer noch nie auf eine andere STI als HIV getestet. Von den bereits getesteten waren 40% der letzten Tests in den letzten zwölf Monaten.

Da die PrEP erst nach der Umfrage in Österreich zu einem kostengünstigen Preis angeboten wurde, sind Aussagen hierzu nicht zu treffen. Lediglich 41 Männer nahmen zum Zeitpunkt der Umfrage die PrEP täglich ein. Wichtig ist daher bei der Präventionsarbeit von HIV-Infektionen Augenmerk auf die PrEP und U=U zu legen und diese weiterhin zu thematisieren. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer hatte schon von der PrEP gehört, Wissen über die Einnahme, Wirkung und Verfügbarkeit hatten

jedoch weniger Männer. Nur 1/3 würde die PrEP nehmen, wenn sie zu einem kostengünstigen Preis verfügbar wäre. Erklärbar ist dies mit den Angaben, dass lediglich 8,9% der Teilnehmer von einem Gesundheitsdienst oder einem Arzt/einer Ärztin auf die PrEP angesprochen wurde. Mehr als die Hälfte der Gespräche fanden in einem Gesundheitsamt, bei einer AIDS-Hilfe Österreich oder einem Checkpoint statt. Am wenigsten wurden Männer im allgemeinmedizinischen Bereich/hausärztliche Praxis auf die PrEP angesprochen.

Das Wissen über die PEP ist höher, speziell über die Wirkung. Mehr als die Hälfte ging davon aus, die PEP zu bekommen, wenn sie diese benötigen würde. Tatsächlich versucht an die PEP zu kommen haben 5% der Teilnehmer und die Hälfte davon hat diese auch bekommen, auch mehrfach. Bemerkenswert ist, dass 1/3 der Teilnehmer die PEP nicht erhalten hat.

Entgegen mancher Annahmen hatte nur jeder fünfte Teilnehmer innerhalb der letzten zwölf Monate sexuelle Erfahrungen in Kombination mit „Chems“ (Crystal Meth, Mephedron, GHB/GBL und Ketamin) gemacht. Bei 14 % der Männer dieser Gruppe fand kein sexueller Kontakt unbeeinflusst statt. Männer mit Chemsex-Erfahrungen innerhalb der letzten zwölf Monaten fanden sich hauptsächlich im städtischen Bereich. Vor allem in der Gruppe der HIV-Positiven beträgt dieser Anteil 50%.

Betrachtet man die 12-Monats-Prävalenzen der konsumierten Substanzen sticht Poppers stark hervor. Noch häufiger wurde Alkohol konsumiert (93,8 %). Mittel zur Erektionsförderung wurden von jedem fünften mindestens einmal genommen. Bei der Konsumform „*Slamming*“ (intravenöses Injizieren von Substanzen um high zu werden) haben nur 43 Männer angegeben in den letzten zwölf Monaten „*geslammt*“ zu haben, allerdings jeder dritte bis vierte mehr als zehnmal. Am häufigsten wurden Crystal Meth, gefolgt von Mephedron und Ketamin injiziert. Auch die Inanspruchnahme diverser Hilssysteme kam sehr selten vor: in den letzten zwölf Monaten vor der Umfrage haben 33 Männer Hilfe wegen des Konsums diverser Substanzen in Anspruch genommen.

Aus den Daten von EMIS-2017 geht hervor, dass MSM nach wie vor häufig Bedrohung, Beleidigung und Gewalt erfahren haben. Speziell verbale Beleidigungen kamen bei mehr als 50 % der Teilnehmer in den letzten zwölf Monaten vor. Physische Gewalt wurde an 11 % der Teilnehmer angewandt. Maßnahmen zum Abbau von Diskriminierung gegenüber MSM und Vermeidung von Übergriffen sind weiterhin notwendig. Zum Beispiel kann politische Arbeit zur Schaffung und Ausweitung entsprechender Gesetze hier hilfreich sein. Aber auch die Unterstützung von Organisationen, die auf schwule Männer spezialisiert sind, ist wichtig, um Diskriminierung und Misshandlung zu reduzieren.

Zusammengefasst ist die zielgruppenspezifische HIV- und STI-Prävention sehr wichtig und stellt eine Herausforderung dar. Es müssen entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden und eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Bedarfe von MSM stattfinden. Das Bewusstsein für HIV und STI sollte aber nicht nur in der Community der MSM vorhanden bleiben, in der Allgemeinbevölkerung ist eine stärkere Sensibilisierung von Nöten.

10. Referenzen

- Aids Hilfe Wien. (2018a). HIV-Statistik. Wien: Aids Hilfe Wien. Zugriff am 10.12.2018 unter: <http://www.aids.at/information/hiv-statistik/> Aids Hilfe Wien. (2018a). HIV-Statistik. Wien: Aids Hilfe Wien. Zugriff am 10.12.2018 unter: <http://www.aids.at/information/hiv-statistik/>
- Aids Hilfe Wien (2018b). Was ist HIV/AIDS? Wien: Aids Hilfe Wien. Zugriff am 20.11.2018 unter: <http://www.aids.at/wissen/was-ist-hiv aids/>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [BMGF], & Arrouas, M. (2017). Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016. Wien: BMGF. Zugriff am 06.12.2018 unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizidbericht2016_2017.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2017a). HIV-Transmission. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. Zugriff am 13.01.2017 unter: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2017b). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. Abgerufen am 07.12.2018 unter: <https://www.cdc.gov/std/stats16/default.htm>
- Deimel, D., Stöver, H., Hößelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N., & Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behavior among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13 (36), 1-11. Doi: 10.1186/s12954-016-0125-y
- Deutsche AIDS-Hilfe (2018). HIV-Test. Zugriff am 12.12.2018 unter: <https://www.aidshilfe.de/hiv-test>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2016). Communication strategies for the prevention of HIV, STI and hepatitis among MSM in Europe. Stockholm: ECDC. Zugriff am 19.11.2017 unter: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/Communication-strategy-prevention-HIV-STI-hepatitis-MSM.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2017). HIV/AIDS Surveillance in Europe 2017- 2016 data. Stockholm: ECDC. Zugriff am 14.05.2018 unter: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover%2Binner.pdf
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. *The Journal of the American Medical Association*, 252 (14), 1905-1907. doi: 10.1001/jama.1984.03350140051025
- Fendrich, M., Avci, O., Johnson, T. P., & Mackesy-Amiti, M. E. (2013). Depression, substance use and HIV risk in a probability sample of men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1715-1718. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.005>

- Hart, G. J., & Elford, J. (2010). Sexual risk behaviours of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges. *Current Opinion In Infectious Diseases*, 23, 39-44. doi: 10.1097/QCO.0b013e328334feb1
- Hermann, C. (2013). Soziale Unterstützung. In M. A. Wirtz (Ed.), *Dorsch Lexikon der Psychologie* (pp. 364): Verlag Hans Huber.
- Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. N. (2015). Social Support and Health. In K. Glanz, B. Rimer, K., & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior. Theory, Research, and Practice* (5th ed., pp. 183-204). San Francisco: Jossey-Bass.
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association [ILGA], & Carroll, A. (2016). *State Sponsored Homophobia 2016: A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition*. Geneva: ILGA. Zugriff am 13.01.2018 unter: http://ilga.org/downloads/02_ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2016_ENG_WEB_150516.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2014). *The Gap Report*. Geneva: UNAIDS. Zugriff am 17.11.2017 unter: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4 Psychosomatics. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
- Medizinische Universität Wien, Aberle, J., Aberle, S., Holzmann, H., Popow-Kraupp, T., & Puchhammer, E. (2018). *Virusepidemiologische Information Nr. 02/18*. Wien: Medizinische Universität Wien. Zugriff am 23.11.2018 unter: <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/fileadmin/virologie/files/Epidemiologie/2018/0218.pdf>
- Mustanski, B. S., Newcomb, M. E., Du Bois, S. N., Garcia, S. C., & Grov, C. (2011). HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk and Protective Factors, and Interventions. *The Journal of Sex Research*, 48(2-3), 218-253. doi: 10.1080/00224499.2011.558645
- Österreichischer Nationalrat (1971). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. BGBl. Nr. 273/1971, *Strafrechtsänderungsgesetz 1971*. Verlagspostamt: Wien. Abgerufen am 30.10.2018 unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1971_273_0/1971_273_0.pdf
- Österreichischer Nationalrat (2004). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. BGBl. Nr. 66/2004, *Gleichbehandlungsgesetz 2004*. Verlagspostamt: Wien. Abgerufen am 30.10.2018 unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2004_I_66/BGBLA_2004_I_66.pdfsig
- Österreichischer Nationalrat (2009). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. BGBl. Nr. 135/2009, *Eingetragene Partnerschaft-Gesetz (EPG)*. Verlagspostamt: Wien. Abgerufen am 30.10.2018 unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2009_I_135/BGBLA_2009_I_135.pdfsig

- Pew Research Center (2018). Being Christian in Western Europe. Erschienen am 29.05.2018. Abgerufen am 03.12.2018 unter: <http://www.pewforum.org/wp-content/uploads/sites/7/2018/05/Being-Christian-in-Western-Europe-FOR-WEB1.pdf>
- The EMIS Network. (2013). EMIS: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Zugriff am 10.11.2017 unter: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>
- The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Zugriff am 14.03.2021 unter: www.emis2017.eu
- Steffens, M., & Geisler, P. (2009). Folgen internalisierter Homonegativität. Fachtreffen des VLSP. Zugriff am 10.12. unter: https://www.vlsp.de/files/pdf/100823_wshomonegativitaet.pdf
- Sullivan, P. S., Carballo - Diéguez, A., Coates, T., Goodreau, S. M., McGowan, I., Sanders, E. J., ... , & Sanchez, J. (2012). Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. *The Lancet*, 380 (9839), 388 - 399. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60955-6
- Verfassungsgerichtshof Österreich (2002). Erkenntnis G6/02. Erschienen am 21.06.2002. Abgerufen am 30.10.2018 unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vfgh/JFT_09979379_02G00006_00/JFT_09979379_02G00006_00.pdf
- Peter Weatherburn, Ford Hickson, David S. Reid, Ulrich Marcus, Axel J. Schmidt. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2017): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy*, published online first 18 December 2019 (doi: 10.1007/s13178-019-00413-0).
- World Health Organization [WHO]. (2016). Progress Report 2016. Prevent HIV, Test and Treat All. Geneva: WHO Document Production Services. Zugriff am 19.11.2017 unter: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251713/1/WHO-HIV-2016.24-eng.pdf?ua=1>

11. Anhang A: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quellen der Rekrutierung in Österreich (N=2.705)	11
Abbildung 2: Herkunftswebsite und Alter (N=2.705).....	11
Abbildung 3: Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geburtsgeschlecht (N=2.705)13	
Abbildung 4: zugewiesenes Geburtsgeschlecht (N=2.705).....	13
Abbildung 5: sexuelle Anziehung (N=2.699).....	14
Abbildung 6: sexuelle Identität (N=2.703).....	14
Abbildung 7: Wissen des sozialen Umfelds über sexuelle Orientierung (N=2.679) ...	15
Abbildung 8: Altersverteilung der Stichprobe (N=2.705).....	16
Abbildung 9: Wohnort der Teilnehmer (N=2.488)	17
Abbildung 10: Bundesland der Teilnehmer (N=2.488)	18
Abbildung 11: Geburtskontinent (N=2.694).....	20
Abbildung 12: Geburtsland (N=2.694).....	20
Abbildung 13: Bildungsjahre nach dem 16. Lebensjahr (N=2.542).....	22
Abbildung 14: Beschäftigung (N=2.697)	23
Abbildung 15: Beschäftigung und Alter (N=2.697).....	23
Abbildung 16: Finanzielle Situation & Alter (N=2.697)	24
Abbildung 17: Finanzielle Situation & HIV-Status (N=2.697)	24
Abbildung 18: Beziehungsstatus (N=2.700).....	26
Abbildung 19: Beziehungslänge (N=1.359).....	26
Abbildung 20: Beziehungsstatus – fester Partner*in (N=1.107)	27
Abbildung 21: HIV-Status des/der Partners*in (N=891)	28
Abbildung 22: Transaktionaler Sex – wann hat man das letzte Mal bezahlt (N=2.632)	29
Abbildung 23: Transaktionaler Sex – wie oft hat man bezahlt (N=306)	29
Abbildung 24: Transaktionaler Sex – wann wurde man das letzte Mal bezahlt (N=2.632)	30
Abbildung 25: Transaktionaler Sex – wie oft wurde man bezahlt (N=99)	30
Abbildung 26: Angststörungen und Depression (N=2.670)	31
Abbildung 27: suizidale Gedanken (N=2.690)	32
Abbildung 28: sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit (N=2.641)	32
Abbildung 29: sexuelle Zufriedenheit und Unzufriedenheit und Selbstbezeichnung (N=2.639)	33

Abbildung 30: sexuelle Zufriedenheit und Coming Out (N=2.615)	33
Abbildung 31: Alkoholabhängigkeit (N=2.705).....	34
Abbildung 32: HIV-Diagnose (N=2.681)	35
Abbildung 33: Zeitpunkt der HIV-Diagnose (N=153)	35
Abbildung 34: Alter bei der HIV-Diagnose in Häufigkeiten. Achtung: Altersskala macht zwischen 50 und 60 Jahren einen Sprung. (N=153).....	36
Abbildung 35: Viruslast bei letzter Kontrolluntersuchung (N=195)	36
Abbildung 36: Chlamydien-, Gonorrhoe- und Syphilis-Diagnose (N=2.695, N=2.690, N=2.688)	37
Abbildung 37: Anal- und/oder Genitalwarzen-Diagnose (N=2.699)	38
Abbildung 38: Hepatitis C-Diagnose (N=2.698).....	38
Abbildung 39: Alter beim ersten Sex (N=2.639)	39
Abbildung 40: Alter beim ersten Analverkehr (N=2.639).....	40
Abbildung 41: Zeitpunkt des letzten Sex (N=2.695)	40
Abbildung 42: Zeitpunkt des letzten Analverkehrs (N=2.690).....	41
Abbildung 43: Sex mit festem Sexualpartner in den letzten 12 Monaten (N=2.693)..	42
Abbildung 44: Sex mit nicht-festem Sexualpartner in den letzten 12 Monaten (N=2.683)	43
Abbildung 45: Kondomnutzung nach HIV-Status (N=1.694)	44
Abbildung 46: Kondomloser Analverkehr mit HIV-positiven nicht-festen Partnern (N=893)	45
Abbildung 47: Sicherheit über nicht nachweisbare Viruslast der HIV-positiven Sexualpartner (N=174)	45
Abbildung 48: Kondomloser Analverkehr mit HIV-negativen nicht-festen Partnern (N=893)	46
Abbildung 49: Sicherheit über PrEP-Einnahme der HIV-negativen Sexualpartner (N=635)	46
Abbildung 50: Kondomloser Analverkehr mit nicht-festen Sexualpartnern mit unbekanntem HIV-Status (N=893).....	47
<i>Abbildung 51: Letzter Sex mit Frauen (N=2.698).....</i>	<i>48</i>
Abbildung 52: Anzahl der weiblichen Sexualpartnerinnen in den letzten 12 Monaten mit penetrierendem Verkehr (N=322).....	48
Abbildung 53: Häufigkeit der Kondomanwendung beim penetrierenden Verkehr mit weiblichen Sexualpartnerinnen in den letzten 12 Monaten (N=319).....	49

Abbildung 54: Häufigkeit des intravenösen Konsums in den letzten 12 Monaten (N=43).....	53
Abbildung 55: intravenös konsumierte Substanzen (N=43)	53
Abbildung 56: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen (N=2.279).....	55
Abbildung 57: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen nach Alter (N=2.279)	56
Abbildung 58: Häufigkeit von Sex unter Einfluss von Substanzen nach HIV-Status (N=2.279)	56
Abbildung 59: letzter nüchterner Sex (N=2.684)	57
Abbildung 60: Chemsex in den letzten 12 Monaten (N=2.667)	57
Abbildung 61: Teilnahme an Gruppen-Chemsex (N=2.667)	58
Abbildung 62: Orte des letzten Gruppen-Chemsex (N=155).....	58
Abbildung 63: Dauer des Gruppen-Chemsex (N=155)	59
Abbildung 64: Versuch die PEP zu bekommen (N=2.467)	60
Abbildung 65: PEP-Behandlung (N=127)	60
Abbildung 66: Versuch die PEP vor HIV-Diagnose zu bekommen (N=199).....	61
Abbildung 67: PEP-Behandlung vor der HIV-Diagnose (N=10).....	61
Abbildung 68: Versuch die PrEP zu bekommen (N=2.692).....	62
Abbildung 69: Ergebnis des letzten HIV-Tests (N=2.681)	64
Abbildung 70: HIV-Behandlung (N=225)	64
Abbildung 71: Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn (N=225) ...	65
Abbildung 72: Impfstatus Hepatitis A (N=2.691)	66
Abbildung 73: Impfstatus Hepatitis B (N=2.693)	66
Abbildung 74: wahrgenommene Gemeinschaft (N=1.350).....	67
Abbildung 75: wahrgenommene soziale Integration (N=1.351)	68
Abbildung 76: Homophobe Einschüchterungen und Gewalt (N=2.705).....	69
Abbildung 77: Selbsteinschätzung des Safer-Sexleben (N=2.701)	71
Abbildung 78: Selbstbestimmung über das Sexleben (N=2.688)	71
Abbildung 79: Letzter Analverkehr ohne Kondom, weil keines verfügbar in der Situation nach HIV-Status (N=2.671)	72
Abbildung 80: Letzter Analverkehr ohne Kondom, weil keines verfügbar in der Situation nach Alter (N=2.671)	73
Abbildung 81: Sorgen bezüglich des eigenen Substanzkonsum (N=1.408).....	75
Abbildung 82: Kenntnis von der PEP (N=2.659)	76

Abbildung 83: Wissen über PEP (N=2.694, N=2.684, N=2.684)	76
Abbildung 84: Zugang zur PEP (N=2.474)	77
Abbildung 85: Kenntnis von der PrEP (N=2.659)	78
Abbildung 86: Kenntnis über die PrEP (N=2.681, N=2.681, N=2.675)	79
Abbildung 87: Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP (N=2.467)	80
Abbildung 88: Einnahmewahrscheinlichkeit der PrEP nach Kondomnutzung bei nicht- festen Partnern (N=1.526)	80
Abbildung 89: Wissen über HIV (N=2.702, N=2.701, N=2.693)	81
Abbildung 90: Wissen über HIV-Testung und -Behandlung (N=2.700, N=2.699, N=2.693, N=2.699)	82
Abbildung 91: Wissen über U=U (N=2.699)	82
Abbildung 92: Kenntnis des eigenen HIV-Status (N=2.695)	83
Abbildung 93: Kenntnis des eigenen HIV-Status vs. bereits getestet (N=2.695)	83
Abbildung 94: Kenntnis von HIV-Testangeboten (N=574)	84
Abbildung 95: Zugang zu antiretroviraler Therapie (N=199)	84
Abbildung 96: Hepatitis A-Impfstatus (N=2.691)	86
Abbildung 97: Hepatitis B-Impfstatus (N=2.693)	86
Abbildung 98: Herkunft der Kondome in den letzten 12 Monaten. Mehrfachnennungen möglich. (N=2.697)	88
Abbildung 99: Konsultation eines Arztes/einer Ärztin oder einer Klinik wegen Substanzkonsum (N=2.691)	89
Abbildung 100: Konsultation einer Drogenselbsthilfegruppe oder Beratungsstelle wegen Substanzkonsum (N=2.691)	89
Abbildung 101: Konsultation einer Gesundheitsberatung wegen Alkoholkonsum (N=2.691)	90
Abbildung 102: PrEP-Beratung von Seiten der Gesundheitsdienste (N=2.684)	91
Abbildung 103: Orte der PrEP-Beratung (N=240)	91
Abbildung 104: Herkunft des PrEP-Rezepts (N=13, 1 Person hat bereits 2 Rezepte erhalten)	92
Abbildung 105: Letzte Wahrnehmung von Informationen zu HIV und STI (N=2.315)	93
Abbildung 106: wahrgenommene Informationen nach HIV-Status (N=2.301)	93
Abbildung 107: Zeitpunkt des letzten HIV-Test (N=2.695)	94
Abbildung 108: Zeitpunkt des letzten HIV-Test und Alter (N=2.478)	95
Abbildung 109: Ort des letzten HIV-Test (N=1.903)	96

Abbildung 110: Ort der HIV-Diagnose (N=200)	97
Abbildung 111: Zufriedenheit mit der Betreuung und Unterstützung nach der HIV-Diagnose (N=201)	98
Abbildung 112: Zeitpunkt der letzten HIV-Verlaufskontrolle (N=200)	98
Abbildung 113: Angebot einer Hepatitis-Impfung (N=2.687).....	99
Abbildung 114: STI-Testung (N=2.684)	100
Abbildung 115: Zeitpunkt der letzten STI-Testung (N=2.586).....	101
Abbildung 116: STI-Testung aufgrund von Symptomen (N=990)	101
Abbildung 117: Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter (N=1.000)	102
Abbildung 118: Art der Untersuchung auf STI bei der letzten Testung in den letzten 12 Monaten. Mehrfachnennungen möglich. (N=1.000).....	103
Abbildung 119: Partnerbenachrichtigung bei Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=81).....	104
Abbildung 120: Partner Notification bei Gonorrhoe-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N=106).....	104
Abbildung 121: Anzahl der Sexualpartner beim letzten sexuellen Kontakt (N=1.958)	105
Abbildung 122: Anzahl der Sexualpartner beim letzten sexuellen Kontakt nach HIV-Status (N=1.943).....	106
Abbildung 123: sexuelle Praktiken mit einem nicht-festem Partner oder mit einem nicht-festen Partner und dem festen-Partner (N=1.697).....	107
Abbildung 124: sexuelle Praktiken mit zwei nicht-festen Partnern (N=247)	107

12. Anhang B: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Migrationsgründe (N=634).....	21
Tabelle 2: Beziehungslänge (N=210).....	28
Tabelle 3: konsumierte Substanzen (N=2.705)	51
Tabelle 4: Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (N=2.705)	52
Tabelle 5: Herkunft des PrEP-Rezeptes (N=13)	62
Tabelle 6: Herkunft des PrEP-Tabletten (N=63).....	63
Tabelle 7: Gründe für unbehandelte HIV-Infektionen (N=6).....	85