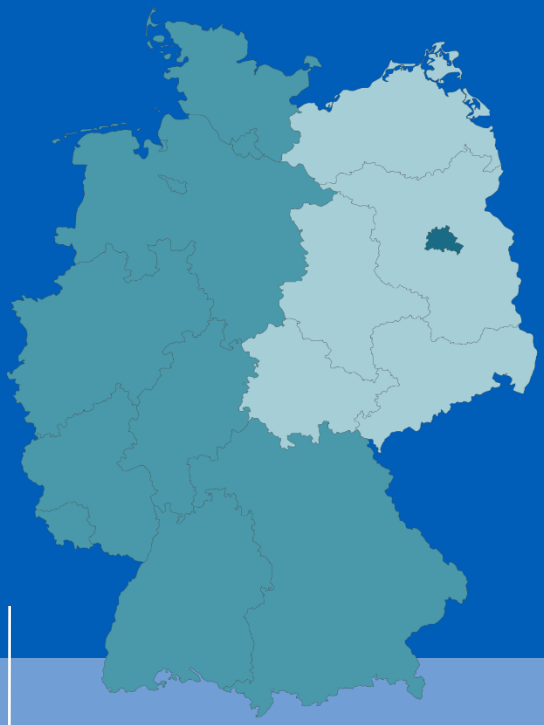
Deutsche Aidshilfe

Maastricht University

ROBERT KOCH INSTITUT



EUROPÄISCHER INTERNET-SURVEY FÜR MÄNNER,
DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN UND TRANS PERSONEN

Deutschland

EMIS2024
EUROPEAN
MEN-WHO-HAVE-SEX-WITH-MEN
AND TRANS PEOPLE
INTERNET SURVEY

Bundesministerium
für Gesundheit

Dieser Bericht und alle anderen EMIS-2024-Veröffentlichungen sind verfügbar unter: www.emis-project.eu.

Kontakt: coordinator@emis-project.eu

Empfohlene Zitierweise:
Schmidt AJ, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Aphami L, Casalini JL, Bereczky T, Lunchenkov N, Jonas KJ, Marcus U. *Europäischer Internet-Survey für Männer, die Sex mit Männern haben und trans Personen (EMIS-2024): Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institute & *Deutsche Aidshilfe*, 2026, DOI: 10.25646/14515

Alle Analysen wurden in **R v.4.5.2** (R Core Team, Wien, Österreich) [1] durchgeführt. Für die Datenverwaltung wurde das tidyverse-Framework [2] verwendet. Abbildungen und Karten wurden mit ggplot2 [3]. erstellt. Die reproduzierbare Berichterstattung, einschließlich der automatisierten Erstellung von Tabellen und Word-Dokumenten, wurde unter Verwendung von R Markdown [4], flextable [5], und officer [6] implementiert. Räumliche Analysen wurden, wo möglich, mit sf durchgeführt.

Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG, VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).

Titelbild: Geografische Verteilung des Poppers Konsums in den letzten vier Wochen nach Bundesland (EMIS-2024)

© Robert-Koch-Institut & *Deutsche Aidshilfe*, 2026**, v1.0 (doi.org/10.25646/14515)**

Beiträge

Die drei leitenden Forscher – **Kai J. Jonas**, **Ulrich Marcus** und **Axel J. Schmidt** – initiierten die dritte Welle von EMIS und leiteten die Konzeption und Umsetzung des Fragebogens.
Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer koordinierte die Fertigstellung von „EMIS-2024 Deutschland“, übersetzte den Bericht ins Deutsche und erstellte den ersten Entwurf der Zusammenfassung.
Liana Aphami verwaltete die Online-Fragebögen und die daraus resultierenden mehrsprachigen Datenbanken, leitete Datenbereinigung, -beschriftung, und -management, war Koautorin des Variablenhandbuchs [7], erstellte alle Tabellen, war mitverantwortlich für die Markdowns und leitete die Erarbeitung der Kapitel 2 und 6.
Tamás Bereczky koordinierte die Studie in 38 Ländern der westlichen WHO-Region Europa; verwaltete Verträge und Übersetzungen, leitete die Rekrutierung und Bekanntmachung der Studie – einschließlich der Rekrutierung durch G4E und ROMEO; übersetzte den Fragebogen ins Ungarische; war Koautor des Variablenhandbuchs [7] und koordinierte den ersten Community-Bericht zu EMIS-2024.
Jules L. Casalini war federführend bei der Durchführung der Trans-Teilstudie und die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit, unterstützte die Markdowns und leitete die die Erarbeitung von Kapitel 8.
Nikolay Lunchenkov koordinierte die Rekrutierung und Bekanntmachung der Studie in 12 Ländern der östlichen WHO-Region Europa, aktualisierte die russische Übersetzung des Fragebogens und unterstützte die Erstellung von Skripten für Abbildungen, ECDC-Indikatoren sowie die Markdowns für die Kapitel 4, 5 und 9.
Kai J. Jonas koordinierte die Einholung des Ethikvotums, und ist verantwortlich für alle Datenverträge und juristischen Belange im Zusammenhang mit EMIS-2024.
Ulrich Marcus war federführend für die Rekrutierung über Hornet und wirkte an der Rekrutierung über Grindr mit, unterstützte mehrere Übersetzungen des Fragebogens, sicherte die Finanzierung der Studiendurchführung in Deutschland und in zwölf Ländern der östlichen WHO Region Europa; fungierte als Hauptansprechpartner für das GHPP und das Bundesministerium für Gesundheit, und war federführend für die Kapitel 4 und 5 verantwortlich.
Axel J. Schmidt stellte die in Tabelle 2.1 des europäischen Berichts [8] dargestellten Bevölkerungsdaten zusammen und führte die erforderlichen Berechnungen durch, koordinierte die deutsche Übersetzung des Fragebogens, wirkte an Datenbereinigung und Datenmanagement mit, war Koautor des Variablenhandbuchs [7], koordinierte die R-Skripte und deren Architektur über die drei Kerninstitutionen hinweg, war hauptverantwortlich für die Markdowns, erstellte alle Karten, verfasste die Abschnitte 5.2.3 und 5.3.6, war federführend für die Kapitel 3, 7 und 9, fungierte als Hauptansprechpartner für das ECDC, überarbeitete und finalisierte die Zusammenfassung grundlegend und finalisierte den Bericht.

Konsortium und Durchführung von EMIS-2024

EMIS-2024 wurde von einem Konsortium aus drei Partnern durchgeführt: der Deutschen Aidshilfe (DAH), der Universität Maastricht und dem Robert-Koch-Institut (RKI).

Team DAH: Dr. Axel J. Schmidt (Ko-Leitung der Studie), Dr. Tamás Bereczky (Koordinator EWR/CH/IL; 2023–2025), Jules L. Casalini (Koordinator EWR/CH/IL; 2026), mit Unterstützung von Dr. Dirk Sander, Alexandra Gurinova, und Silke Klumb.

Team Maastricht: Prof. Dr. Kai J. Jonas (Ko-Leitung der Studie), Liana Aphami (Datenkoordinator), Jules L. Casalini (Koordinator der Teilstudie zu trans und nicht-binären Personen).

Team RKI: Dr. Ulrich Marcus (Ko-Leitung der Studie), Dr. Nikolay Lunchenkov (Koordinator EECA), Dr. Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer.

EMIS-2024 wurde von einem großen Konsortium aus Geldgebern und Kooperationspartnern unterstützt, wie im Folgenden näher beschrieben wird. EMIS-2024 wurde als breit angelegtes Kooperationsprojekt konzipiert, bei dem großer Wert auf die Einbeziehung von Organisationen und Vertretungen der betroffenen Communitys in die Studienkonzeption und Rekrutierung gelegt wurde. In jeder Phase des Prozesses wurde das EMIS-Netzwerk einbezogen, wobei auf dessen kollektives Wissen und dessen Bedarfe zurückgegriffen wurde.

Neben der Erhebung von Daten zu MSM verfolgte EMIS-2024 das Ziel, trans und nicht-binäre Personen stärker einzubeziehen, Forschungskapazitäten aufzubauen, Wissen über Onlinestudien weiterzugeben, Datensätze in ressourcenärmeren Ländern zu generieren, den Dialog zwischen Community, Wissenschaft und Öffentlichen Gesundheitswesen zu fördern und den pädagogischen Nutzen der Teilnahme an der Studie zu maximieren.

Ein wesentlicher Vorteil von EMIS-2024 war die Verfügbarkeit des Fragebogens in allen Amtssprachen des EWR, was für Länder mit einem hohen Anteil an Menschen, die selbst aus Süd-, Ost- oder Südosteuropa migriert sind, von entscheidender Bedeutung ist. Aus demselben Grund haben wir den Fragebogen auch auf Arabisch angeboten, da Arabisch seit 2014 die häufigste Sprache unter Menschen ist, die als Geflüchtete nach Europea gekommen sind.

Danksagung

Unser aufrichtiger Dank gilt allen Studienteilnehmenden – denn jede ihrer Stimmen zählt! Ein besonderer Dank gilt unseren NGO-Partnern, die maßgeblich zur Rekrutierung beigetragen haben – indem sie die Studie über ihre Plattformen und Social-Media-Kanäle beworben und EMIS-Banner auf ihren Websites platziert haben. Ein besonderer Dank gilt Steph Niaupari von „*Grindr for Equality*“ für die entscheidende Unterstützung bei der Rekrutierung durch kostenlose Nachrichten auf Grindr. Dies trug maßgeblich zum Erfolg von EMIS-2024.

Unser herzlicher Dank gilt Dirk Sander, Alexandra Gurinova, Holger Sweers und Silke Klumb (Deutsche Aidshilfe); Marc Eggenberger, Florian Vock und Vinicio Albani (Aids-Hilfe Schweiz); Stefan Enggist (Bundesamt für Gesundheit); Binod Mahanty (Bundesministerium für Gesundheit); Julia del Amo Valero (spanisches Gesundheitsministerium). Unser Dank gilt Cinta Folch (CEEISCAT), Lorenzo Gios (Universität Verona), Ahmed Awadalla, Iwona Waver, Aramazd Ghalamkaryan, Inola Shugliashvili und Aliya Zhakupova für die Übersetzung des Fragebogens ins Spanische, Italienische, Arabische, Polnische, Armenische, Georgische bzw. Kasachische; Haoyi Wang (Universität Maastricht) für die Unterstützung bei der Erstellung von R-Skripten sowie Arturo de la Cruz Libardi (LSHTM) für seine wertvolle Unterstützung bei der Erstellung von Karten in R.

Die folgende Liste enthält alle EMIS-2024-Partner nach Ländern geordnet. Einzelpersonen werden aufgeführt, wenn ein Freiberufler als Hauptansprechpartner fungierte oder an der Entwicklung des Fragebogens mitgewirkt hat, ohne eine Organisation offiziell zu vertreten. Die Reihenfolge ist wie folgt: Haupt-NGO-Partner, weitere NGO-Partner, akademische Partner, staatliche Partner, Einzelpersonen.

Europa: *Grindr for Equality*, Grindr, ROMEO, Hornet, *Aids Action Europe*, *European AIDS Treatment Group*, *Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity, South Eastern Europe Regional TB and HIV Community Network*.

AL: *Albanian Association of PLWHA*. **AM:** *New Generation Humanitarian NGO*. **AT:** Aids Hilfe Wien. **BA:** *Partnerships in Health*. **BE:** Sensoa, Exaequo, Sciensano. **BG:** GLAS *Foundation*. **CH:** Aids-Hilfe Schweiz, Bundesamt für Gesundheit. **CY:** *AIDS Solidarity Movement*, Christos Krasidis. **CZ:** *Česká společnost AIDS pomoc*. **DE:** Deutsche Aidshilfe, Robert-Koch-Institut, IWWIT. **DK:** *Statens Serum Institut*, Dr. Susan Cowan, Dr. Maria Wessmann. **EE:** *Estonia National Institute for Health Development,* Dr. Kristi Rüütel, Dr. Sigrid Vorobjov. **ES:** SEISIDA, STOPSIDA, CEEISCAT, *Ministerio de Sanidad*. **FI:** *Positiiviset ry*. **GE:** *Equality Movement*. **GR:** *Positive Voice*. **HR:** Iskorak, Zoran Dominković. **HU:** Háttér *Society*. **IE:** *EMIS-2024 Ireland Promotion Sub-Committee*, *Health Service Executive*, Mick Quinlan. **IL:** *Israel AIDS Task Force*, *Ministry of Health*, Prof. Zohar Mor. **IT:** *Fondazione LILA Milano ONLUS, University of Verona*. **KZ:** *Global Health Research Center of Central Asia* (GHRCCA), *Human Health Institute, Public Fund "Community Friends"*. **LT:** Demetra, *National Public Health Center*. **LV:** AGIHAS. **LU:** *Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale*. **MD:** GENDERDOC-M *Information Centre*. **ME:** Cazas – *Montenegrin Association against AIDS*. **MK:** *Stronger Together (Association for Support of People Living with HIV*, Zaedno Posilni). **MT:** HIV Malta, *Infectious Disease Prevention and Control Unit*. **NL:** SOAids, Universität Maastricht, RIVM; **NO:** *Helseutvalget*, Universität Tromsø –*The Arctic University of Norway,* Volksgesundheitsinstitut (FHI), Prof. Rigmor C. Berg. **PL:** *Fundacja Edukacji Społecznej*, Iwona Wawer; **PT:** GAT Portugal*, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto*, *Portuguese Directorate-General of Health*. **RO:** ARAS, Tudor Kovacs. **RS:** TOC – *Association for the Development of Sustainable Communities; Institute of Public Health of Serbia*, Sladjana Baros. **SE:** RFSL, *Folkhålsomyndigheten*. **SI:** LEGEBITRA, ŠKUC. **SK:** Pride Kosice. **TR:** Sami Sarper Yazıcılaroğlu. **UA:** *Alliance for Public Health, Alliance Global*. **XK:** *LGBTI Equal Rights Association for Western Balkans and Turkey*. **Sonstiges:** *Sigma Research (London School of Hygiene & Tropical Medicine)*

Finanzierung von EMIS-2024

Wir sind all unseren Geldgebern für ihre finanziellen Beiträge und ihre anhaltende Unterstützung zutiefst dankbar.

Die Finanzierungsstruktur für EMIS-2024 wurde zwischen März 2022 und August 2023 in Zusammenarbeit mit den Durchführungspartnern – der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), der Universität Maastricht und dem Robert-Koch-Institut (RKI) – entwickelt. Die folgenden Organisationen haben EMIS-2024 finanziell unterstützt:

Bundesministerium für Gesundheit, **DE**) / Global Health Protection Programme (GHPP, **DE**); *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC, **EU**); Aids-Hilfe Schweiz, Bundesamt für Gesundheit (**CH**); Gesundheitsbehörde, Ministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit (**LU**); *Helsedirektoratet* (**NO**); *Folkhälsomyndigheten*, **SE**); Sciensano (*Institut Scientifique de Santé Publique*, **BE**); Estnisches Sozialministerium, **EE**); Health Service Executive (**IE**); *Direção-Geral da Saúde* (**PT**); Spanisches Gesundheitsministerium (*Ministerio de Sanidad*, **ES**); Central Health Department, Isrealisches Gesundheitsministerium (משרד הבריאות, **IL**); *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu* (RIVM) */ SOAids Nederland* (**NL**).

Die Finanzierung der Durchführung der Studie in Deutschland erfolgte durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und wurde an das RKI und die DAH übertragen. Die Datenerhebung im Westbalkan sowie in osteuropäischen und zentralasiatischen Ländern (mit Ausnahme von Belarus und Russland) wurde durch das Global Health Protection Programme (GHPP) seitens des BMG an das RKI unterstützt.

Alle weiteren finanziellen Beiträge und vertraglichen Vereinbarungen basierten auf einer Standardvertragsvorlage mit geringfügigen Anpassungen, um den spezifischen Bedarfen und Kapazitäten der einzelnen Partner Rechnung zu tragen.

Abkürzungen

Tabelle 1.1 Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
AFAB	*Assigned female at birth* / weibliches Geburtsgeschlecht
AMAB	*Assigned male at birth* / männliches Geburtsgeschlecht
CBVCT	*Community based voluntary counselling and testing*
cis non-gb MSM	*cisgender* MSM die sich als schwul or bisexual identifizieren
cis gbMSM	*cisgender* MSM die sich *nicht* als schwul or bisexual identifizieren
DAH	Deutsche Aidshilfe / *German AIDS Federation*
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ECOM	*Eurasian Coalition on Health, Rights, Gender and Sexual Diversity*
EECA	*Eastern Europe and Central Asia* / Osteuropa und Zentralasien
EMIS	Europäischer MSM Internet Survey
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum (engl.: EEA)
G4E	*Grindr for Equality*
GHPP	*Global Health Protection Programme*
HIV	Humanes Immunoschwäche Virus
LGBT	Lesbisch, gay/schwul, bisexual, trans
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NGO	*Non-governmental organisation*
PWID	*People who inject drugs* / Menschen die Drogen injizieren
RKI	Robert-Koch-Institut
SEE RCN	*South Eastern Europe Regional TB and HIV Community Network*
STI	Sexuell übertragene Infektion
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

Beiträge 3
Konsortium und Durchführung von EMIS-2024 4
Danksagung 4
Finanzierung von EMIS-2024 6
Abkürzungen 7

Kapitel 1: Einleitung 16
Literatur 18

Kapitel 2: Studiendesign und Methodik 19
2.1 Übersicht 19
2.2 Erstellung des Fragebogens 20
2.2.1 Aufbau des Fragebogens 22
2.3 Übersetzungen 23
2.4 Rekrutierung 24
2.5 Rücklauf und Nichterfüllung der Einschlusskriterien 26
2.6 Statistische Methoden 27
Literatur 28

Kapitel 3: Demografie 29
3.1 Geburtsgeschlecht und aktuelle Geschlechtsidentität 31
3.2 Alter 31
3.3 Bundesland und Wohnortgröße 32
3.4 Migrationsgeschichte 33
3.5 Bildung, Erwerbsstatus und finanzielle Situation 36
3.6 Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität und „Outness“ 38
3.7 Feste Partnerschaften 41
3.8 Transaktionaler Sex 42
3.9 Regionale Unterschiede in der Demografie 43
Literatur 45

Kapitel 4: Morbiditäten 46

4.1 Psychische Probleme 47

4.1.1 Angstzustände/Depressionen (PHQ-4) 47

4.1.2 Suizidgedanken 48

4.1.3 Sexuelle (Un)zufriedenheit 50

4.1.4 Alkoholabhängigkeit (CAGE4) 51

4.2 HIV und sexuell übertragene Infektionen 53

4.2.1 Prävalenz und Inzidenz von HIV-Diagnosen 53

4.2.2 Nachweisbare HIV-Viruslast 55

4.2.3 Letzte Diagnose von Syphilis, Gonorrhö und Chlamydieninfektion 56

4.2.4 Erstdiagnosen von Feigwarzen 60

4.2.5 Mpox 61

4.2.6 Virushepatitis 63

4.3 Regionale Unterschiede bei Morbiditäten 65

Literatur 68

Kapitel 5: Schutz- und Risikoverhalten 69

5.1 Einnahme von HIV-Medikamenten bei Befragten mit HIV 70

5.2 HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) und HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) .. 71

5.2.1 Inanspruchnahme von PEP 71

5.2.2 Inanspruchnahme von PrEP 71

5.2.3 Antibiotische STI-Prophylaxe („Doxy-PEP“) 73

5.3 Sexuelle Aktivität 75

5.3.1 Alter bei der ersten sexuellen Erfahrung mit einem Mann 77

5.3.2 Letzter Sex und Geschlechts-/ Analverkehr mit festen und nicht-festen Partnern 78

5.3.3 Feste und nicht-feste Partner in den letzten 12 Monaten 78

5.3.3.1 Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten 80

5.3.3.2 Zeitpunkt des letzten Sex mit festen und nicht-festen Partnern 81

5.3.4 Risikoreduktion beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern 82

5.3.5 Einnahme antiretroviraler Medikamente zur Verhinderung einer HIV-Übertragung beim Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern 82

5.3.6 Nutzung von Kondomen beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern 83

5.3.7 Weitere Strategien zur Risikoreduktion beim kondomlosen Anal- (oder Vaginal-) verkehr mit nicht-festen Partnern 87

5.4 Letzter Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner 90
5.4.1 Zahl der beteiligten Sexualpartner 91
5.4.2 Frühere sexuelle Kontakte mit dem Partner bzw. den Partnern 91
5.4.3 Orte des ersten Kennenlernens der Partner 92
5.4.4 Orte sexueller Kontakte 94
5.4.5 Kommunikation und Risikoreduktion vor und während des sexuellen Kontakts . 95
5.4.6 Mögliche Widersprüche in den Angaben 98
5.5 Sexualpraktiken mit nicht-festen Partnern 99
5.6 Sex mit Frauen 100
5.7 Drogenkonsum 101
5.7.1 Konsum legaler Substanzen 101
5.7.2 Drogenkonstum 102
5.8 Injizierender Drogenkonsum 105
5.8.1 Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums 105
5.8.2 Häufigkeit der Injektionen 106
5.8.3 Injizierte Drogen 107
5.8.4 Gemeinsame Nutzung von Injektionsutensilien 107
5.9 Kombination von Sex und Drogen 108
5.9.1 Sex unter Substanzeinfluss 108
5.9.2 Zeitpunkt des letzten nüchternen Sex und Chemsex 109
5.9.3 Merkmale von Chemsex 111
5.10 Regionale Unterschiede bei Schutz- und Risikoverhalten 113
Literatur 116

Kapitel 6: Bedarfe 117
6.1 Ungedeckte Bedarfe in Bezug auf das Gesundheitsverhalten 118
6.1.1 Stigma und Diskriminierung 118
6.1.2 Homonegative Übergriffe und Angst im öffentlichen Raum 120
6.1.3 Verinnerlichte Homonegativität 123
6.1.4 Stressfaktoren innerhalb der Community 126
6.2 Ungedeckte Bedarfe für Safer Sex 130
6.2.1 Selbstwirksamkeit: so sicher wie gewünscht und „Nein“ sagen können 130
6.2.2 Wissen zur Übertragung von HIV und sexuell übertragenen Infektionen 130
6.3 Ungedeckte Bedarfe für sichereren Substanzkonsum 132

6.4 Ungedeckte Bedarfe bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe ... 133
6.4.1 PrEP unbekannt ... 133
6.4.2 Wissen über PrEP ... 133
6.4.3 Vertrauen auf U=U oder „PrEP-Surfing“ (Verlassen auf die PrEP des Partners) ... 137
6.5 Ungedeckte Bedarfe bei HIV-Testung und -Behandlung ... 138
6.5.1 Wissen zu HIV-Testung und -Behandlung ... 138
6.5.2 Fehlendes Wissen über HIV-Testangebote ... 141
6.5.3 Präferenzen bei HIV-Tests ... 141
6.6 Ungedeckte Bedarfe bei Impfungen gegen Hepatitis A/B, HPV und Mpox ... 143
6.6.1 Wissen über Hepatitis A und B, HPV und Mpox ... 143
6.6.2 Unkenntnis, wo Impfungen gegen Hepatitis A/B oder Mpox erhältlich sind ... 147
6.6.3 Schutzmaßnahmen im Falle von Mpox-Ausbrüchen ... 148
6.7 Regionale Unterschiede bei Bedarfen ... 149
Literatur ... 153

Kapitel 7: Interventionen ... 154

7.1 Aufklärungsangebote zu HIV und STI ... 155
7.1.1 IWWIT ... 157
7.2 Impfinterventionen ... 160
7.2.1 Angebote zur Hepatitis-Impfung ... 160
7.2.2 Impfung gegen Hepatitis A und B ... 160
7.2.3 HPV-Impfung ... 163
7.2.4 Mpox-Impfung ... 166
7.3 Schutzinterventionen: Zugang zu Kondomen ... 168
7.4 Schutzinterventionen: HIV-PrEP-Angebote ... 168
7.4.1 Gesprächsangebote für MSM, trans und nicht-binäre Personen zur PrEP ... 168
7.4.2 Ärztliche Konsultationen vor der Anwendung von PrEP ... 169
7.4.3 Woher werden PrEP-Tabletten bezogen? ... 169
7.4.4 Unfreiwillige Unterbrechungen der PrEP ... 170
7.4.5 Einsatz von Antibiotika zur Vorbeugung bestimmter STI ... 171
7.5 Testinterventionen: HIV-Testangebote ... 172
7.5.1 Angebot und Inanspruchnahme von HIV-Tests ... 172
7.5.2 Orte der HIV-Testung und -Diagnose ... 173
7.5.3 Akzeptanz der Betreuung nach einem HIV-Test ... 176

7.6 Testinterventionen: STI-Testangebote 177
7.6.1 Kenntnis der sexuellen Orientierung durch die Untersuchenden 177
7.6.2 Inanspruchnahme von STI-Tests 178
7.6.3 Inanspruchnahme von Hepatitis-C-Tests 180
7.6.4 Bestandteile der STI-Testung 181
7.6.4.1 Untersuchung auf sexuell übertragene Infektionen im Genitalbereich 181
7.6.4.2 Analabstrich 182
7.6.4.3 Körperliche Untersuchung von Genitalien und Anus 185
7.6.5 Partnerbenachtigung bei diagnostizierter Gonorrhö 186
7.7 Behandlungsinterventionen 187
7.7.1 Behandlung von sexuell übertragenen Infektionen 187
7.7.2 Behandlung von Hepatitis B und C 187
7.7.3 HIV-Monitoring und -Behandlung: Versorgungskaskade 188
7.7.4 Zeitpunkt des Beginns der ART 189
7.7.5 Unfreiwillige Unterbrechung der antiretroviralen Therapie (ART) 190
7.8 Angebote bei Alkohol- und Drogenkonsum 191
7.9 Regionale Unterschiede bei Interventionen 192
Literatur 195

Kapitel 8: Trans-Community 198
8.1 Demografie 199
8.1.1 Transgender-Gruppen 200
8.1.2 Alter 201
8.1.3 Migrationsgeschichte 201
8.1.4 Bildung 203
8.1.5 Finanzielle Situation 204
8.1.6 Sexuelle Orientierung 205
8.1.7 Partnerschaftsstatus 205
8.1.8 Transaktionaler Sex 206
8.1.9 Passing 207
8.2 Morbiditäten 208
8.2.1 Psychische Gesundheit 208
8.2.2 Diagnose von HIV, anderen STI, und Virushepatitis 212
8.3 Schutz- und Risikoverhalten 214

8.3.1 Einnahme von HIV-Medikamenten bei trans und nicht-binären Befragten mit HIV 214
8.3.2 Inanspruchnahme von PrEP (HIV-Präexpositionsprophylaxe) 215
8.3.3 Inanspruchnahme von PEP (HIV-Postexpositionsprophylaxe) 215
8.3.4 Sexualpraktiken mit nicht-festen Partnern 216
8.3.5 Substanzkonsum bei trans und nicht-binären Befragten 218
8.3.6 Kombination von Sex und Drogen bei trans und nicht-binären Befragten 223
8.4 Bedarfe 227
8.4.1 Transnegative Stigmatisierung und Diskriminierung 227
8.4.2 Transnegative Übergriffe und Angst im öffentlichen Raum 230
8.4.3 Verinnerlichte Transnegativität 232
8.4.4 Stressfaktoren innerhalb der Community 233
8.4.5 Wissen über PrEP 236
8.4.6 Sexuelle Zurückweisung 238
8.5 Interventionen 238
8.5.1 Geschlechtsangleichende Hormontherapie 238
8.5.2 Aufklärungsangebote zu HIV und STI 241
8.5.3 Schutzinterventionen: HIV-PrEP-Angebote 242
8.5.4 Testinterventionen: HIV- und STI-Testangebote 242
Literatur 247

Kapitel 9: Gesundheitliche Ungleichheiten 249

9.1 Altersbedingte gesundheitliche Ungleichheiten 251
9.1.1 Alter und Morbiditäten 251
9.1.2 Alter und Verhalten 252
9.1.3 Alter und Bedarfe 253
9.1.4 Alter und Interventionen 254

9.2 Gesundheitliche Ungleichheiten nach sexueller und Geschlechtsidentität 255
9.2.1 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Morbiditäten 255
9.2.2 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Verhalten 256
9.2.3 Sexuelle und Geschlechtidentität und Bedarfe 257
9.2.4 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Interventionen 258

9.3 „*Outness*“ – Offenheit im Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung – und gesundheitliche Ungleichheiten 259

9.3.1 „Outness” und Morbiditäten 259

9.3.2 „Outness“ und Verhalten 260

9.3.3 „Outness“ und Bedarfe 260

9.3.4 „Outness“ und Interventionen 261

9.4 Gesundheitliche Ungleichheiten nach Beziehungsstatus 262

9.4.1 Beziehungsstatus und Morbiditäten 262

9.4.2 Beziehungsstatus und Verhalten 263

9.4.3 Beziehungsstatus und Bedarfe 263

9.4.4 Beziehungsstatus und Interventionen 264

9.5 Gesundheitliche Ungleichheiten und Migration 265

9.5.1 Migration und Morbiditäten 265

9.5.2 Migration und Verhalten 266

9.5.3 Migration und Bedarfe 266

9.5.4 Migration und Interventionen 268

9.6 Gesundheitliche Ungleichheiten und HIV-Diagnose 269

9.6.1 HIV-Diagnose und Morbiditäten 269

9.6.2 HIV-Diagnose und Verhalten 270

9.6.3 HIV-Diagnose und Bedarfe 270

9.6.4 HIV-Diagnose und Interventionen 271

9.7 Gesundheitliche Ungleichheiten und Sexarbeit 272

9.7.1 Sexarbeit und Morbiditäten 272

9.7.2 Sexarbeit und Verhalten 273

9.7.3 Sexarbeit und Bedarfe 274

9.7.4 Sexarbeit und Interventionen 275

9.8 Gesundheitl. Ungleichh. u. injizierender Drogenkonsum 276

9.8.1 Injizierender Drogenkonsum und Morbiditäten 276

9.8.2 Injizierender Drogenkonsum und Verhalten 277

9.8.3 Injizierender Drogenkonsum und Bedarfe 278

9.8.4 Injizierender Drogenkonsum und Interventionen 279

Literatur 279

Kapitel 10: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen 280

10.1 Rekrutierung und Demografie 282

10.2 Morbiditäten 284

10.3 Schutz- und Risikoverhalten 285

10.4 Ungedeckte Präventionsbedarfe 288

10.5 Interventionen 291

10.6 Schlussfolgerungen 293

Kapitel 1: Einleitung

Der Europäische MSM-Internetsurvey (EMIS) ist eine länderübergreifende, mehrsprachige und anonyme Online-Befragung, die sich an sexuelle Minderheiten richtet, die einem erhöhten Risiko für HIV und sexuell übertragene Infektionen ausgesetzt sind. Dazu zählen in erster Linie – aber nicht ausschließlich – Männer, die Sex mit Männern haben (MSM, cis- und transgender), aber auch trans Frauen und nicht-binäre Personen, die Sex mit Männern haben. EMIS liefert Daten zur Unterstützung der Planung, Überwachung und Bewertung von Maßnahmen im Bereich HIV und sexuelle Gesundheit in ganz Europa [9].

EMIS ist ein Kooperationsprojekt, an dem Partner aus der Zivilgesellschaft, der Wissenschaft und Regierungseinrichtungen in ganz Europa beteiligt sind und das darauf abzielt, Maßnahmen zur sexuellen Gesundheit für MSM zu unterstützen. Es wurde 2010 und 2017 mit Kernfinanzierung aus dem Gesundheitsprogramm der Europäischen Union durchgeführt. EMIS-2024 wurde durch die Kernfinanzierung des Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und 12 nationalen staatlichen Partnern ermöglicht.

EMIS-2024 umfasst 50 Länder in der Europäischen Region der WHO, darunter Deutschland. Die Studie war in der ersten Hälfte des Jahres 2024 *online* in 35 Sprachen gleichzeitig verfügbar. EMIS-2024 zählt hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Länder, Sprachen, Befragten und Kooperationspartner zu den bislang größten länderübergreifenden Erhebungen unter Männern, die Sex mit Männern haben. Eine zentrale Stärke von EMIS-2024 ist sein harmonisiertes Design, das einen direkten Vergleich der Indikatoren zur sexuellen Gesundheit zwischen den Ländern ermöglicht. Die Verwendung eines gemeinsamen Fragebogens, eines einheitlichen Rekrutierungsansatzes und die gleichzeitige Durchführung in mehreren Sprachen bieten eine seltene Gelegenheit, geografische Unterschiede bei Morbiditäten, Verhaltensweisen, ungedeckten Bedarfen sowie beim Zugang zu und der Wirksamkeit von Interventionen in ganz Europa und darüber hinaus zu untersuchen. Eine zentrale methodische Herausforderung bestand darin, die konzeptionelle Äquivalenz der Erhebung über Sprachen und kulturelle Kontexte hinweg sicherzustellen. Damit konnte gewährleistet werden, dass die Befragungsinhalte sprachübergreifend dieselben zugrunde liegenden Konstrukte erfassen. EMIS hat eine umfangreiche Sammlung wissenschaftlicher Publikationen hervorgebracht und zu bedeutenden internationalen Monitoringinitiativen beigetragen, darunter der WHO-Atlas zu Schlüsselpopulationen. Seine Instrumente und Indikatoren [7] wurden in anderen Erhebungen übernommen oder angepasst und trugen so zur Harmonisierung der Überwachung der sexuellen Gesundheit bei MSM bei. Die Daten wurden außerdem für die Entwicklung von Schätzungen zur Größe und geografischen Verteilung der MSM-Population genutzt. Dies schließt regionale Unterschiede in der Bevölkerungsdichte von MSM innerhalb einzelner Länder ein. Als groß angelegte internetbasierte Befragung mit nichtprobabilistischer Rekrutierung ist EMIS-2024 nicht darauf ausgerichtet, national repräsentative Schätzwerte zu liefern. Ziel ist vielmehr, Muster, Unterschiede und gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Populationen und Kontexten zu identifizieren.

Die wiederholte Durchführung von EMIS ermöglicht es, zeitliche Entwicklungen zentraler Indikatoren über mehrere Erhebungswellen hinweg zu untersuchen. Entsprechende Analysen erfordern jedoch eine angemessene Adjustierung für Veränderungen in der Zusammensetzung der Stichproben und werden im vorliegenden Bericht nicht dargestellt. Siehe hierzu auch den **Hinweis zur Vergleichbarkeit** in **Kapitel 3** (Demografie).

EMIS-2024 hat das Ziel, Unterschiede in den sexuellen Gesundheitsbedarfen verschiedener Gruppen von Männern sowie trans und nicht-binärer Personen, die Sex mit Männern haben, zu beschreiben. Darüber hinaus sollen die relativen Ausprägungen verschiedener Morbiditätsindikatoren (**Kapitel 4**), des Risiko- und Schutzverhaltens (**Kapitel 5**), der ungedeckten Präventionsbedarfe (**Kapitel 6**) sowie des Zugangs zu und der Leistungsfähigkeit von Interventionen (**Kapitel 7**) in Europa und Deutschland geschätzt werden. Diese Studienziele entsprechen dem Aufbau der Befragung und bestimmen zugleich die inhaltliche Struktur des Berichts.

Der nationale EMIS-2024-Bericht für Deutschland enthält erstmals ein eigenes Kapitel zu trans und nicht-binären Personen, die Sex mit Männern haben (**Kapitel 8**). Ein weiteres Kapitel untersucht gesundheitliche Ungleichheiten in verschiedenen relevanten Teilgruppen (**Kapitel 9**).

Darüber hinaus behandelt EMIS-2024 einige Themenbereiche, die in früheren Erhebungsrunden nicht berücksichtigt wurden. Dazu gehören neu aufgetretene Infektionen wie Mpox und neuere Präventionsstrategien wie Doxy-PEP.

Detaillierte Beschreibungen sämtlicher Variablen einschließlich der Fragebogenführung und Filterführung finden sich im **EMIS-2024-Variablenhandbuch** [Z].

Literatur

1. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.R-project.org/

2. Wickham H, Averick M, Bryan J, Chang W, McGowan LD, François R, *et al.* Welcome to the tidyverse. *Journal of Open Source Software*. 2019;4(43):1686.

3. Wickham H. ggplot2: *Elegant Graphics for Data Analysis*. New York: Springer-Verlag; 2016 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://ggplot2.tidyverse.org

4. Allaire JJ, Xie Y, Dervieux C, McPherson J, Luraschi J, Ushey K, *et al. rmarkdown: Dynamic Documents for R*. 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://github.com/rstudio/rmarkdown

5. Gohel D. *flextable: Functions for Tabular Reporting*. 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://cran.r-project.org/package=flextable

6. Gohel D. *officer: Manipulation of Microsoft Word and PowerPoint Documents*. 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://cran.r-project.org/package=officer

7. Aphami L, Bereczky T, Casalini JL, Schmidt AJ. *EMIS-2024 Variable Manual.* Deutsche Aidshilfe, Maastricht University; 2025. Available from: https://www.emis-project.eu/questionnaires-2024/

8. The EMIS Network. *EMIS-2024 – the European Men-Who-Have-Sex-With-Men and Trans People Internet Survey. Key findings from 50 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2026. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2024

9. Aphami L, Bereczky T, Casalini JL, Lunchenkov N, Marcus U, Jonas KJ, Schmidt AJ. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2024): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy*. 2026; Available from: https://DOI.org/10.1007/s13178-026-01288-8

Kapitel 2: Studiendesign und Methodik

Das Studiendesign und die Methodik werden im EMIS-2024-Methodenpapier [1] ausführlich beschrieben.

2.1 Übersicht

Fragebogengestaltung —Der Fragebogen baut auf den Grundlagen einer früheren Version der Erhebung (EMIS-2017) auf. Die Kernfragen und Variablen von EMIS sind von 2010 über 2017 bis hin zu 2024 unverändert geblieben. Im Rahmen von EMIS-2024 wurde eine Teilstudie entwickelt, die speziell auf die Bedarfe von trans und nicht-binären Personen zugeschnitten ist. Diese Teilstudie war das Ergebnis von Änderungen an den ursprünglichen EMIS-Fragebögen aus den Jahren 2010 und 2017, wobei die Formulierungen und die Terminologie angepasst wurden, um alle trans Personen einzubeziehen. Darüber hinaus wurden mehrere transspezifische Fragen hinzugefügt, um Erfahrungen zu identifizieren, die für die Trans-Community einzigartig sind.

Endgültiger Inhalt des Fragebogens — die endgültige Version enthielt:

- **Demografie**: 28 Punkte, die unveränderbare Eigenschaften von Menschen beschreiben
- **Morbiditäten**: 17 Punkte zum Gesundheitszustand, die verbessert werden können
- **Verhaltensweisen**: 85 Punkte, die sich auf Verhaltensweisen beziehen, welche den oben genannten Gesundheitszustand unmittelbar beeinflussen können
- **Bedarfe**: 23 einzelne Punkte oder übergeordnete Kategorien, die sich auf Faktoren wie Chancen, Fähigkeiten und Motivationen beziehen, die das Verhalten der Teilnehmenden beeinflussen können
- **Interventionen**: 45 Punkte oder Punktgruppen zu externen Handlungen und Faktoren auf Dienstleistungsebene, die die oben genannten Bedarfe beeinflussen

Aus diesen Elementen konnten wir Folgendes erstellen:

- 35 ECDC-Indikatoren

Übersetzung und Online-Aufbereitung — Nach der Übersetzung aus dem Englischen und der Überprüfung durch die Partner wurden die Online-Versionen auf strukturelle Konsistenz geprüft. Die nationalen Partner bestätigten, dass die Terminologie ihren Vorstellungen von der für die Zielgruppe in ihrem Land geltenden Norm entsprach, überprüften den endgültigen Fragebogen und genehmigten ihre Sprachversion(en). Der Fragebogen war in 35 Sprachen verfügbar.

Online-Rekrutierung — Die Online-Rekrutierung erfolgte je nach Region nach unterschiedlichen Zeitplänen und Strategien. Die Befragung war sechs Monate lang *online* zugänglich, vom 22. Dezember 2023 bis zum 30. Juni 2024. Die Länderverantwortlichen koordinierten die nationale Werbung, einschließlich der Anzahl, des Umfangs und der Spezifikationen der Werbematerialien. Das Kernteam beauftragte Werbeanzeigen über Dating-Plattformen.

Finale Stichprobe — Die Auswertungen und Darstellungen in diesem Bericht basieren auf 10 592 Befragten, darunter 575 Personen, deren bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht von ihrer angegebenen Geschlechtsidentität abweicht (einschließlich nicht-binärer Geschlechtsidentität). Von diesen 575 Personen identifizierten sich 423 (74 %) als Teil der Trans-Community identifiziert und leben in Deutschland.

Dauer der Befragung — Die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug 30 Minuten.

Länderspezifische Ergebnisse — In den **Kapiteln 3–7** werden die wichtigsten Ergebnisse am Ende jedes Kapitels in Tabellen nach Wohnortregionen dargestellt, wobei die Regionen und weiteren Städte alphabetisch geordnet sind. Wesentliche Unterschiede zwischen den Bewohnern bestimmter Regionen werden zudem im gesamten Bericht anhand von Karten veranschaulicht. Die Genehmigung durch die Ethikkommission für Psychologie und Neurowissenschaften der Universität Maastricht (Aktenzeichen ERCPN-OZL_262_08_01_2023_S26) wurde am 30. Oktober 2023 erteilt.

2.2 Erstellung des Fragebogens

Das vorrangige Ziel dieser Studie bestand darin, EMIS sieben Jahre nach der Durchführung von EMIS-2017 [2] erneut durchzuführen; EMIS-2017 wiederum war eine Wiederholung von EMIS-2010 [3]. Aufbauend auf den für EMIS-2017 geschaffenen Grundlagen sollte der EMIS-2024-Fragebogen zentrale Daten für die Planung und das Monitoring von Maßnahmen zu HIV, STI und Virushepatitiden liefern. Die Kernfragen und -variablen von EMIS wurden über die drei Erhebungswellen 2010, 2017 und 2024 hinweg weitgehend beibehalten. Der Fokus der Befragung blieb auf den spezifischen Bedarfen von MSM bestehen. Anstatt EMIS zu einer allgemeinen Gesundheitsbefragung auszuweiten, wurde der Gegenstandsbereich der ursprünglichen Studie gezielt erweitert, um veränderten Entwicklungen und neu entstandenen Bedarfen Rechnung zu tragen. Dies betraf insbesondere trans Personen, die im Bereich der sexuellen Gesundheit häufig mit spezifischen Herausforderungen und Ungleichheiten konfrontiert sind. Ziel war es, ihre Bedarfe und Erfahrungen besser zu erfassen.

Eine wesentliche Einschränkung der traditionellen HIV-Surveillance besteht darin, dass trans Personen häufig gemeinsam mit MSM ausgewertet werden, wodurch ihre spezifischen Vulnerabilitäten verdeckt werden können. Um dem entgegenzuwirken, sollten die Daten von trans Personen und MSM getrennt ausgewertet und innerhalb der Gruppe der trans Personen zusätzlich nach weiblichem bzw. männlichem Geburtsgeschlecht differenziert werden.

Hierzu wurden Filter eingesetzt, sodass den Teilnehmenden abhängig von ihren vorherigen Antworten jeweils auf sie zugeschnittene Fragen angezeigt wurden. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass die erhobenen Daten sowohl relevant waren als auch individuellen Erfahrungen angemessen Rechnung trugen. Übergeordnetes Ziel der Studie war es, Daten für die Planung wirksamer Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von HIV und STI bereitzustellen. Dazu wurden die Prävalenz und Verteilung HIV- und STI-bezogener Erkrankungen untersucht, damit verbundene Risiko- und Schutzverhaltensweisen erfasst sowie spezifische Präventionsbedarfe und erforderliche Maßnahmen identifiziert. Um sexuelle Gesundheit umfassend abzubilden, wurde ein integrierter Ansatz gewählt, der die Zusammenhänge zwischen HIV und STI, Substanzkonsum und psychischer Gesundheit berücksichtigt. Dieser Ansatz entspricht auch der Arbeit unserer Kooperationspartner, die sich mit diesen drei Gesundheitsbereichen befassen. Aufbauend auf EMIS-2017 wurde eine konzeptionelle Übersicht für den EMIS-2024-Fragebogen entwickelt.

EMIS-2024 umfasste eine Teilstudie, die speziell auf die Bedarfe trans und nicht-binärer Personen zugeschnitten war. Hierfür wurden die EMIS-Fragebögen von 2010 und 2017 überarbeitet: Formulierungen und Terminologie wurden an unterschiedliche anatomische Gegebenheiten von trans Personen angepasst und um trans-spezifische Fragen ergänzt. Diese sollten insbesondere Erfahrungen erfassen, die im bisherigen EMIS-Fragebogen nicht oder nur unzureichend berücksichtigt worden waren.

Eine weitere Herausforderung bei der Fragebogengestaltung bestand darin, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen thematischer Breite und Messgenauigkeit zu finden: Viele Konzepte wurden mit einzelnen Fragen erfasst, während eine kleinere Zahl mithilfe mehrerer Items differenzierter erhoben wurde. Seit der ersten Erhebung im Jahr 2010 hat der kollaborative Entwicklungsprozess von EMIS zu einer großen thematischen Bandbreite geführt, in der sich die unterschiedlichen Prioritäten der beteiligten Akteure widerspiegeln.

Bei ereignisbezogenen Verhaltensweisen wurde ein sog. *Recency-Format* verwendet, bei dem die Teilnehmenden gefragt wurden: *„Wann haben Sie das letzte Mal X getan?“*, wobei ihnen eine Reihe von zunehmend längeren Zeitintervallen zur Auswahl gestellt wurde. Dieser Ansatz liefert Aufschluss über die Verteilung und Häufigkeit von Aktivitäten in der Bevölkerung. Außerdem ermöglicht er es den Nutzern von EMIS-Daten, Indikatoren abzuleiten, die auf die in anderen Erhebungen verwendeten Bezugszeiträume abgestimmt sind (z. B. Verhaltensweisen in den letzten 6 Monaten im Vergleich zu den letzten 12 Monaten).

Um den Befragungsaufwand zu reduzieren, enthielten einige Fragen zum Zeitpunkt des letzten Auftretens keine Antwortoption *„Nie“*. Stattdessen wurde zunächst eine binäre Filterfrage gestellt (z. B. *„Haben Sie X jemals gemacht?“*). Antworten mit *„Nein“* wurden anschließend als *„Nie“* kodiert.

Der endgültige Fragebogen ermöglicht die Erstellung von **35** ECDC-Indikatoren [4] zu HIV, sexuell übertragenen Infektionen und Virus-Hepatitis Bei MSM. Wir haben gemeinsam mit dem ECDC festgelegt, welche Indikatoren anhand der EMIS-2024-Variablen erstellt werden können.

Der endgültige Fragebogen erfasste **321** verschiedene Datenpunkte von den Befragten; er wurde jedoch, wo immer möglich, mit Fragefiltern (Routing) angepasst (beispielsweise wurden nur Teilnehmende mit einem festen Partner gefragt, wie lange sie bereits in einer Beziehung waren). Der endgültige englischsprachige Fragebogen bildete die Grundlage für den EMIS-2024-Ethikantrag. Die Studie erhielt am 30. Oktober 2023 eine positive Stellungnahme der Ethikkommission für Psychologie und Neurowissenschaften der Universität Maastricht (Referenz ERCPN-OZL_262_08_01_2023).

2.2.1 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen ist in mehrere Hauptabschnitte unterteilt, um verschiedene Themen zu behandeln, wie in **Abbildung 2.1** dargestellt.

Abbildung 2.1 Abschnitte des Fragebogens



Der Inhalt des endgültigen Fragebogens wurde in fünf konzeptionelle Ebenen gegliedert. **Abbildung 2.2** bietet einen visuellen Überblick über diese Ebenen.

Demografie

28 beschreibende Merkmale, die Menschen charakterisieren, die wir nicht zu verändern versuchen; alle diese Merkmale werden in **Kapitel 3** und in **Abschnitt 8.1** (speziell für die vier Transgender-Gruppen) beschrieben.

Morbiditäten

17 Punkte, die sich auf Gesundheitsergebnisse beziehen, die wir verbessern wollen; diese werden alle in **Kapitel 4** und in **Abschnitt 8.2** (speziell für die vier Transgender-Gruppen) beschrieben.

Verhalten

85 Punkte, die sich auf Verhaltensweisen beziehen, welche die oben genannten Gesundheitsergebnisse unmittelbar beeinflussen; alle diese Punkte werden in **Kapitel 5** und in **Abschnitt 8.3** (speziell für die vier Transgender-Gruppen) beschrieben.

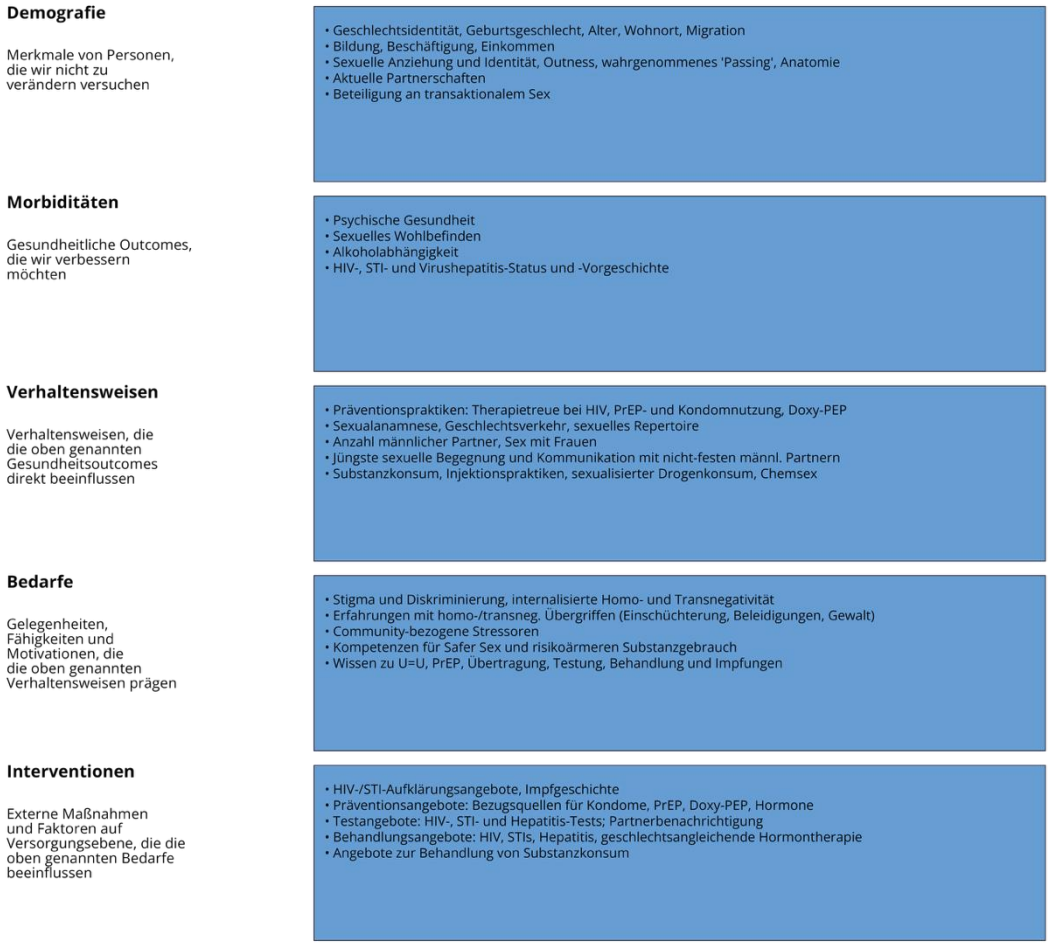
Bedarfe

23 Variablen oder Gruppen von bedarfbezogenen Variablen, die sich auf die Chancen, Fähigkeiten und Motivationen beziehen, welche das oben beschriebene Verhalten prägen; diese werden alle in **Kapitel 6** und in **Abschnitt 8.4** (speziell für die vier Transgender-Gruppen) beschrieben.

Interventionen

45 Punkte oder Punktgruppen zu externen Einflüssen und Faktoren auf Serviceebene, die die oben genannten Bedarfe beeinflussen; diese werden alle in **Kapitel 7** und in **Abschnitt 8.5** (speziell für die vier Transgender-Gruppen) beschrieben.

Abbildung 2.2 Konzeptionelle Ebenen des Fragebogens



2.3 Übersetzungen

Partnerschaften innerhalb des EMIS-Netzwerks erleichterten den Übersetzungsprozess. Übersetzern aus den 33 Kernländern (mit Ausnahme des Vereinigten Königreichs und Irlands) wurden Vergütungsoptionen angeboten, doch nur einige nahmen die Vergütung an. Nationale Partner überprüften die übersetzten Versionen auf Konsistenz bei der Fragenabfolge, und das Studienteam stellte sicher, dass die Daten in allen Sprachen in einem identischen Format gespeichert wurden.

Letztendlich war der Fragebogen in 35 Sprachen verfügbar: Albanisch, Arabisch, Armenisch, Aserbaidschanisch, Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch, Bulgarisch, Tschechisch, Dänisch, Niederländisch, Englisch, Estnisch, Finnisch, Französisch, Georgisch, Deutsch, Griechisch, Hebräisch, Ungarisch, Italienisch, Kasachisch, Lettisch, Litauisch, Mazedonisch, Maltesisch, Norwegisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Schwedisch, Türkisch und Ukrainisch, womit alle Amtssprachen der Europäischen Union mit Ausnahme des irischen Gälisch abgedeckt waren.

2.4 Rekrutierung

Prinzipien der Rekrutierung

Die EMIS-2024 Befragung wurde auf folgenden Plattformen beworben:

(1) Websites von unterstützenden Organisationen (nationale/transnationale, öffentliche/kommerzielle/NGOs, HIV-/LGBT-Organisationen usw.),

(2) Soziale Medien (wie Facebook, Instagram, LinkedIn),

(3) auf MSM ausgerichtete Smartphone-Dating-Apps und Webanwendungen (z. B. Grindr, Hornet, ROMEO).

In ganz Deutschland wurden 42 % der Teilnehmenden über Grindr und Grindr for Equality rekrutiert, 38 % über ROMEO. Welche Dating-App bei der Rekrutierung von Befragten für EMIS-2024 am effektivsten war, variierte je nach Land erheblich [1].

Werbematerialien

Die visuelle Identität und die Werbematerialien von EMIS-2024, einschließlich des deutschen Kampagnenslogans visual identity and promotional materials, including the campaign slogan *"Mach's groß! Deine Stimme zählt!"*, werden in der Publikation „*EMIS-2024. Design and Methods*" [1] ausführlich beschrieben. Die Materialien wurden, wo dies angemessen war, für die lokale Verwendung angepasst und übersetzt. Beispile für die in Deutschland verwendeten Werbematerialien sind nachfolgend dargestellt.





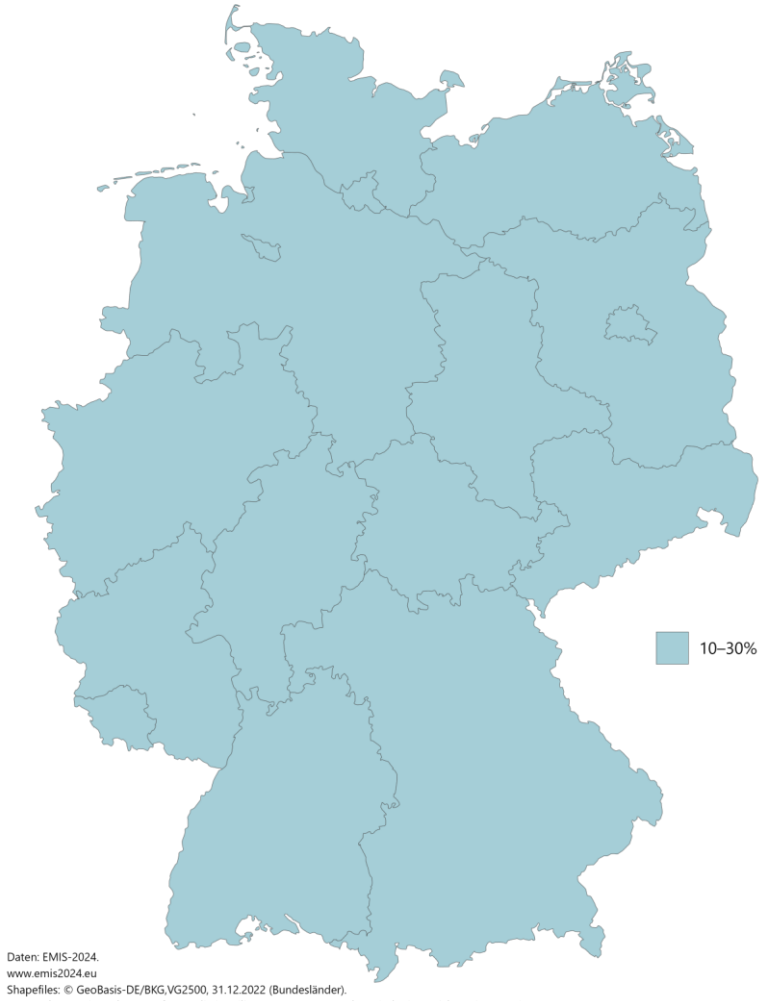


Rekrutierung durch Nichtregierungsorganisationen

Der Beitrag von NGOs zur Rekrutierung der Studienteilnehmenden unterschied sich erheblich zwischen den europäischen Ländern und in unterschiedlichem Ausmaß auch zwischen den Regionen innerhalb der Länder. In Deutschland wurden 20 % der Befragten über Nichtregierungsorganisationen (NGOs) rekrutiert, wobei die Anteile zwischen den Bundesländern um etwa ±5 Prozentpunkte variierten. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind auf der Karte (**Karte 2.1**) nicht erkennbar, da die Kategorien für den europaweitern Vergleich festgelegt wurden (das gilt für alle Karten in diesem Bericht!) und alle Bundesländer in den Bereich von 10–30 % fallen.

Die Rekrutierung über NGOs erfolgte in Deutschland hauptsächlich über die nationale Kampagne zur Förderung der sexuellen Gesundheit von MSM „*Ich weiß, was ich tu*“ (IWWIT, siehe auch **Abschnitt 7.1.1**). Im Vergleich zu anderen Ländern, die sich finanziell an der Studie beteiligten, war der Anteil der über NGOs rekrutierten Befragten in Deutschland eher gering.

Karte 2.1: Anteil der durch NGOs rekrutierten Teilnehmenden (*vs.* Dating-Apps)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

2.5 Rücklauf und Nichterfüllung der Einschlusskriterien

Die Studie stand allen teilnahmeberechtigten Personen offen, während diejenigen, die die Kriterien (basierend auf Land und Geschlechtsidentität) nicht erfüllten, aufgefordert wurden, entweder fortzufahren oder die Befragung zu beenden. Alle Befragten, die nicht die Einschlusskriterien erfüllten und dennoch weitergemacht hatten, wurden später bei der Datenbereinigung ausgeschlossen.

Der Prozess der Datenbereinigung umfasste vier wesentliche Schritte:

(1) Umgang mit fehlenden Daten

- Ausschluss von Fragebögen mit weniger als 95 % Vollständigkeit
- Entfernung doppelter Einreichungen
- Ausschluss von Teilnehmenden, die keine Einwilligung erteilt hatten
- Ausschluss von Einträgen, bei denen erforderliche Angaben zu Geschlechtsidentität, Geburtsgeschlecht oder Alter fehlten.

(2) Ausschluss nicht teilnahmeberechtigter Befragter

- Cis-Frauen
- Personen außerhalb der festgelegten Länder
- Männer, trans, nicht-binäre Personen ohne sexuelles Interesse an Männern
- Personen unter 16 Jahren.

(3) Ausschluss von Befragten mit widersprüchlichen Antworten

(4) Bewertung der Beantwortungsdauer (in Sekunden), um ungewöhnlich kurze Bearbeitungszeiten zu identifizieren, die auf minderwertige oder unechte Antworten hindeuten könnten

Insgesamt **16 703** Einreichungen, davon: **5183** erfüllten die Filter-Schwelle von 95 % nicht;

verbleibend: **11 520** Fälle, darunter **keine** Duplikate;

verbleibend: **11 520** Fälle mit erteilter Einwilligung, davon wiesen **122** fehlende Daten in Pflichtfeldern auf (Geschlechtsidentität, Geburtsgeschlecht, Alter);

verbleibend: **11 398** Fälle mit vollständigen Pflichtangaben, darunter **2** cis Frauen;

verbleibend: **11 396** Fälle mit geeignetem Geschlecht, darunter **14** ohne sexuelle Erfahrungen mit bzw. sexuelle Anziehung zu Männern;

verbleibend: **11 382** Fälle mit homosexuellem Begehren und/oder Erfahrungen, darunter **4** unterhalb der erforderlichen Altersschwelle;

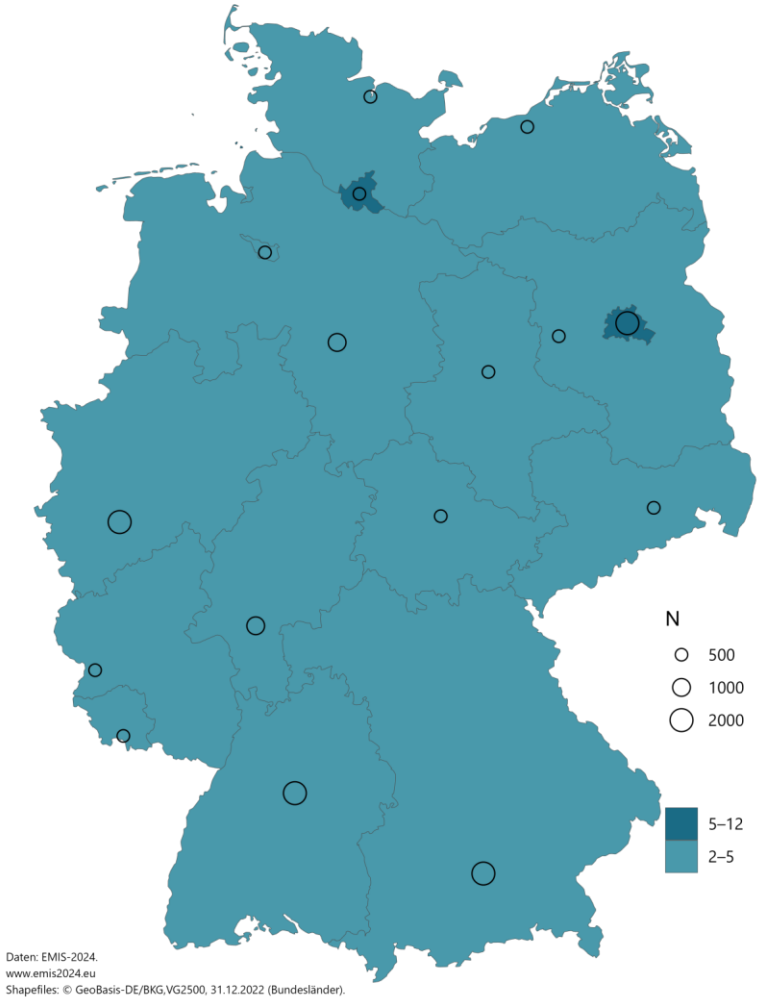
verbleibend: **11 378** qualifizierte Fälle, darunter **784** mit widersprechenden Angaben;

verbleibend: **10 594** Fälle ohne widersprechende Angaben, darunter **2**, die pro Frage durchschnittlich weniger als drei Sekunden benötigten;

verbleibend: **10 592** abschließend qualifizierte Fälle.

Karte 2.2 zeigt die Anzahl der in die Stichprobe aufgenommenen Befragten und die Brutto-Rekrutierungsrate in ganz Deutschland. Die Rekrutierungsraten wurden berechnet, indem die Anzahl der in die Stichprobe aufgenommenen Fälle durch die geschätzte männliche Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren dividiert wurde. Besonders hoch waren die Rekrutierungsraten in Berlin und Hamburg.

Karte 2.2: Anzahl der Befragten und Rekrutierungsrate pro 10 000 Männer im Alter 15–64, nach Bundesland



2.6 Statistische Methoden

In diesem Bericht verfolgen wir bei der Darstellung der Daten einen eher deskriptiven Ansatz ohne statistische Analysen. **Dabei ist zu beachten, dass es aufgrund von Rundungen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Text und der Tabelle kommen kann.**

Jeder Abschnitt in den **Kapiteln 3** bis **8** beschreibt die gestellten Fragen und enthält die eingegangenen Antworten. Konfidenzintervalle auf der Grundlage des Stichprobenfehlers wurden nicht berechnet, da EMIS eine nicht-probabilistische Stichprobe

verwendet. Um die Lesbarkeit des Berichts zu verbessern, werden bei Prozentangaben keine Dezimalstellen verwendet (Ausnahme: **Kapitel 9**), es sei denn, der Wert liegt unter 2 %.

In **Kapitel 9** werden die Antworten auf zentrale demografische Fragen mit anderen Indikatoren kreuzverknüpft. Das vorrangige Ziel besteht darin, die Indikatoren für relevante Untergruppen bereitzustellen. Da es sich um eine Nicht-probabilistische Stichprobe handelt, haben wir die Wahrscheinlichkeiten, dass die beobachteten Unterschiede zufällig sind, nicht berechnet. Wir haben keine unbereinigten Zusammenhänge (z. B. Odds Ratios, Risikoverhältnisse) zwischen den demografischen Zielgruppen und den Indikatoren angegeben, da diese aus den Daten in den Tabellen berechnet werden können. Wir haben keine bereinigten Zusammenhänge zwischen den demografischen Zielgruppen und den Indikatoren angegeben (d. h. unter Berücksichtigung der Zugehörigkeit zu den anderen demografischen Zielgruppen), da wir keine Fragen zur Kausalität dieser Zusammenhänge stellen, sondern die Werte der zahlreichen Indikatoren in den vielfältigen Zielgruppen beschreiben.

In den Tabellen zu den regionalen Unterschieden weisen Zahlen in runden Klammern ( ) darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (n < 100), während Zahlen in eckigen Klammern [ ] darauf hinweisen, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (n < 20).

Literatur

1. Aphami L, Bereczky T, Casalini JL, Lunchenkov N, Marcus U, Jonas KJ, Schmidt AJ. European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2024): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy*. 2026; Available from: https://DOI.org/10.1007/s13178-026-01288-8

2. The EMIS Network. *EMIS-2010 – the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2010

3. 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 (ECDC); 2019 [cited 2026 Aug 17]. Report No.: ISBN 978-92-9498-341-1. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2017

4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Dublin Declaration Monitoring 2024*. Stockholm: ECDC; 2024 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2024DDSurvey-EN_Final_2024FEB07.pdf

Kapitel 3: Demografie

Die in diesem Kapitel dargestellten Variablen beziehen sich auf Merkmale der Befragten in Deutschland und ihrer Lebenssituation, die durch Programme zur Prävention von HIV und STI sowie zur Gesundheitsförderung nicht verändert werden können beziehungsweise in der Regel nicht verändert werden sollen. Mit anderen Worten: Bei diesen Fragen gibt es keine „bevorzugte“ Antwort, wenngleich einige Programme Zielvorgaben in Bezug auf diese Merkmale verfolgen können, beispielsweise die Verringerung gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Sexarbeit.

Aus Sicht der Förderung der sexuellen Gesundheit umfassen die in den **Kapiteln 3** bis **7** beschriebenen Populationen alle Personengruppen, die zur Teilnahme an EMIS-2024 eingeladen waren: sexuelle Minderheiten mit einem erhöhten Risiko für HIV und andere sexuell übertragene Infektionen. Dazu gehören in erster Linie, aber nicht ausschließlich, cisgeschlechtliche und trans Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie trans Frauen und nicht-binäre Menschen, die Sex mit Männern haben.

Kapitel 8 enthält einen detaillierten Vergleich der vier Transgender-Gruppen. **Kapitel 9** beschreibt, wie sich Morbidität, Risiko- und Schutzverhalten, ungedeckte Gesundheitsförderungsbedarfe sowie Erfahrungen mit Interventionen nach diesen Merkmalen unterscheiden. Unterschiede in der Verteilung dieser Merkmale nach Wohnort werden in **Abschnitt 3.9** dargestellt.

Hinweis zur Vergleichbarkeit

Wie in allen EMIS-Erhebungswellen basiert auch dieser Bericht auf den Daten aller Personen, die zur Teilnahme an der Befragung eingeladen waren und daran teilgenommen haben. An EMIS-2010 nahmen in Deutschland sowohl trans Frauen (0,3 %) als auch trans Männer (0,2 %) teil. Zu EMIS-2017 waren nur trans Männer eingeladen; in Deutschland identifizierten sich 0,7 % als trans Männer und 0,6 % gaben an, dass ihnen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen worden war. In beiden Erhebungswellen wurden für diese Gruppen einfache Filterführungen im Fragebogen verwendet; eine gezielte Bewerbung der Befragung unter trans oder nicht-binären Personen fand jedoch nicht statt.

EMIS-2024 umfasste erstmals umfangreich angepasste Fragebogenpfade sowohl für cisgeschlechtliche MSM als auch für trans und nicht-binäre Personen und wurde gezielt unter diesen Gruppen beworben. Die deutsche EMIS-2024-Stichprobe umfasst 0,5 % trans Frauen, 2 % trans MSM und 0,9 % nicht-binäre Personen, denen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde (AFAB). Wir sind der Auffassung, dass die angepassten Fragebogenpfade den Veränderungen der für EMIS relevanten Populationen Rechnung tragen, was jedoch auch Herausforderungen für die Vergleichbarkeit mit sich bringt. Insbesondere in kleineren Ländern oder bei regionalen Analysen können Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung von cisgeschlechtlichen MSM und trans Personen die berichteten Ergebnisse verzerren.

Eine weitere mögliche Verzerrung aufgrund der Stichprobenzusammensetzung betrifft das Alter. Beim Vergleich der deutschen EMIS-Daten über die Zeit ist zu berücksichtigen, dass EMIS nicht für direkte Längsschnittvergleiche konzipiert wurde. Die Bereitschaft zur Teilnahme an großen Befragungen ist im Laufe der Zeit zurückgegangen; zugleich ist das mediane Alter der Befragten in vielen Ländern gestiegen. Dies könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass Personen, die bereits an früheren EMIS-Erhebungen teilgenommen haben, auch mit zunehmendem Alter weiterhin an der Befragung teilnehmen. In Deutschland lag das mediane Alter 2010 bei 33 Jahren, 2017 bei 39 Jahren und 2024 bei 43 Jahren.

Diese Aspekte müssen bei der Betrachtung und Interpretation von Unterschieden zwischen Ländern sowie von zeitlichen Entwicklungen über die verschiedenen EMIS-Erhebungswellen hinweg berücksichtigt werden. In einzelnen Ländern oder Regionen können die beschriebenen Verzerrungen kaum vorhanden oder aber besonders ausgeprägt sein. Der Anteil trans und nicht-binärer Befragter (einschließlich Befragter, denen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde) war in Bremen besonders hoch: Sie stellten dort 11 der insgesamt 89 Befragten. Welche Indikatoren hiervon besonders betroffen sind, ist in **Kapitel 9.2** dargestellt (**Gesundheitliche Ungleichheiten nach sexueller und Geschlechtsidentität).**

Insgesamt gehen wir davon aus, dass die Ergebnisse die aktuelle gesundheitliche Situation, Bedarfe und Verhaltensweisen sowie die Reichweite und Inanspruchnahme von Interventionen in diesen Populationen angemessen abbilden.

3.1 Geburtsgeschlecht und aktuelle Geschlechtsidentität

Die Erfassung der Geschlechtsidentität und des Geburtsgeschlechts waren Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie (daher gibt es für diese Variablen keine fehlenden Daten). Alle Teilnehmenden wurden gefragt: „*Was ist Ihre Geschlechtsidentität?*“, wobei ihnen die Antwortmöglichkeiten „*Mann*“, „*Frau*“ und „*nicht-binär*“ angeboten wurden, gefolgt von einer Frage zum Geburtsgeschlecht („*Welches Geschlecht wurde Ihnen bei Geburt zugewiesen?*“) mit den Optionen „*männlich*“ oder „*weiblich*“). Von den 10 592 Befragten in der endgültigen deutschen Stichprobe waren fast alle cisgeschlechtliche Männer (94,6 %; n = 10 017), gefolgt von nicht-binären Personen (2,9 %; n = 312).

Tabelle 3.1 zeigt die Zusammenhänge zwischen den Antworten auf diese beiden Fragen; jeder angegebene Anteil entspricht dem Anteil der Gesamtstichprobe, der in die jeweilige Kategorie fällt. In **Abschnitt 3.9** ist der Anteil der Befragten mit weiblichem Geburtsgeschlecht nach Bundesländern und Städten dargestellt.

Tabelle 3.1 Aktuelle Geschlechtsidentität nach Geburtsgeschlecht (N = 10 592)

Geschlechtsidentität nach Geburtsgeschlecht	N	% mit männlichem Geburtsgeschlecht	% mit weiblichem Geburtsgeschlecht	% aller Befragten
Mann	10 229	94,6	2,0	96,6
Frau	51	0,5	0,0	0,5
Nicht-binär*	312	2,1	0,9	3,0
Gesamt	**10 592**	**97,0**	**3,0**	**100,0**

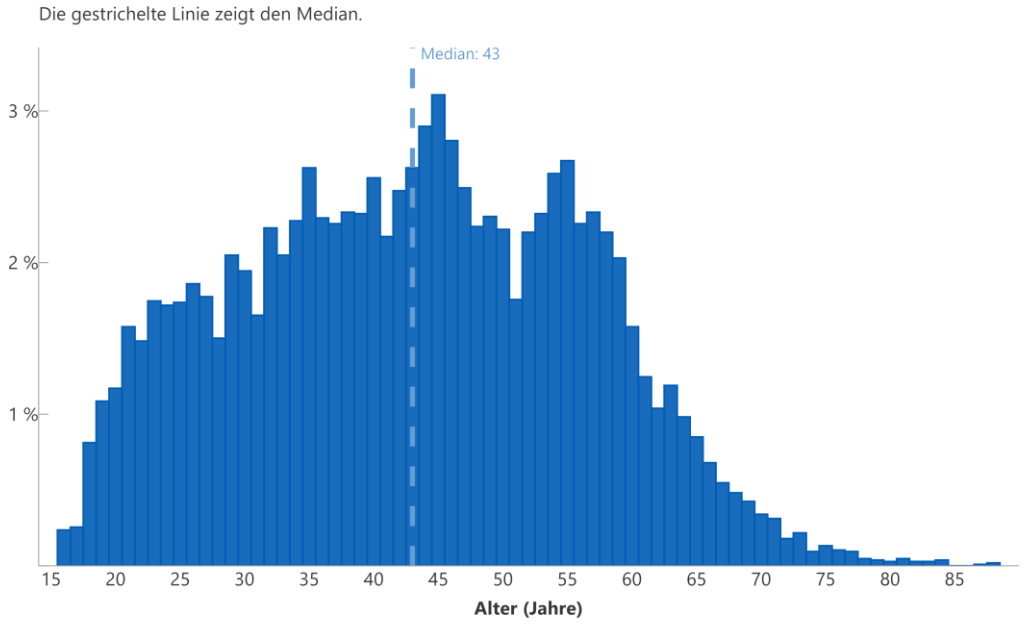
3.2 Alter

Die Angabe des Alters war ebenfalls eine Teilnahmebedingung für die Studie. Anders als in früheren EMIS-Erhebungsrunden [1,2], bei denen alle Personen teilnahmeberechtigt waren, die das im Wohnsitzland geltende Mindestalter für sexuelle Handlungen erreicht hatten (in Deutschland: 14 Jahre), mussten die EMIS-2024-Studienteilnehmenden mindestens 16 Jahre alt sein – eine Vorgabe der Universität Maastricht.

Das mediane Alter der deutschen Teilnehmenden betrug 43 Jahre (Interquartilsabstand: 33–53, Mittelwert 43, Standardabweichung 13). Die Altersverteilung stieg ab dem 16. Lebensjahr stark an, während der rechte Rand stärker schief verteilt war. Das Medianalter in EMIS-2024 in Deutschland war höher als in EMIS-2017 [3] und noch höher als in EMIS-2010 [4] sowie in den früheren „*Bochow-Studien*“, die vom *Wissenschaftszentrum Berlin* (WZB) über viele Jahre hinweg durchgeführt wurden, was auf einen verändernden Rekrutierungs- und Teilnahmebias bei den Befragten und damit eine mögliche Alterung der Befragtenpopulation im Laufe aufeinanderfolgender Erhebungswellen hindeutet.

Abbildung 3.1 zeigt die Altersverteilung in der deutschen Stichprobe.

Abbildung 3.1 Altersverteilung der EMIS-2024-Befragten (N = 10 592)



3.3 Bundesland und Wohnortgröße

Studienteilnehmende mit Wohnsitz in Deutschland wurden nach den ersten beiden Ziffern ihrer Postleitzahl gefragt. Diese wurden verwendet, um deutsche Bundesländer und – in Kombination mit den nachfolgend beschriebenen Angaben zur Größe des Wohnorts – Großstädte zu identifizieren. **Tabelle 3.2** zeigt das Bundesland, in dem die Befragten derzeit leben.

Tabelle 3.2 Wohnort (Bundesland)

Derzeitiger Wohnort	N	% aller Befragten
Baden-Württemberg	1223	11,6
Bayern	1435	13,6
Berlin	1570	14,9
Brandenburg	218	2,1
Bremen	89	0,8
Hamburg	438	4,2
Hessen	834	7,9
Mecklenburg-Vorpommern	107	1,0
Niedersachsen	667	6,3
Nordrhein-Westfalen	2336	22,2
Rheinland-Pfalz	343	3,3
Saarland	127	1,2
Sachsen	495	4,7
Sachsen-Anhalt	171	1,6
Schleswig-Holstein	324	3,1
Thüringen	160	1,5
Gesamt	**10 537**	**100,0**

Am Ende der **Kapitel 3–7** werden die wichtigsten Variablen für jedes Kapitel nach Bundesland dargestellt. Der Vollständigkeit halber wurden einige ausgewählte Städte hinzugefügt: Köln, Düsseldorf, Frankfurt, Hannover, München, Leipzig und Stuttgart.

Allen Teilnehmenden wurde die Frage gestellt: „*Wie gross ist der Ort, wo Sie leben?*“, und es wurden ihnen die in **Tabelle 3.3** aufgeführten Antwortmöglichkeiten angeboten, in der auch der prozentuale Anteil der jeweiligen Antwort angegeben ist.

Tabelle 3.3 Größe des Wohnorts (N = 10 518)

Größe des Wohnorts	% aller Befragten*
Eine Metropole (eine Million Einwohner oder mehr)	29,0
Eine große Stadt (500 000–999 999 Einwohner)	13,9
Eine mittelgroße Stadt (100 000–499 999 Einwohner)	20,7
Eine kleinere Stadt (10 000–99 999 Einwohner)	22,0
Eine kleinere Gemeinde (weniger als 10 000 Einwohner)	14,4
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 74

3.4 Migrationsgeschichte

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Wurden Sie in Deutschland geboren?*“ und konnten mit „*Ja*“ oder „*Nein*“ antworten. Insgesamt gaben 12 % (N = 10 591; fehlende Angaben: n = 1) an, nicht in Deutschland geboren zu sein. Diese Teilnehmenden wurden daraufhin gefragt: „*In welchem Land wurden Sie geboren? (Falls das Land nicht mehr existiert, wählen Sie bitte das Land, das Ihrem Geburtsland am ehesten entspricht)*“ und erhielten dieselbe Liste wie für das Wohnsitzland. **Tabelle 3.4** fasst die nach Kontinenten umkodierten Antworten zusammen (N = 10 588, fehlende n = 4). Bezogen auf alle nicht in Deutschland geborenen Befragten der deutschen Stichprobe (N = 1214) wurden 62 % in Kontinentaleuropa geboren, weitere 5 % in anderen Ländern der WHO-Region Europa (inklusive Türkei), 10 % in Südamerika, und jeweils 9 % in Nordamerika/Karibik bzw. in Asien.

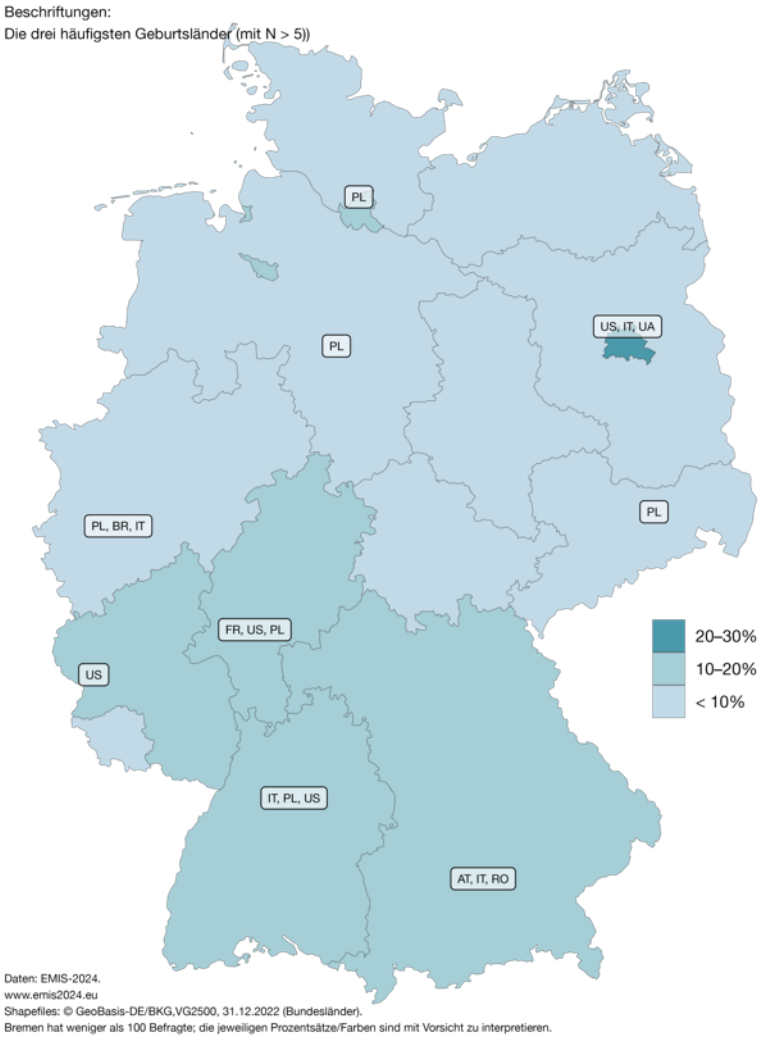
Tabelle 3.4 Geburtsland aller Befragten nach Kontinenten (N = 10 588)

Geburtsland nach Kontinenten	% aller Befragten*
Kontinentaleuropa	95,4
Weitere Länder in der Europäischen WHO-Region: Armenien, Aserbaidschan, Zypern, Georgien, Israel, Kasachstan, Türkei; sowie französische bzw. britische Überseegebiete	0,6
Nordamerika und Karibik	1,1
Südamerika	1,2
Afrika	0,5
Asien	1,1
Australien & Ozeanien	0,1
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 4

Karte 3.1 zeigt den Anteil der im Ausland Geborenen sowie die drei häufigsten Geburtsländer und verdeutlicht damit die moderaten Unterschiede innerhalb Deutschlands.

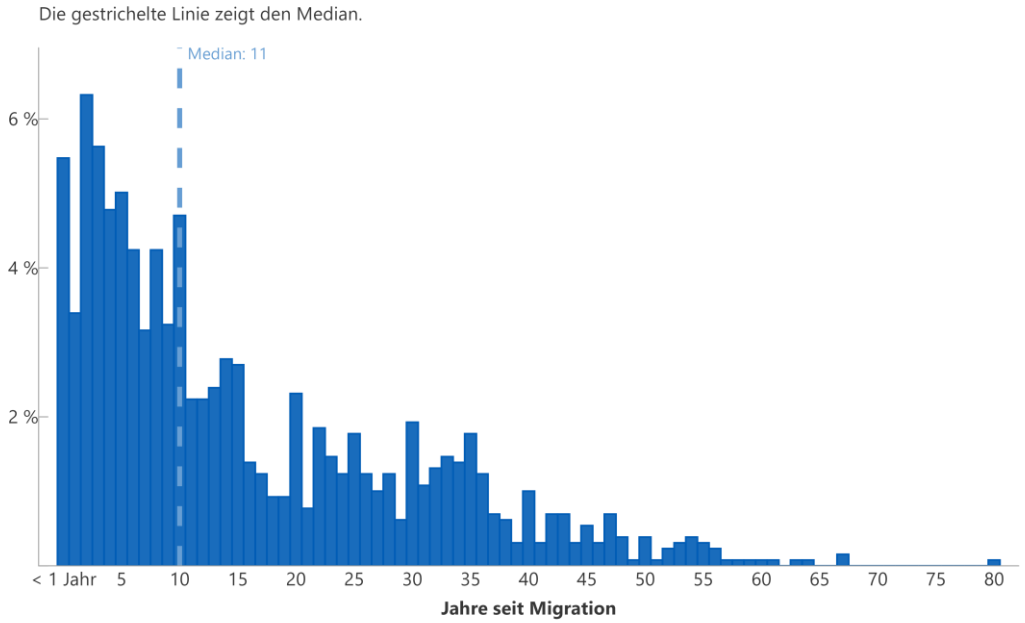
Karte 3.1: Anteil der im Ausland Geborenen und die drei häufigsten Geburtsländer (mit N > 5) dieser Personen (N = 10 591)



Der Anteil der außerhalb Deutschlands geborenen Befragten war in Süddeutschland höher. In mehreren südlichen Bundesländern gehörten die Vereinigten Staaten zu den drei am häufigsten genannten Geburtsländern: In Rheinland-Pfalz standen sie an erster, in Hessen an zweiter und in Baden-Württemberg an dritter Stelle. Dieses Muster dürfte mit der Präsenz großer US-amerikanischer Militärstandorte in diesen Regionen zusammenhängen. In Berlin waren die Vereinigten Staaten ebenfalls das am häufigsten genanntes Geburtsland. Dies könnte eher auf den internationalen Charakter der Stadt und ihre Attraktivität als Wohnort für schwule und andere MSM zurückzuführen sein.

Studienteilnehmende, die nicht in Deutschland geboren waren, wurden außerdem gefragt: „*Wie viele Jahre leben Sie schon in Deutschland?*“ Von den 12 % der Befragten, die nicht in Deutschland geboren waren, lebten 6 % seit weniger als einem Jahr, 26 % seit weniger als fünf Jahren und 46 % seit weniger als zehn Jahren in Deutschland. **Abbildung 3.2** zeigt die Verteilung der Antworten.

Abbildung 3.2 Jahre im Wohnland seit Migration (N = 1297)



Nicht in Deutschland geborene Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Warum sind Sie nach Deutschland gekommen?*“, wobei ihnen die in **Tabelle 3.5** aufgeführten Antwortmöglichkeiten zur Auswahl standen.

Tabelle 3.5 Gründe für Migration bei im Ausland geborenen Befragten (N = 1214)

Grund für die Migration	% aller im Ausland geborenen Befragten N = 1214*	% aller Befragten
Ich bin bereits als Kind hierhergekommen.	18,3	2,2
Zum Studieren	27,6	3,3
Zum Arbeiten	45,9	5,5
Um näher bei meinem*meiner Partner*in zu sein	15,7	1,9
Um offener als schwuler/bisexueller/trans/ queerer Mensch leben zu können	25,4	3,1
Um Asyl zu beantragen	3,8	0,5
Ich kam als Flüchtling.	4,8	0,6
Ich wurde gegen meinen Willen hierhergebracht.	0,3	0,0
Andere Antwort	4,1	0,5

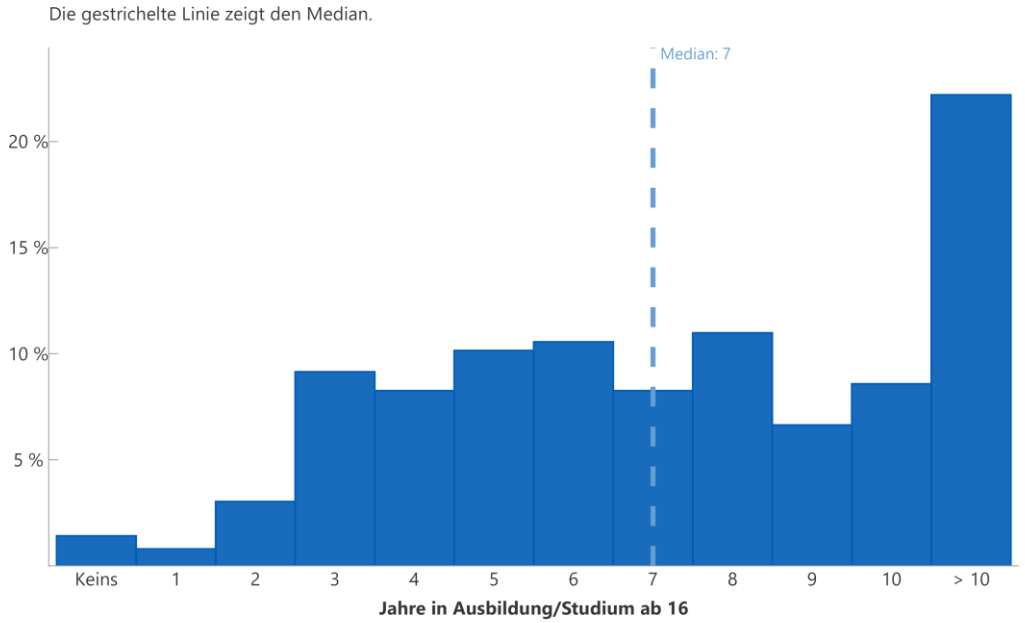
Hinweis: Es waren mehr als eine Antwort zulässig, weshalb die Prozentsätze insgesamt nicht 100 ergeben.
*fehlende Angaben: n = 89

Die Suche nach Arbeit war mit 46 % der am häufigsten genannte Grund für die Einreise nach Deutschland. 64 % der befragten Migranten gaben an, zum Arbeiten oder Studieren eingewandert zu sein (einige wählten beide Gründe). Von den im Ausland geborenen Befragten gaben 6 % an, als Geflüchtete und/oder Asylsuchende nach Deutschland gekommen zu sein (dieser Anteil kann geringer sein als die Summe der einzelnen in der obigen Tabelle aufgeführten Punkte, da sich die Antworten auf die Mehrfachauswahlfrage überschneiden können). Der Anteil der Befragten, die sich als Geflüchtete und/oder Asylsuchende identifizieren, entspricht 0,8 % der gesamten deutschen Stichprobe. Diese (n = 82) werden in **Kapitel 9** mit anderen selbst eingewanderten sowie mit in Deutschland geborenen Befragten verglichen.

3.5 Bildung, Erwerbsstatus und finanzielle Situation

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Wie viele Jahre haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr Vollzeit in Schule, einer Ausbildung oder an einer (Fach-)Hochschule zugebracht?*“ Der Median lag bei 7 Jahren (N = 10 562, fehlende Angaben: n = 30). Die Mehrheit der Befragten hat nach dem 16. Lebensjahr zwischen vier und zehn Jahre in Vollzeitausbildung verbracht (63 %). **Abbildung 3.3** zeigt die Verteilung der Jahre, die nach dem 16. Lebensjahr in Vollzeitausbildung verbracht wurden. Obwohl internationale Leitlinien zur Zuordnung von Bildungsjahren zu den ISCED-Kategorien vorliegen [5], werden in diesem Bericht die Jahre der Vollzeitausbildung nach dem 16. Lebensjahr direkt ausgewiesen. Dabei werden Befragte mit mehr als fünf Jahren Vollzeitausbildung als Personen mit höherer Bildung eingestuft.

Abbildung 3.3 Jahre in Ausbildung/Studium nach dem 16. Lebensjahr (N = 10 562)



Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Was beschreibt Ihre derzeitige berufliche Stellung am besten?*“, wobei ihnen die in **Tabelle 3.6** aufgeführten Antwortmöglichkeiten zur Auswahl standen.

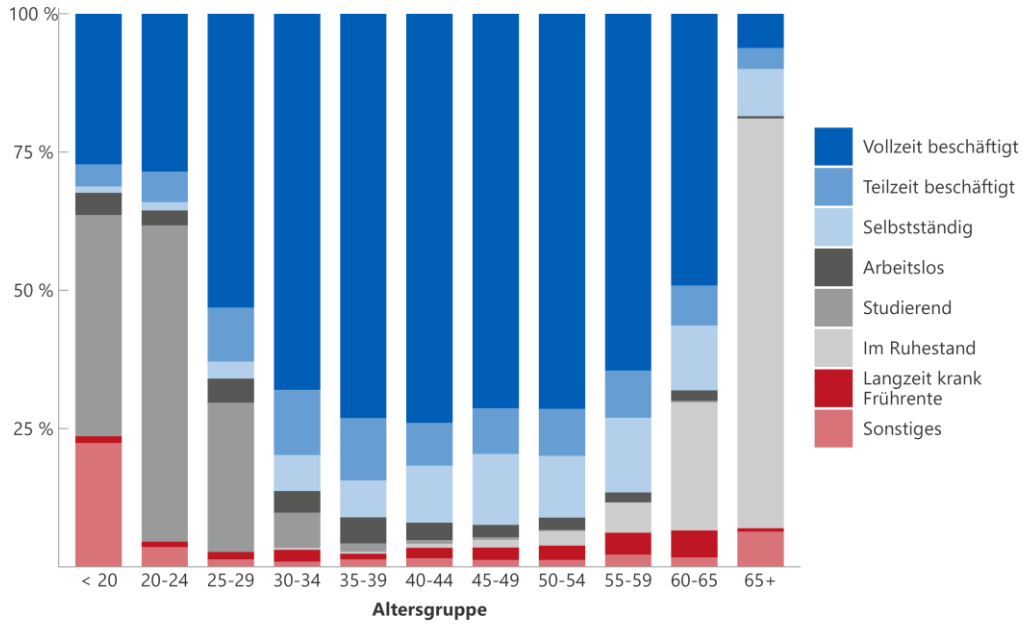
Tabelle 3.6 Derzeitige berufliche Stellung (N = 10 572)

Derzeitige berufliche Stellung	% aller Befragten*
Vollzeitbeschäftigt	60,4
Teilzeitbeschäftigt	8,5
Selbstständig	8,8
Arbeitslos	2,9
Studierend	8,8
Berentet/(Früh)Pension	6,2
Längerfristig krankgeschrieben / Erwerbsunfähigkeitsrente	2,1
Anderes	2,3
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 20

Rund vier von fünf Befragten (78 %) waren erwerbstätig. Etwa jeder elfte Befragte war selbstständig (9 %), und etwa jeder elfte (9 %) arbeitete in Teilzeit. Die Arbeitslosenquote war mit 3 % relativ niedrig, während Studierende 9 % der deutschen Stichprobe ausmachten. Eine Aufschlüsselung der Arbeitslosenquoten nach Wohnregion findet sich in **Abschnitt 3.9**. Die Verteilung des selbst angegebenen Beschäftigungsstatus über die Altersgruppen hinweg zeigt Muster, die mit den erwarteten Lebensverlaufsunterschieden übereinstimmen, was die hohe Konsistenz und die Validität der Daten unterstreicht (**Abbildung 3.4**).

Abbildung 3.4 Erwerbsstatus nach Altersgruppen (N = 10 572)



Studienteilnehmende wurden außerdem gefragt: „*Welche der folgenden Aussagen entspricht Ihrer gefühlten Einkommenssituation am besten*“, wobei ihnen die in **Tabelle 3.7** aufgeführten Antwortmöglichkeiten zur Auswahl standen.

Tabelle 3.7 Gefühlte Einkommenssituation (N = 10 555)

Gefühlte Einkommenssituation	% aller Befragten*
Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein sehr komfortables Leben.	19,2
Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein komfortables Leben.	46,9
Mit meinem aktuellen Einkommen kann ich zwar nicht komfortabel leben, muss mich aber auch nicht abkämpfen	25,6
Mit meinem aktuellen Einkommen komme ich kaum über die Runden.	6,4
Mit meinem aktuellen Einkommen komme ich gar nicht über die Runden.	1,9
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 37

Insgesamt hatten 8 % finanzielle Schwierigkeiten, 26 % hatten mit ihrem derzeitigen Einkommen weder Schwierigkeiten noch lebten sie komfortabel, und 66 % lebten mit ihrem derzeitigen Einkommen komfortabel. Es bestand ein enger Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsstatus und der gefühlten Einkommenssituation, wie aus **Tabelle 3.8** hervorgeht. Während insgesamt 8 % finanzielle Schwierigkeiten hatten, waren 48 % der arbeitslosen Befragten finanziell angeschlagen, ebenso wie

40 % derjenigen, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden waren oder sich im Langzeitkrankheitsurlaub befanden (aufgrund von Rundungen können Abweichungen von den Tabellenwerten auftreten).

Tabelle 3.8 Gefühlte Einkommenssituation nach Erwerbsstatus

Gefühlte Einkommenssituation*	Erwerbsstatus**							
	Vollzeit (%) N = 6382	Teilzeit (%) N = 900	Selbständig (%) N = 926	Arbeitslos (%) N = 308	Studium (%) N = 927	Ruhestand (%) N = 654	Krank/ Frührente (%) N = 227	Sonstiges (%) N = 248
Sehr gut	23,7	10,9	23,9	3,3	5,6	14,4	3,5	13,8
Gut	53,1	45,3	44,5	10,7	32,8	44,2	19,4	29,7
Weder noch	20,1	36,2	23,4	38,1	40,9	31,3	37,4	38,1
Schlecht	2,5	6,3	6,9	31,6	16,3	9,2	27,3	13,0
Sehr schlecht	0,6	1,3	1,3	16,3	4,3	0,9	12,3	5,4

*fehlende Angaben: n = 37 **fehlende Angaben: n = 20

3.6 Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität und „Outness“

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen?*“ (Mehrfachauswahl möglich). Zur Auswahl standen: „*Männer*“, „*Frauen*“, „*Nichtbinäre Menschen*“ und „*Ich fühle mich zu niemandem hingezogen*“. **Tabelle 3.9** zeigt die Anteile der verschiedenen Antwortkombinationen. Sexuelle Anziehung zu einem Geschlecht wurde als „*monosexuell*“, zu zwei Geschlechtern als „*bisexuell*“ und zu mehr als zwei Geschlechtern als „*polysexuell*“ klassifiziert. Nicht-binäre Personen wurden dabei als eigene Geschlechtskategorie berücksichtigt. Befragte ohne sexuelle Anziehung wurden als „*asexuell*“ eingestuft.

Table 3.9 Sexuelle Anziehung (N = 10 588)

Sexuelle Anziehung	% aller Befragten*
Monosexuell	76,5
Männer	76,2
Frauen	0,2
Nicht-binäre Menschen	0,1
Bisexuell	14,6
Männer und Frauen	8,4
Männer und nicht-binäre Menschen	5,9
Frauen nicht-binäre Menschen	0,3
Polysexuell	8,6
Männer, Frauen, nicht-binäre Menschen	8,6
Asexuell	0,2
Niemand	0,2

*fehlende Angaben: n = 4

Insgesamt gaben 15 % an, sich sexuell zu nicht-binären Personen hingezogen zu fühlen, 18 % zu Frauen und 99 % zu Männern. Insgesamt gaben 0,9 % an, sich nicht zu Männern hingezogen zu fühlen; diese Befragten gaben jedoch auch an, bereits sexuelle Erfahrungen mit Männern gemacht zu haben.

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich selbst definieren?*“, und es wurden folgende Antwortmöglichkeiten angeboten: „*Schwul [bzw. lesbisch bei trans-femininen Personen] oder homosexuell*“, „*Bisexuell*“, „*Heterosexuell*“, „*Andere Bezeichnung*“ und „*Für gewöhnlich benutze ich keine Bezeichnung*“. **Tabelle 3.10** zeigt die prozentualen Anteile der einzelnen Antworten insgesamt sowie die Personen, zu denen die Befragten sich sexuell hingezogen fühlten.

Tabelle 3.10 Sexuelle Anziehung (N = 10 588) nach sexueller Identität (N = 10 588)

Sexuelle Anziehung*	Sexuelle Identität**				
	Homosexuell (%) N = 8193	Bisexuell (%) N = 1644	Heterosexuell (%) N = 57	Andere Bezeichnung (%) N = 316	Keine Bezeichnung (%) N = 378
Männer	92,5	14,4	31,6	18,7	47,9
Frauen	0,0	0,9	12,3	0,0	0,0
Nicht-binäre Menschen	0,0	0,2	0,0	0,9	1,6
Männer, Frauen	0,7	46,4	24,6	4,1	13,0
Männer, Nicht-binäre	6,1	1,1	0,0	20,6	10,1
Frauen, Nicht-binäre	0,0	1,0	12,3	1,6	1,6
Männer, Frauen, Nicht-binäre	0,7	35,6	19,3	51,3	24,1
Niemand	0,0	0,4	0,0	2,8	1,9
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 4; ** fehlende Angaben: n = 4

Insgesamt bezeichneten sich 77 % der Befragten als schwul oder homosexuell und 16 % als bisexuell. Unter den übrigen Befragten gaben nennenswerte Minderheiten an, üblicherweise keinen (4 %) oder einen anderen Begriff für ihre sexuelle Identität zu verwenden (3 %).

Befragte, die sich sexuell zu Männern hingezogen fühlten (99 % aller Befragten), wurden gefragt: „*Wenn Sie an die Menschen denken, die Sie kennen (Familie, Freund*innen, Arbeitskolleg*innen, Mitstudierende), welcher Anteil von ihnen weiß, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?*“ Ihnen wurden die Antwortmöglichkeiten aus **Tabelle 3.11** angeboten. „*Outness*“ – der gegenteilige Begriff lautet „Nichtoffenlegung der sexuellen Orientierung“ – hat einen großen Einfluss auf Morbiditäten, Verhalten, Bedarfe und den Zugang zu Interventionen [6]. **Kapitel 9** untersucht, wie sich Morbiditäten, Verhalten, Bedarfe und Interventionen in dem Maße unterscheiden, in dem die Befragten offen mit ihrer sexuellen Anziehung zu Männern umgehen.

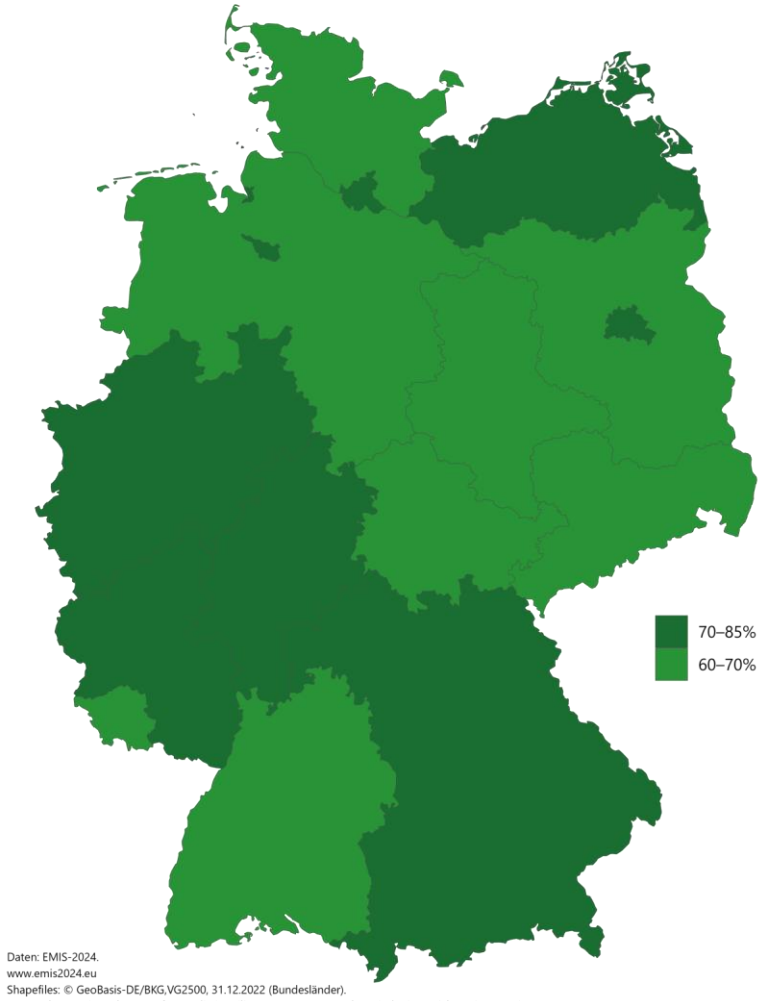
Tabelle 3.11 Bekanntheit der sexuellen Anziehung zu Männern im persönlichen Umfeld (N = 10 485)

„*out*“ gegenüber...	% aller Befragten mit sexueller Anziehung zu Männern N = 10 485*
...allen oder fast allen	57,4
...mehr als der Hälfte	16,1
...weniger als der Hälfte	7,9
...wenige	12,5
...keine	6,1
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 7

Etwa drei von vier Befragten (73 %) hatten sich gegenüber den meisten Menschen in ihrem Umfeld zu ihrer Anziehung zu Männern geoutet. **Karte 3.2** zeigt den Anteil der Befragten, die sich geoutet haben, unter denjenigen, die von sexueller Anziehung zu Männern berichten, und verdeutlicht damit moderate Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 3.2: Anteil der Befragten mit sexueller Anziehung zu Männern, die geoutet sind (N = 10 485)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

3.7 Feste Partnerschaften

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Sind Sie derzeit in einer festen Beziehung mit einem*einer Partner*in/Ehepartner*in, das heißt: Sie sind kein ‚Single'?*" Dabei standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: „*Nein, ich bin Single*", „*Ja, ich lebe in einer festen Beziehung*", „*Ich bin mir nicht sicher/es ist kompliziert*".

Diejenigen, die mit „*Ja, ich lebe in einer festen Beziehung*" antworteten, wurden gefragt: „*Sind Sie derzeit in einer festen Beziehung mit … (Mehrere Angaben möglich)?*" und erhielten folgende Antwortmöglichkeiten: „*Einem Mann*", „*Mehreren Männern*", „*Einer nicht-binären Person*", „*Mehreren nicht-binären Personen*", „*Einer Frau*", „*Mehreren Frauen*".

Tabelle 3.12 zeigt die prozentualen Anteile der einzelnen Antworten.

Tabelle 3.12 Aktuelle Partnerschaft und Art der festen Partnerschaft

Aktuelle Partnerschaft N = 10 590*	%	Art der Partnerschaft N = 5 207**	%
Alleinstehend n = 4 762	45,0		
Feste Beziehung n = 5 213	49,2	Ein Mann	78,8
		Mehrere Männer	2,9
		Eine Frau	14,0
		Alle anderen festen Beziehungen	4,3
Kompliziert n = 615	5,8		
Gesamt	**100,0**		**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2; **fehlende Angaben: n = 8

Etwa jeder zweite der Befragten (49 %) lebte in einer festen Beziehung, am häufigsten mit einem männlichen Partner (79 %); 45 % waren derzeit alleinstehend, und 6 % waren sich über ihren Beziehungsstatus unsicher.

Länderbezogene Unterschiede beim Anteil der Befragten mit einem derzeitigen festen Partner werden in **Abschnitt 3.9** beschrieben, und Unterschiede zwischen alleinstehenden Befragten und solchen mit einem oder mehreren derzeitigen festen Partnern werden in **Kapitel 9** beschrieben.

3.8 Transaktionaler Sex

Teilnehmende, die angaben, sich zu Männern hingezogen zu fühlen, wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal einen Mann für Sex bezahlt? Unter Bezahlung verstehen wir, dass Sie ihm Geld, Drogen, Geschenken oder Gefälligkeiten für Sex gegeben haben.“*; und: *„Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Mann für Sex bezahlt? Unter Bezahlung verstehen wir, dass Ihnen Geld, Drogen, Geschenke oder Gefälligkeiten für Sex gegeben wurden.“* Für jede Frage gab es eine Skala, auf der angegeben werden konnte, wie lange dies zurücklag [7]. Anders als viele andere Befragungen erfasst EMIS die Beteiligung an transaktionalem Sex als demografisches Merkmal und trägt damit der besonderen Bedeutung dieser Gruppe als Population mit erhöhtem Risiko und spezifischem Bedarf an zielgruppengerechten Gesundheitsangeboten Rechnung. MSM (und trans Frauen), die häufig Sex verkaufen, sind größeren Risiken in Bezug auf Sexualität und Drogenkonsum ausgesetzt als andere MSM [8].

Tabelle 3.13 Letzter transaktionaler Sex

Das letzte Mal, als…	…Sie einen Mann bezahlt haben N = 10 582*		…Sie bezahlt wurden N = 10 529**	
	%	kumulativ %	%	kumulativ %
In den letzten 24 Stunden	0,3	0,3	0,3	0,3
In den letzten 7 Tagen	1,1	1,4	0,6	0,8
In den letzten 4 Wochen	2,2	3,6	0,8	1,6
In den letzten 6 Monaten	3,9	7,5	1,3	2,9
In den letzten 12 Monaten	3,1	10,6	1,4	4,3
In den letzten 5 Jahren	5,5	16,1	3,2	7,5
Vor mehr als 5 Jahren	6,3	22,4	8,9	16,4
Noch nie	77,6	100,0	83,6	100,0
Gesamt	**100,0**		**100,0**	

*fehlende Angaben: n = 10; **fehlende Angaben: n = 63

Es gab mehr Befragte, die Sex gekauft, als solche, die ihn verkauft hatten, sowohl im Laufe ihres Lebens (22 % *vs.* 16 %) als auch in den letzten 12 Monaten (11 % *vs.* 4 %). Teilnehmende, die in den letzten 12 Monaten Sex gekauft hatten, wurden gefragt: *„Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Mann dafür bezahlt, Sex mit Ihnen zu haben?“* Und Befragte, die in den letzten 12 Monaten Sex verkauft hatten, wurden gefragt: *„Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten von einem Mann dafür bezahlt, Sex mit ihm zu haben?“*

Tabelle 3.14 Häufigkeit von transaktionalem Sex in den letzten 12 Monaten

Häufigkeit in den letzten 12 Monaten	einen Mann für Sex bezahlt		von einem Mann dafür bezahlt worden, mit ihm Sex zu haben	
	N*	%	N**	%
1–2-mal	639	57,1	217	49,0
3–10-mal	389	34,7	152	34,3
11–50-mal	80	7,1	54	12,2
Mehr als 50-mal	12	1,1	20	4,5
Gesamt	**1 120**	**100,0**	**443**	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 5; ** fehlende Angaben: n = 7.

Die Mehrheit der Befragten, die in den letzten 12 Monaten entweder Sex verkauft oder gekauft hatten, hatte dies nur ein- oder zweimal getan. Eine Darstellung der Unterschiede transaktionalen Sex je nach Wohnort finden Sie in **Abschnitt 3.9**. In **Kapitel 9** werden die Befragten, die in den letzten 12 Monaten drei- oder mehrmals Sex verkauft haben, mit jenen verglichen, die dies seltener, vor längerer Zeit oder gar nicht getan haben.

3.9 Regionale Unterschiede in der Demografie

Tabelle 3.15 Regionale Unterschiede bei demografischen Merkmalen

Deutschland	Befragte	% weibliches Geburtsgeschlecht	Alter (Median)	% Orte >500 000	% im Ausland geboren	% Flucht/ Asyl	% höhere Bildung [a]
Gesamt	**10 592**	**2,9**	**43**	**42,9**	**12,1**	**0,8**	**67,2**
Bundesländer							
Baden-Württemb.	1223	1,3	44	15,3	11,0	0,7	68,5
Bayern	1435	1,8	42	41,7	12,8	0,4	64,8
Berlin	1570	3,6	43	99,6	24,2	1,3	75,5
Brandenburg	218	0,9	44	2,3	3,2	0,5	57,4
Bremen	89	(10,1)	44	(73,9)	(12,4)	(0,0)	(73,0)
Hamburg	438	2,1	44	99,8	11,6	0,9	73,0
Hessen	834	2,6	45	32,3	13,1	1,0	68,8
Mecklenburg-V.	107	2,8	43	1,9	4,7	0,9	53,3
Niedersachsen	667	5,1	42	20,2	6,6	0,3	60,4
Nordrhein-Westf.	2336	3,0	44	41,4	9,5	0,9	68,2
Rheinland-Pfalz	343	2,3	43	1,2	10,5	1,2	64,4
Saarland	127	0,8	48	0,8	7,1	0,0	58,3
Sachsen	495	3,2	39	52,8	7,7	0,4	63,3
Sachsen-Anhalt	171	4,7	44	2,9	5,3	0,0	57,7
Schleswig-Holstein	324	4,0	45	5,0	5,6	0,6	60,8
Thüringen	160	5,6	40	2,5	5,0	0,0	55,6
Städte							
Düsseldorf	176	2,8	44	100,0	15,3	1,7	73,9
Frankfurt	252	1,2	46	100,0	21,4	0,4	78,9
Hannover	124	5,6	41	100,0	9,7	0,8	70,2
Köln	551	3,4	45	100,0	9,6	0,7	72,5
Leipzig	144	1,4	38	100,0	9,7	0,0	79,9
München	488	1,0	43	100,0	18,9	0,4	75,4
Stuttgart	159	1,3	45	100,0	13,2	1,3	75,5

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] >5 Bildungsjahre nach dem 16. Lebensjahr. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Table 3.15 Regionale Unterschiede bei demografischen Merkmalen (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% arbeits-los	% finanziell kaum zu-recht-kom-mend	% schwul/ homo-sexuell	% kaum/ nicht geoutet	% feste Partner-schaft	% Mann für Sex bezahlt [a]	% Sex ≥3× verkauft [a]
Gesamt	**10 592**	**5,1**	**8,3**	**77,4**	**18,6**	**49,2**	**10,6**	**2,1**
Bundesländer								
Baden-Württemb.	1223	4,2	6,5	75,3	25,9	48,6	10,5	1,6
Bayern	1435	3,4	7,3	79,2	19,8	48,8	8,7	1,7
Berlin	1570	7,6	10,6	82,6	8,6	47,5	10,6	3,5
Brandenburg	218	3,7	13,8	72,9	24,4	47,5	11,5	2,3
Bremen	89	(6,7)	(5,6)	(69,7)	(9,5)	(48,3)	(11,2)	(2,2)
Hamburg	438	3,7	5,5	86,3	9,6	53,2	13,9	2,1
Hessen	834	3,8	6,3	79,0	19,3	50,7	11,8	1,9
Mecklenburg-V.	107	10,3	14,0	65,1	23,6	46,7	7,5	2,8
Niedersachsen	667	4,7	10,9	70,9	21,8	46,0	10,8	1,6
Nordrhein-Westf.	2336	5,4	7,0	79,1	17,3	52,1	11,3	2,2
Rheinland-Pfalz	343	4,1	10,6	74,9	22,4	49,0	9,9	0,6
Saarland	127	5,5	10,2	71,7	23,2	52,8	8,7	1,6
Sachsen	495	4,7	9,7	72,9	25,1	44,6	10,9	3,0
Sachsen-Anhalt	171	7,1	13,1	64,9	27,4	48,5	7,6	0,0
Schleswig-Holstein	324	6,5	9,0	68,8	22,4	50,9	10,2	1,9
Thüringen	160	4,4	8,1	70,0	22,3	43,1	5,0	2,5
Städte								
Düsseldorf	176	4,5	4,5	85,8	10,3	51,7	13,6	1,7
Frankfurt	252	2,0	3,6	86,5	14,0	52,4	12,3	2,4
Hannover	124	3,2	7,3	79,7	14,6	48,4	4,8	0,8
Köln	551	5,6	6,9	86,4	7,9	52,3	12,5	0,9
Leipzig	144	3,5	11,1	72,9	17,9	34,0	10,4	2,8
München	488	2,0	3,7	87,1	12,3	52,0	10,7	1,6
Stuttgart	159	3,1	5,0	84,3	17,9	45,9	13,2	1,3

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a]letzte 12 Monate

Literatur

1. The EMIS Network. *EMIS-2010 – the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2010

2. 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 (ECDC); 2019 [cited 2026 Aug 17]. Report No.: ISBN 978-92-9498-341-1. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2017

3. Marcus U, Schink S. *Empirische Ergebnisse und Handlungsempfehlungen zur HIV-/STI-Prävention und Gesundheitsförderung bei schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland. EMIS: The European MSM-Internet-Survey 2017*. Berlin: Deutsche Aidshilfe; 2022 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/emis-2010-national-reports/

4. Bochow M, Lenuweit S, Sekuler T, Schmidt AJ. *Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten*. Berlin: Deutsche Aidshilfe; 2011 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/emis-2010-national-reports/

5. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Classifying educational programmes. Manual for ISCED-97 implementation in OECD countries*. Paris: OECD; 1999 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://stat.gl/publ/kl/UD/199701/periaaseq/Classifying%20Educational%20Programmes%20-%20Manual%20for%20ISCED-97%20Implementation%20in%20OECD%20Countries.pdf

6. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U, Schmidt AJ. Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*. 2015;29(10):1239–46. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26035323

7. Berg RC, Schmidt AJ, Weatherburn P. Transactional sex: Supply and demand among European men who have sex with men (MSM) in the context of local laws. *Int J Sex Health*. 2015;27(3):286–302. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26430474

8. Berg RC, Weatherburn P, Marcus U, Schmidt AJ. Links between transactional sex and HIV/STI-risk and substance use among a large sample of European men who have sex with men. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):686. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31382923

Kapitel 4: Morbiditäten

Morbidität umfasst sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen und Beschwerden. Für ein Gesundheitsprogramm sind die Prävention von Morbidität sowie die Verringerung ihrer Prävalenz oder ihres Schweregrads die letztlich angestrebten Ergebnisse. EMIS-2024 erfasste Morbidität in zwei Bereichen: psychische Gesundheit sowie HIV, andere sexuell übertragbare Infektionen und Virushepatitiden.

Dieses Kapitel stellt sämtliche in EMIS-2024 verwendeten Morbiditätsindikatoren für die Gesamtstichprobe dar. Die Ergebnisse auf regionaler Ebene finden sich in den Tabellen am Ende des Kapitels. **Kapitel 8** beschreibt die Morbiditätsmuster in den vier in die Studie einbezogenen trans Gruppen. **Kapitel 9** untersucht, wie diese Indikatoren zwischen spezifischen Zielgruppen von Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit variieren, unter anderem zwischen verschiedenen Altersgruppen.

Da sich Morbiditätsmuster zwischen cis MSM, trans MSM sowie anderen trans und nicht-binären Populationen unterscheiden, ist bei der Interpretation der in diesem Bericht dargestellten regionalen Tabellen und Karten zu beachten, dass diese nicht immer einen unmittelbaren Vergleich der Gesundheit von MSM zwischen den deutschen Regionen ermöglichen. In den meisten Regionen hat diese Einschränkung nur geringe Auswirkungen auf die Rangfolgen, da trans und nicht-binäre Befragte insgesamt (5 %) und insbesondere Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht (3 %) nur einen relativ kleinen Anteil der deutschen Stichprobe ausmachen. In regionalen Stichproben mit höheren Anteilen geschlechtlicher Minderheiten können sich die Rangfolgen jedoch von jenen unterscheiden, die ausschließlich auf cis MSM beruhen – oder auf cis und trans MSM sowie nicht-binären Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht, die die Grundlage der an das ECDC berichteten MSM-Indikatoren bilden. In Regionen mit einem höheren Anteil sexueller Minderheiten (z.B. Bremen) können sich jedoch andere Rangfolgen ergeben als bei einer ausschließlichen Betrachtung cisgeschlechtlicher MSM. Unterschiede sind auch gegenüber einer Betrachtung von cis- und trans geschlechtlicher MSM sowie nicht-binären AMAB-Personen möglich. Diese Gruppen bilden gemeinsam die Grundlage der an das ECDC berichteten MSM-Indikatoren.

So können Indikatoren für Beeinträchtigungen der sexuellen Gesundheit in Regionen mit höheren Anteilen trans Männer und nicht-binärer AFAB-Personen günstiger erscheinen, da diese Gruppen eine niedrigere Prävalenz sexuell übertragener Infektionen berichteten. Indikatoren für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können dagegen ungünstiger ausfallen. **Abschnitt 3.9** (**Tabelle 3.15**) zeigt die regionalen Unterschiede im Anteil der Befragten mit weiblichem Geburtsgeschlecht.

4.1 Psychische Probleme

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit tragen wesentlich zur Morbidität bei und sind unter sexuellen Minderheiten häufiger als in der heterosexuellen Mehrheitsbevölkerung [1,2]. Darüber hinaus ist der Zusammenhang zwischen psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und einem erhöhten Risiko für die HIV-Übertragung – beispielsweise durch sexuelles Risikoverhalten oder eine unzureichende Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme – gut belegt [3,4]. Dieser Zusammenhang stellt einen der Mechanismen dar, durch die mehrere Gesundheitsprobleme bei denselben Personen gemeinsam auftreten und sich wechselseitig verstärken können. Dieses Phänomen wird häufig als **Syndemie** bezeichnet

4.1.1 Angstzustände/Depressionen (PHQ-4)

Wir verwendeten den Patient Health Questionnaire-4 [5], ein kurzes klinisches Screening Instrument, das sowohl Angstzustände als auch Depressionen misst, um einen Hinweis auf das psychische Wohlbefinden zu erhalten. Obwohl das Instrument nicht zur Diagnose gedacht ist und die Prävalenz von Problemen möglicherweise überschätzt, wurde es aufgrund seiner Kürze und einfachen Auswertbarkeit ausgewählt. Die Teilnehmenden wurden gefragt: *„Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?“* Dabei standen die folgenden vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: *„Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“*, *„sorgenvolle Gedanken, die sich nicht stoppen oder kontrollieren lassen“*; *„wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten“*; *„Gefühle der Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit“.* Die Antwortmöglichkeiten lauteten: *„Gar nicht“* (0 Punkte); *„An einzelnen Tagen“* (1 Punkt); *„An mehr als der Hälfte der Tage“* (2 Punkte); *„Beinahe jeden Tag“* (3 Punkte). Die Gesamtpunktzahl ergibt einen Wert von 0 bis 12, der in vier Kategorien eingeteilt werden kann. **Tabelle 4.1** zeigt den Anteil der Befragten in jeder Kategorie (mit 0,8 % fehlenden Angaben) zusammen mit der Standardauslegung dieser validierten Skala.

Tabelle 4.1 PHQ-4-Score (Angst und Depression)

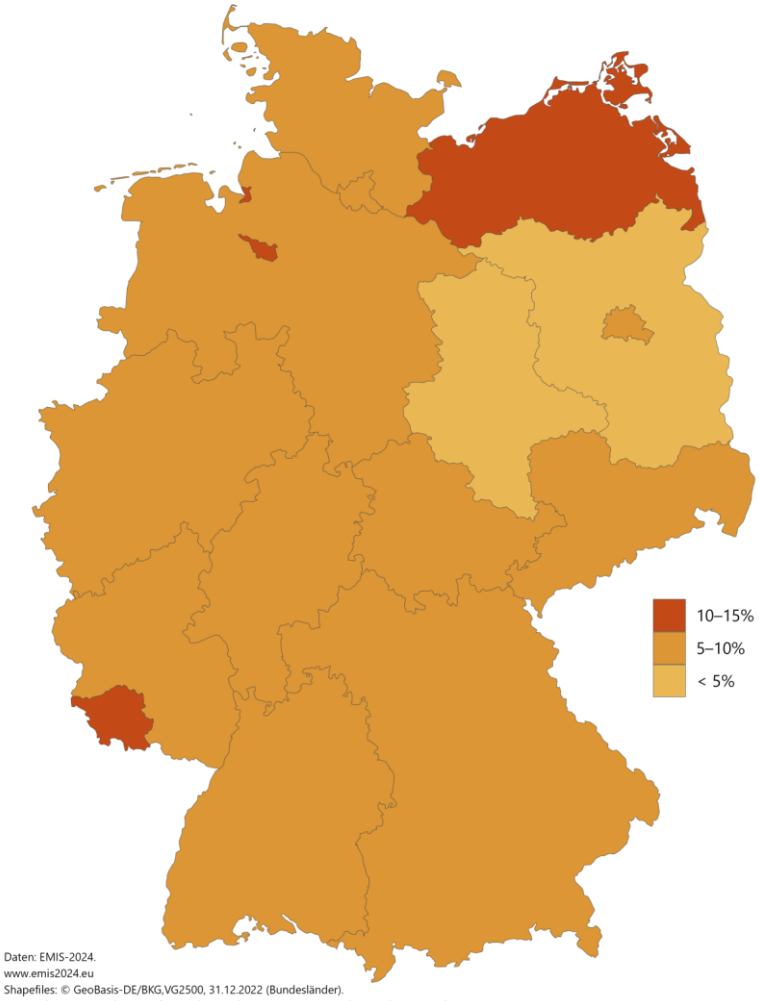
PHQ-4-Score	Interpretation	N*	% aller Befragten
0–2	Normal	5487	52,2
3–5	Leichte Angst- und Depressionssymptome	3133	29,8
6–8	Mittelschwere Angst- und Depressionssymptome	1116	10,6
9–12	Schwere Angst- und Depressionssymptome	769	7,3
Gesamt		**10 505**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 87

Bundesweit gaben 18 % an, in den letzten zwei Wochen zumindest *mittelschwere* Angst- und Depressionssymptome erlebt zu haben, wobei etwa jeder Vierzehnte (7 %) im gleichen Zeitraum unter schweren Angst- und Depressionssymptomen litt. Abschnitt 4.3 enthält regionale Zahlen zum Anteil der Personen, die unter schweren Angst- und Depressionssymptomen leiden, und in Kapitel 9 wird untersucht, wie sich dieser Anteil zwischen Schlüsselgruppen unterscheidet.

Karte 4.1 zeigt die Prävalenz *schwerer* Angst- und Depressionssymptome (PHQ-4) und verdeutlicht dabei moderate Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 4.1 Prozent mit schweren Angst- und Depressionssymptomen in den letzten 2 Wochen (PHQ-4) (N =10 505)



4.1.2 Suizidgedanken

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?“*, gefolgt von der Aussage: *„Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich selbst verletzen, möchten“*. In EMIS-2024 wurde ein zusätzlicher Punkt aufgenommen: *„Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen“* [6]. **Tabelle 4.2** enthält die Antwortmöglichkeiten und den Anteil der Befragten, die die jeweilige Option angegeben haben.

Tabelle 4.2 Gedanken an Tod oder Selbstverletzung und Suizidgedanken in den letzten zwei Wochen

Wie oft haben Sie in den letzten zwei Wochen unter folgenden Problemen gelitten:	...Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich selbst verletzen möchten* N = 10 530	...Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen** N = 10 496
Überhaupt nicht	83,7	88,9
An manchen Tagen	12,1	8,7
An mehr als der Hälfte der Tage	2,2	1,3
Fast jeden Tag	2,0	1,0
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 62; **fehlende Angaben: n = 96

In ganz Deutschland hatten in den vergangenen zwei Wochen 16 % der Teilnehmenden daran gedacht, sich selbst zu verletzen, und 4 % hatten an mindestens der Hälfte der Tage in diesem Zeitraum daran gedacht, sich selbst zu verletzen. Der Anteil derjenigen, die in den vergangenen zwei Wochen daran gedacht hatten, sich das Leben zu nehmen, betrug 11 %, und 2 % hatten an mindestens der Hälfte der Tage daran gedacht, sich das Leben zu nehmen.

Abschnitt 4.3 zeigt auf regionaler Ebene den Anteil der Befragten, die in den letzten zwei Wochen daran gedacht hatten, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen. Kapitel 9 untersucht, wie sich dieser Anteil zwischen Schlüsselgruppen unterscheidet.

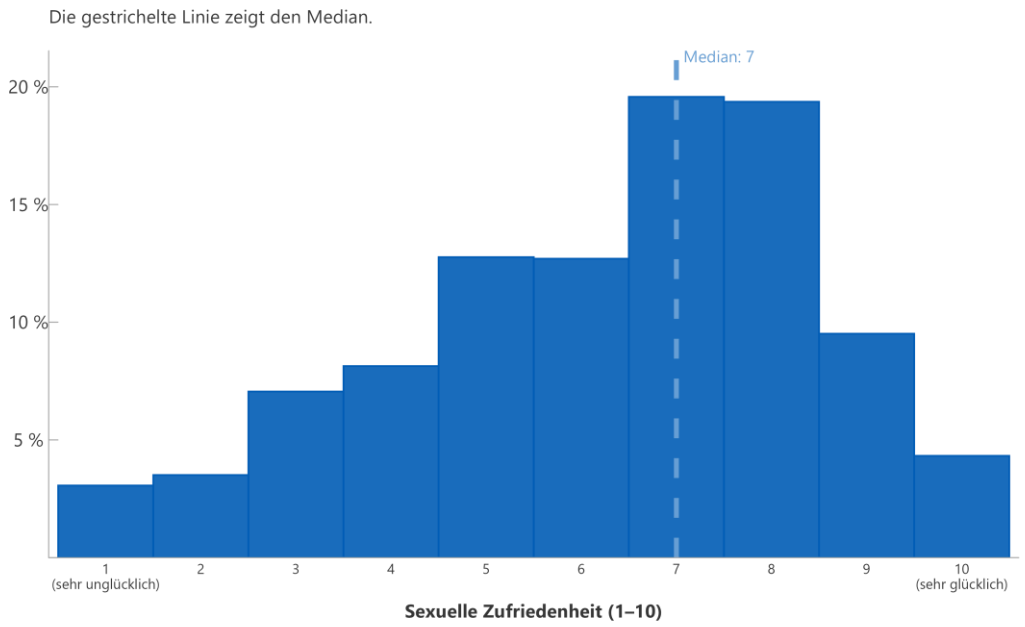
Morbiditäten treten häufig gemeinsam auf

Die Häufigkeit von Gedanken an Selbstverletzung hing deutlich mit dem berichteten Ausmaß von Angst- und Depressionssymptomen zusammen. Der Anteil der Befragten, die jeden Tag daran dachten, sich selbst zu verletzen, betrug 0,05 % bei Befragten mit normalem PHQ-4-Score, 0,5 % bei leichter, 2 % bei mittelschwerer und 22 % bei schwerer Angst- und Depressionssymptomatik.

4.1.3 Sexuelle (Un)zufriedenheit

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Auf einer Skala von 1 bis 10 (1: maximal unzufrieden; 10: maximal zufrieden): Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexleben?“*. **Abbildung 4.1** zeigt die Verteilung aller Werte. Insgesamt gaben 22 % einen Wert von 4 oder niedriger an; damit war etwa jeder fünfte Befragte in Deutschland mit seinem Sexualleben unzufrieden. **Abschnitt 4.3** zeigt auf regionaler Ebene den Anteil mit einem Wert von 1–4 für die Zufriedenheit mit dem Sexualleben, und **Kapitel 9** untersucht, wie sich dieser Anteil zwischen Schlüsselgruppen unterscheidet.

Abbildung 4.1 Sexuelle Zufriedenheit
(1 = sehr unzufrieden, 10 = sehr zufrieden; N = 10 545)



Morbiditäten treten häufig gemeinsam auf

Im Durchschnitt war die Zufriedenheit mit dem Sexualleben bei Befragten mit stärker ausgeprägter Angst- und Depressionssymptomatik geringer. Der mittlere Wert für die Zufriedenheit mit dem Sexualleben betrug 7 bei Befragten mit normalem PHQ-4-Score, 6 bei leichter, 5 bei mittelschwerer und ebenfalls 5 bei schwerer Angst- und Depressionssymptomatik. Ebenso war die Zufriedenheit mit dem Sexualleben umso geringer, je häufiger die Befragten an Suizid oder Selbstverletzung dachten.

4.1.4 Alkoholabhängigkeit (CAGE4)

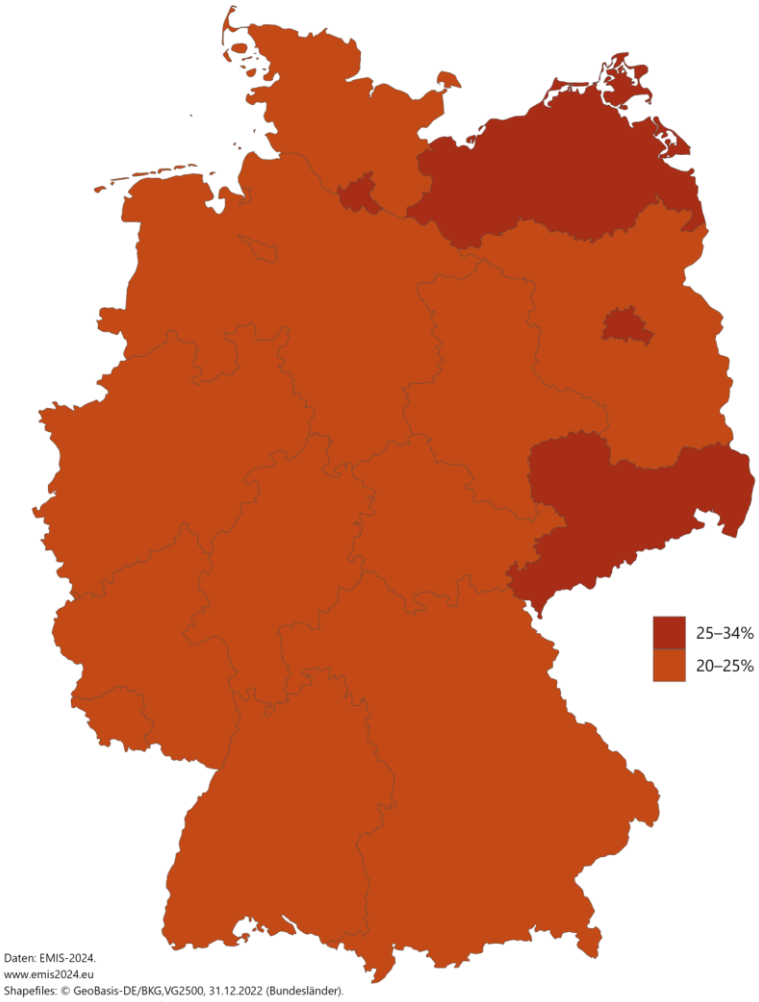
Wir verwendeten das CAGE4-Screeninginstrument zur Erfassung von Alkoholabhängigkeit [7]. Obwohl dieses Instrument nicht zur Diagnose gedacht ist und die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit möglicherweise überschätzt, wurde es aufgrund seiner Kürze und einfachen Auswertbarkeit ausgewählt.

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Bezogen auf Ihren Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten…“,* gefolgt von vier Fragen, die sie mit *„Ja“* oder *„Nein“* beantworten konnten:

- *“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?“*

Die Beantwortung von zwei oder mehr Aussagen mit *„Ja“* gilt als positives Screening-Ergebnis und weist auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit hin. Insgesamt erfüllten 23 % (N = 2476; fehlende Angaben: n = 0) die Kriterien für eine mögliche Alkoholabhängigkeit. **Abschnitt 4.3** zeigt die entsprechenden Anteile auf regionaler Ebene, und **Kapitel 9** untersucht, wie sich dieser Anteil zwischen Schlüsselgruppen unterscheidet. **Kapitel 7**, **Abschnitt 7.8** beschreibt die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit Drogen- und Alkoholkonsum. **Karte 4.2** zeigt die Prävalenz einer möglichen Alkoholabhängigkeit (CAGE-4) und verdeutlicht dabei moderate regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 4.2 Anteil mit potenzieller Alkoholabhängigkeit (CAGE-4)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Morbiditäten treten häufig gemeinsam auf

Eine mögliche Alkoholabhängigkeit war bei Befragten mit stärker ausgeprägter Angst- und Depressionssymptomatik häufiger: 33 % bei schwerer, 31 % bei mittelschwerer und 29 % bei leichter Symptomatik *vs.* 18 % bei Befragten mit normalem PHQ-4-Score. Ebenso war eine mögliche Alkoholabhängigkeit bei Befragten mit häufigeren Suizidgedanken häufiger: 36 % bei täglichen Gedanken, 29 % bei Gedanken an mehr als der Hälfte der Tage und 31 % bei Gedanken an einzelnen Tagen *vs.* 22 % bei Befragten, die in den letzten zwei Wochen nicht daran gedacht hatten, sich selbst zu verletzen oder sich das Leben zu nehmen.

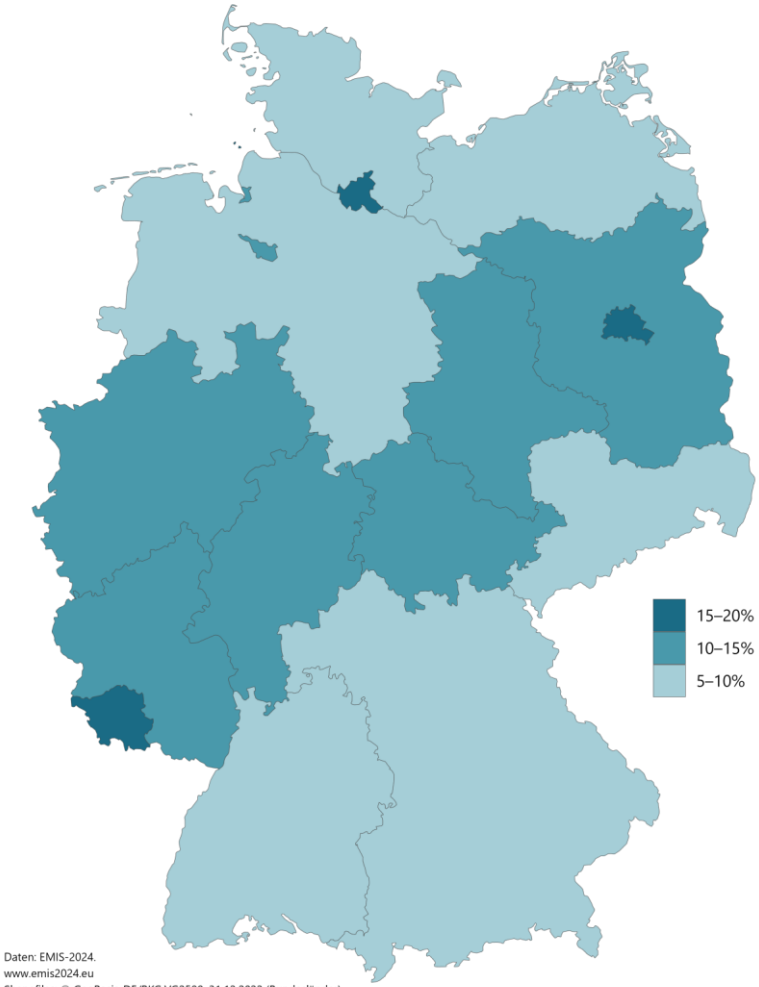
4.2 HIV und sexuell übertragene Infektionen

Sexuell übertragene Infektionen sind bei MSM eine häufige Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit und ein zentrales Thema von EMIS-2024. Da alle Angaben in der Befragung auf Selbstauskünften beruhten, wurden berichtete Diagnosen als Näherungswert für den Erwerb von Infektionen verwendet.

4.2.1 Prävalenz und Inzidenz von HIV-Diagnosen

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?“* Etwa jeder achte Befragte (12 %, N = 10 540; fehlende Angaben: n = 44) antwortete mit *„Ja“*. Abschnitt 4.3 zeigt auf regionaler Ebene den Anteil der Befragten mit berichteter HIV-Diagnose. Kapitel 9 vergleicht die Minderheit der Befragten mit HIV-Diagnose mit der Mehrheit der Befragten ohne HIV-Diagnose. **Karte 4.3** zeigt die HIV-Prävalenz unter den EMIS-2024-Befragten und zeigt dabei deutliche Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 4.3 Anteil der Befragten mit HIV-Diagnose
(N = 10 540)

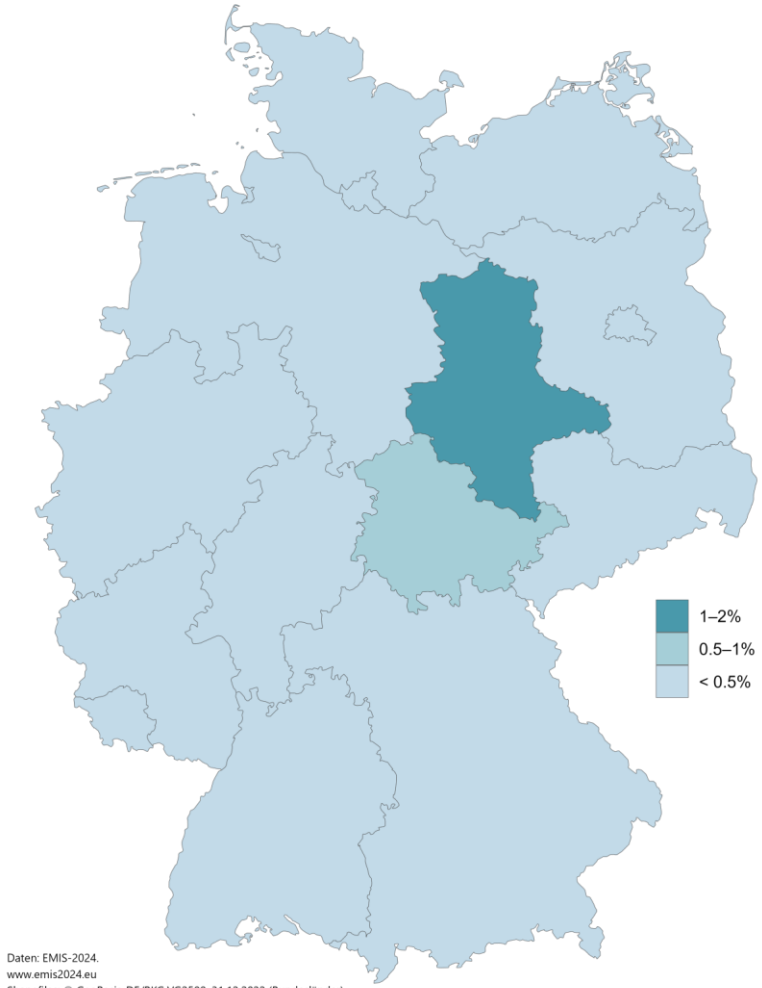


Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Studienteilnehmende mit HIV-Diagnose wurden gefragt, ob ihre HIV-Erstdiagnose innerhalb der letzten 12 Monate erfolgt war. Nach Ausschluss derjenigen, deren HIV-Diagnose bereits länger als 12 Monate zurücklag (n = 1259), berichteten 0,3 % der verbleibenden Befragten eine HIV-Erstdiagnose in den letzten 12 Monaten (N = 27). **Abschnitt 4.3** zeigt die regionalen Unterschiede im Anteil der Befragten mit einer HIV-Erstdiagnose in den letzten 12 Monaten.

Karte 4.4 zeigt den Anteil der Befragten mit einer HIV-Erstdiagnose in den letzten 12 Monaten als Näherungswert für die HIV-Inzidenz und verdeutlicht moderate regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands, die möglicherweise auf die geringen Fallzahlen zurückzuführen sind.

Karte 4.4: Anteil der Befragten mit einer HIV-Diagnose in den letzten 12 Monaten (N = 9278)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

4.2.2 Nachweisbare HIV-Viruslast

Studienteilnehmende, die berichteten, jemals eine HIV-Diagnose erhalten zu haben (12 %), wurden gefragt: *„Was war das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei Ihrer letzten Kontrolluntersuchung?“*. **Tabelle 4.3** zeigt die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und die jeweiligen Anteile.

Von den Befragten mit HIV wussten 1,6 % entweder nicht, ob ihre Viruslast beim letzten Test nachweisbar war, ihre HIV-Infektion war noch nie medizinisch kontrolliert worden. Unter den Befragten, die angaben, ihre HIV-Viruslast regelmäßig messen zu lassen, gaben 3 % eine nachweisbare Viruslast an, während 96 % eine nicht nachweisbare Viruslast angaben. Von den 1262 Befragten, die das Ergebnis ihres letzten Viruslasttests kannten („informierte Befragte“. in Spalte 3 der nachfolgenden Tabelle), gaben 3 % eine nachweisbare und 97 % eine nicht nachweisbare Viruslast an.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe lebten damit 0,4 % mit einer diagnostizierten, aber nicht supprimierten und somit potenziell übertragbaren HIV-Infektion. Darin eingeschlossen sind Befragte, deren HIV-Infektion noch nie medizinisch kontrolliert worden war und bei denen daher davon ausgegangen wurde, dass sie keine HIV-Therapie erhielten. **Abschnitt 4.3** zeigt auf regionaler Ebene den Anteil der Befragten mit diagnostizierter, aber nicht supprimierter HIV-Infektion.

Tabelle 4.3 Ergebnis des letzten HIV-Viruslasttests bei Befragten, deren HIV-Infektion jemals medizinisch kontrolliert wurde

Zuletzt gemessene HIV-Viruslast	% aller Befragten* N = 1279	% der informierten Befragten N = 1262
Nicht nachweisbar	95,7	97,0
Nachweisbar	3,0	3,0
Die Viruslast wurde mit mitgeteilt, aber ich weiß das Ergebnis nicht mehr.	0,2	-
Die Viruslast wurde gemessen, aber das Ergebnis wurde mir nicht mitgeteilt.	0,5	-
Die Viruslast wurde nicht gemessen.	-	-
Ich erinnere mich nicht.	0,5	-
Ich verstehe die Frage nicht.	0,1	-
[Nie medizinisch kontrolliert]	0,2	-
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0

4.2.3 Letzte Diagnose von Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien Infektion

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Wurde bei Ihnen jemals Syphilis festgestellt?“* Bei den Befragten, die mit *„Ja“* antworteten, wurde anschließend gefragt: *„Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine Syphilis festgestellt?“* Als Antwortmöglichkeiten standen verschiedene Zeiträume seit der letzten Diagnose zur Auswahl.

Entsprechende Fragen wurden zu *„Gonorrhö (Tripper)“* und *„Chlamydien oder LGV (eine Sonderform von Chlamydien)“* gestellt. **Tabelle 4.4** zeigt, wie lange die jeweils letzte Diagnose zurücklag, bei Befragten, die jemals eine dieser drei sexuell übertragbaren Infektionen berichtet hatten. Zur Inanspruchnahme einer Behandlung von Syphilis und Gonorrhö siehe Kapitel 7, Abschnitt 7.7.1.

Tabelle 4.4 Zeitpunkt der letzten Diagnose von Syphilis, Gonorrhö oder Chlamydien

Letzte Diagnose von...	Syphilis N = 10582*		Gonorrhö N = 10591**		Chlamydien/LGV N = 10589***	
	%	kumulativ %	%	kumulativ %	%	kumulativ %
In den letzten 24 Stunden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
In den letzten 7 Tagen	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
In den letzten vier Wochen	0,4	0,5	0,7	1,0	0,8	1,1
In den letzten 6 Monaten	2,1	2,6	3,7	4,7	3,2	4,3
In den letzten 12 Monaten	2,8	5,4	5,1	9,8	4,6	8,9
In den letzten fünf Jahren	8,4	13,8	9,9	19,7	10,1	19,0
Vor mehr als 5 Jahren	8,8	22,6	10,8	30,5	6,9	25,9
Niemals	77,5	100,0	69,4	100,0	74,0	100,0
Gesamt	**100,0**		**100,0**		**100,0**	

*fehlende Angaben: n = 10; **fehlende Angaben: n = 1; *fehlende Angaben: n = 3

Um zwischen Gonorrhö- und Chlamydien Diagnosen zu unterscheiden, die im Rahmen eines Screenings asymptomatischer Personen gestellt wurden, und solchen, die aufgrund von Symptomen erfolgten, wurde folgende Frage gestellt: *„Was war beim letzten Mal, als bei Ihnen Chlamydien festgestellt wurden, der Anlass für die Untersuchung?“*

Die Antwortmöglichkeiten waren:

- *Symptome (Schmerzen, Ausfluss, etc.)*
- *Ein Gesundheitscheck, ohne dass ich Symptome hatte*
- *Ein*e Partner*in hatte mich informiert, dass er*sie eine Gonorrhö/Chlamydien hatte.*
- *Ein anderer Grund*

Der Anteil der Befragten mit einer Gonorrhö Diagnose, die Symptome als Grund für den Test angaben, betrug 53 %, bei einer Chlamydien Diagnose waren es 39 %. Die Verteilung der Testgründe ist in **Tabelle 4.5** dargestellt.

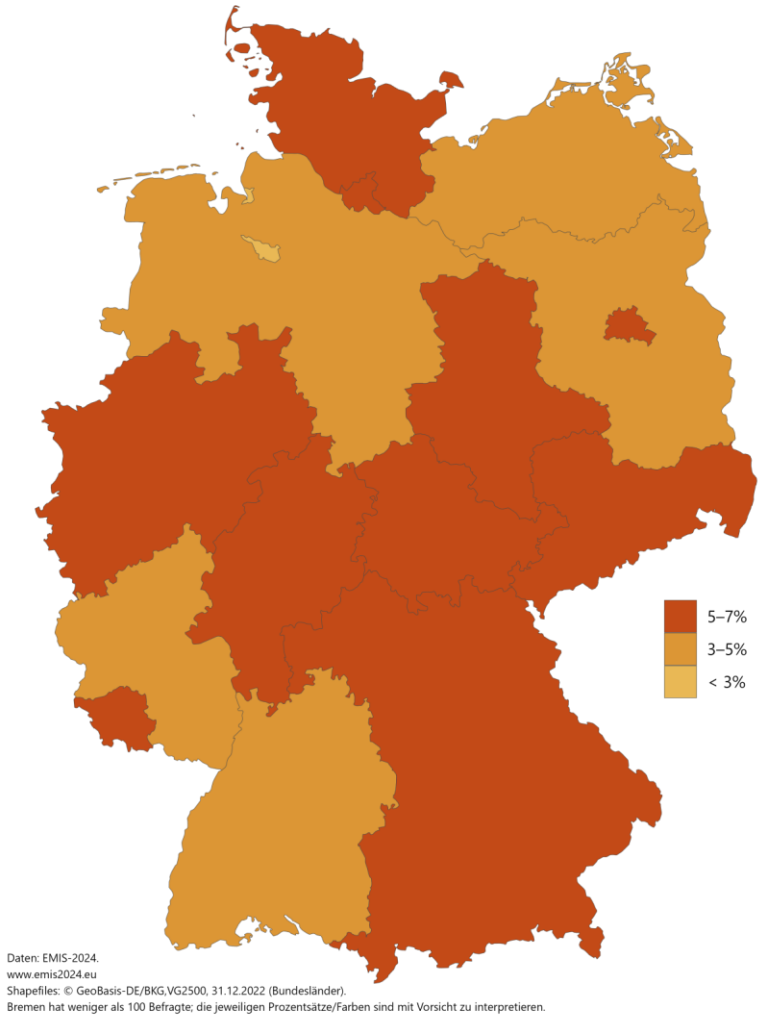
Tabelle 4.5 Testgründe bei Befragten mit Gonorrhö- oder Chlamydien Diagnose

Testgründe	Gonorrhö N = 1041*	Chlamydien N = 941**
	%	%
Symptome (Schmerzen, Ausfluss, etc.)	53,3	38,7
Ein Gesundheitscheck, ohne dass ich Symptome hatte	30,6	46,5
Ein*e Partner*in hatte mich informiert, dass er*sie eine Gonorrhö/Chlamydien hatte.	14,8	12,9
Ein anderer Grund	1,2	1,9
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2; **fehlende Angaben: n = 2

Karte 4.5 zeigt den Anteil der Befragten mit einer Syphilisdiagnose in den letzten 12 Monaten und verdeutlicht moderate regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

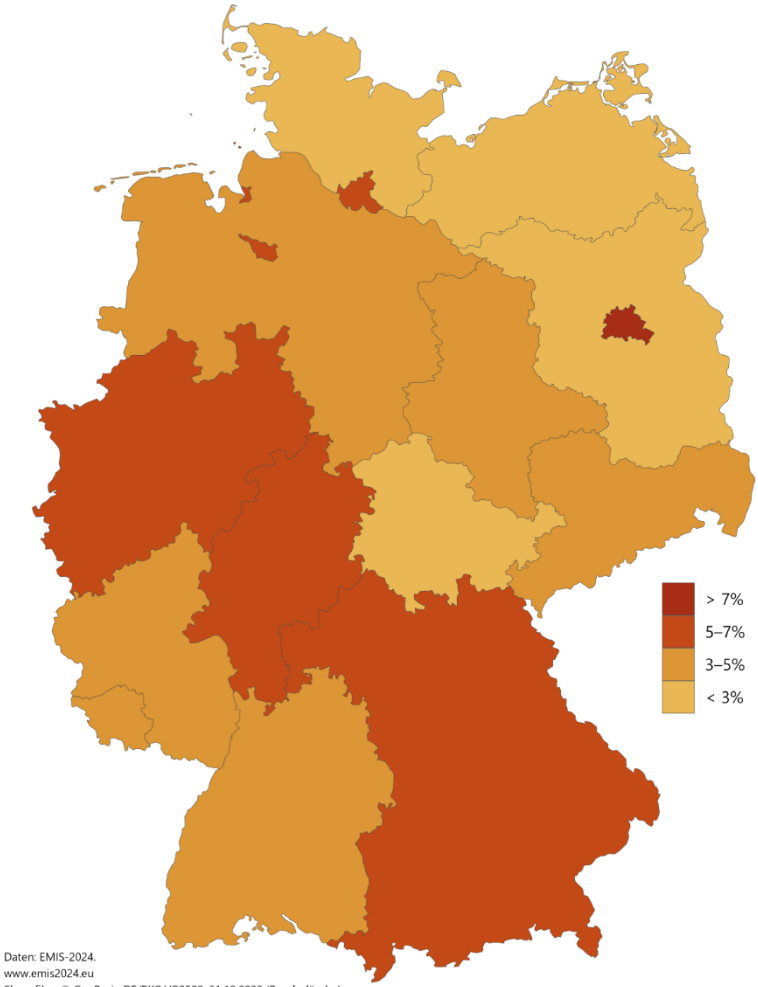
Karte 4.5 Anteil mit Syphilisdiagnose in den letzten 12 Monaten (N = 10 582)



Gonorrhö war, die am häufigsten diagnostizierte bakterielle STI, wobei alle drei Infektionen ein ähnliches geografisches Muster aufwiesen. **Abschnitt 4.3** zeigt auf regionaler Ebene die berichteten Diagnosen der drei Infektionen in den letzten 12 Monaten, und **Kapitel 9** untersucht, wie sich diese zwischen Schlüsselgruppen unterscheiden.

Karte 4.6 zeigt den Anteil der Befragten mit einer symptomatischen Gonorrhö Diagnose in den letzten 12 Monaten und verdeutlicht deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 4.6 Anteil mit symptomatischer Gonorrhö in den letzten 12 Monaten
(N = 10 592)

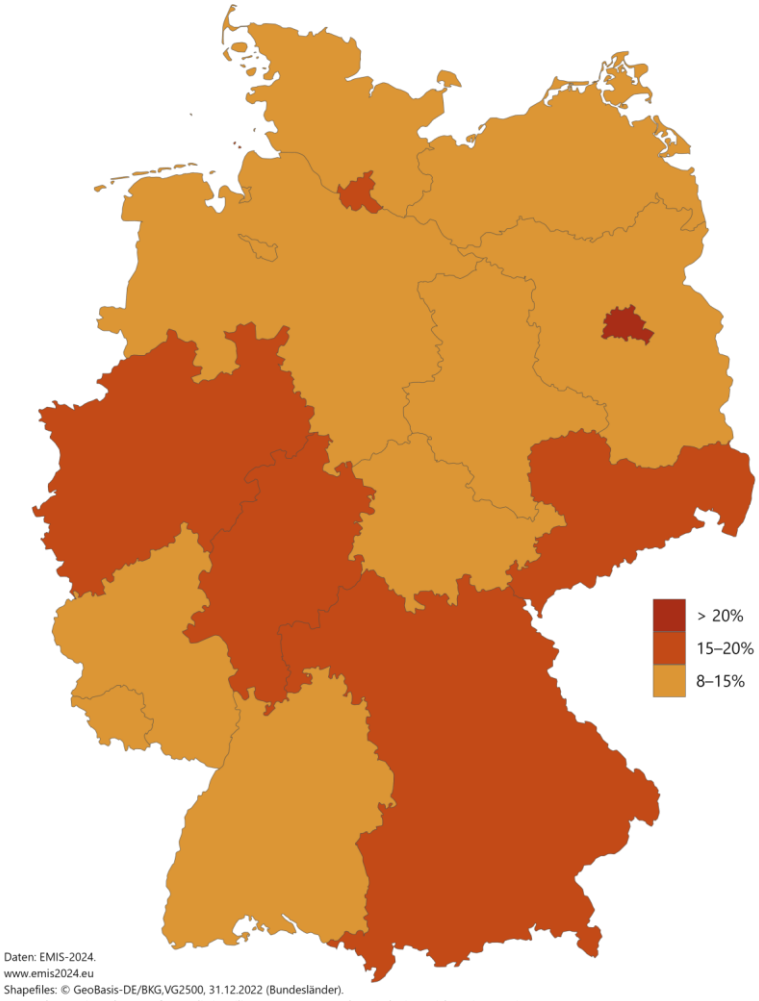


Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Werden alle drei bakteriellen STI zusammengefasst (unabhängig davon, ob sie symptomatisch oder asymptomatisch verliefen), berichteten 17 % der Befragten eine Diagnose einer bakteriellen STI in den letzten 12 Monaten.

Karte 4.7 Befragten mit einer Diagnose einer bakteriellen STI in den letzten 12 Monaten und verdeutlicht deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands. Für Gonorrhö liegen für Deutschland keine Meldedaten zum Vergleich vor.

Karte 4.7 Anteil mit Diagnose einer bakteriellen STI in den letzten 12 Monaten
(N = 10 592)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

4.2.4 Erstdiagnosen von Feigwarzen

Feigwarzen werden durch Humane Papillomaviren (HPV) verursacht. Sie gehören zu den häufigsten sexuell übertragenen Infektionen, werden jedoch häufig nicht diagnostiziert oder bleiben oft sogar unbemerkt, insbesondere wenn sie im oder am Anus auftreten. Gegen Humane Papillomviren steht eine hochwirksame Impfung zur Verfügung. In vielen europäischen Gesundheitssystemen wurde diese jedoch lange Zeit vor allem für Mädchen und junge Frauen und nicht für Jungen und junge Männer empfohlen und erstattet – siehe hierzu auch Kapitel 7, Abschnitt 7.2.3 zur Inanspruchnahme der HPV-Impfung.

Da die meisten MSM nicht von der Herdenimmunität profitieren, die entsteht, wenn ein großer Anteil weiblicher Sexualpartnerinnen geimpft ist, stellen HPV-Infektionen und die damit verbundenen Feigwarzen in dieser Population weiterhin ein relevantes Gesundheitsproblem dar [8]. Anders als bakterielle STI sind anale und genitale Feigwarzen schwer zu behandeln und können chronisch verlaufen. Aus diesem Grund fragten wir die Studienteilnehmenden nach ihrer *ersten* und nicht nach ihrer *letzten* Feigwarzendiagnose.

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Wurden bei Ihnen jemals Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) festgestellt?“*. Befragte, die mit *„Ja“* antworteten, wurden anschließend gefragt: *„Wann wurden bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) diagnostiziert?“* Als Antwortmöglichkeiten standen verschiedene Zeiträume seit der Erstdiagnose zur Auswahl. **Tabelle 4.6** zeigt, wie lange die Erstdiagnose zurücklag.

Tabelle 4.6 Zeitpunkt der ersten Feigwarzendiagnose

Erstdiagnose von Feigwarzen	Alle Befragten N = 10 591*	
	%	kumulativ %
In den letzten 24 Stunden	0,0	0,0
In den letzten 7 Tagen	0,0	0,0
In den letzten 4 Wochen	0,2	0,2
In den letzten 6 Monaten	0,8	1,0
In den letzten 12 Monaten	1,1	2,1
In den letzten 5 Jahren	4,5	6,6
Vor mehr als 5 Jahren	13,0	19,6
Niemals	80,4	100,0
Gesamt	**100,0**	

*fehlende Angaben: n = 1

Etwa jeder fünfte Befragte (20 %) berichtete, jemals eine Feigwarzendiagnose erhalten zu haben. Abschnitt 4.3 zeigt auf regionaler Ebene den Anteil der Befragten mit einer jemals erfolgten Feigwarzendiagnose, während Kapitel 9 untersucht, wie sich dieser Anteil zwischen wichtigen Zielgruppen unterscheidet.

4.2.5 Mpox

Im April 2022 wurde in Europa ein Mpox-Ausbruch (Klade IIb) Ausbruch festgestellt, der vorwiegend Männer betraf, die Sex mit Männern haben. In den folgenden Monaten breitete sich der Ausbruch auf mehr als 100 Länder weltweit aus [9]. Seit Ende 2025 und Anfang 2026 wurden in Deutschland und Europa Fälle einer anderen Mpox-Klade beobachtet (Klade Ib im Gegensatz zu Klade IIb, die den Ausbruch von 2022 verursacht hatte).

Ein abgeschwächter Pockenimpfstoff (MVA) wurde zur Impfung gegen Mpox zugelassen; die verfügbaren Impfstoffmengen waren jedoch begrenzt, und in vielen Ländern kam es zu Engpässen – siehe **Kapitel 7**, **Abschnitt 7.2.4** zur Mpox-Impfquote). Die Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Hatten Sie seit 2022 eine Mpox-Diagnose ('Affenpocken')?“*. Die Antwortmöglichkeiten und die Häufigkeit, mit der diese gewählt wurden, sind in **Tabelle 4.7** dargestellt.

Da nicht alle Mpox-Infektionen mit charakteristischen Symptomen einhergehen und nicht alle Personen mit Symptomen klinisch getestet und diagnostiziert wurden, sind die 1,7 % der Befragten, die eine Mpox-Diagnose berichteten, als Untergrenze für die tatsächliche Zahl der Mpox-Infektionen unter den Befragten anzusehen. **Abschnitt 4.3** zeigt auf regionaler Ebene den Anteil der Befragten mit berichteter Mpox-Diagnose.

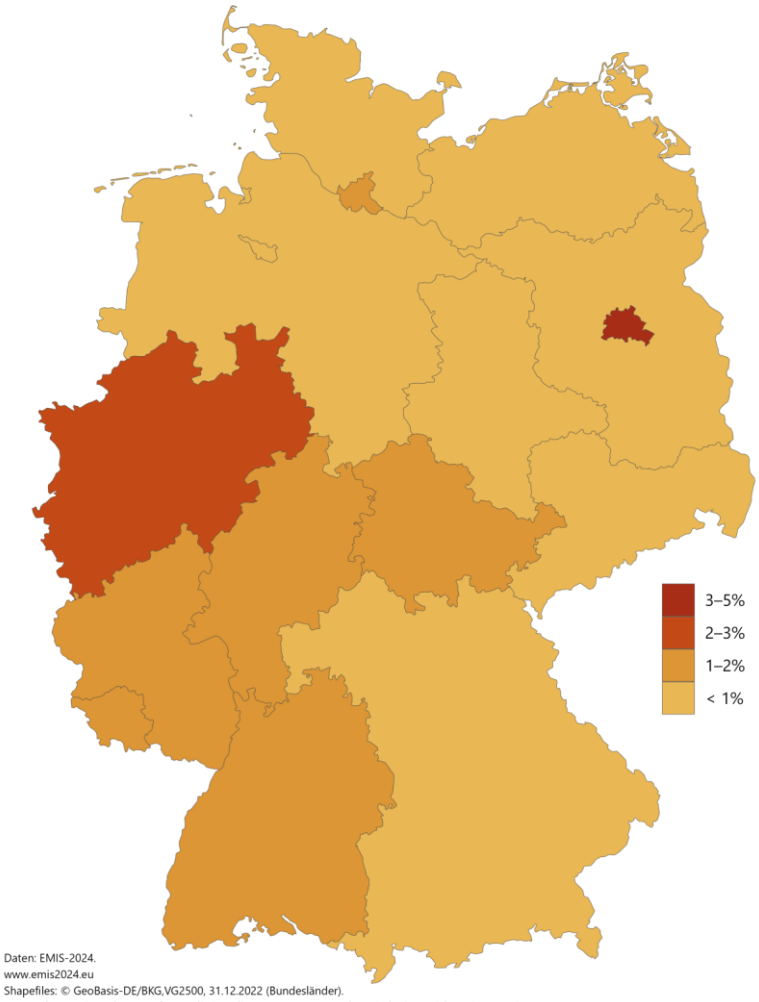
Tabelle 4.7 Mpox-Diagnose

Mpox-Diagnose N = 10579	% aller Befragten *
Nein, und ich hatte auch keine verdächtigen Symptome.	96,8
Nein, aber ich hatte Symptome, die mit Mpox zusammenhängen könnten.	0,9
Ja, und die Infektion wurde ärztlich festgestellt / bestätigt.	1,4
Ja, aber die Diagnose wurde nicht ärztlich bestätigt.	0,3
Ich weiß nicht	0,6
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 13

Karte 4.8 zeigt den Anteil der Befragten mit einer Mpox-Diagnose seit 2022 und zeigt deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands. Die Anteile stimmen sehr gut mit den deutschen Mpox-Meldedaten überein.

Karte 4.8 Anteil mit Mpox seit 2022 (N = 10 579)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Morbiditäten treten häufig gemeinsam auf

Befragte mit HIV-Diagnose berichteten häufiger als Befragte, die HIV-PrEP einnahmen, oder Befragte ohne HIV-Diagnose und ohne PrEP-Einnahme eine Syphilisdiagnose in den letzten 12 Monaten (11 % *vs.* 10 % *vs.* 1,8 %). Auch berichteten sie häufiger, jemals eine Feigwarzendiagnose (41 % *vs.* 25 % *vs.* 12 %) erhalten zu haben oder an Mpox erkrankt zu sein (5 % *vs.* 3 % *vs.* 0,2 %). Dagegen berichteten Befragte, die HIV-PrEP einnahmen, am häufigsten eine Gonorrhö Diagnose in den letzten 12 Monaten (22 % *vs.* 15 % bei Befragten mit HIV-Diagnose *vs.* 3 % bei Befragten ohne HIV-Diagnose und ohne PrEP-Einnahme) oder eine Chlamydien Diagnose in den letzten 12 Monaten (20 % *vs.* 13 % *vs.* 2 %).

Diese Ergebnisse zeigen, dass die beobachteten Morbiditätsmuster nicht nur das gemeinsame Auftreten von Infektionen widerspiegeln, sondern auch Unterschiede im Sexualverhalten und in der Testpraxis. Insbesondere häufigerer kondomloser Geschlechtsverkehr und häufigeres Testen – einschließlich des bei PrEP-Nutzenden üblichen Screenings auf asymptomatische extragenitale Gonorrhö- und Chlamydien Infektionen – spielen eine wesentliche Rolle für die beobachteten Diagnoseraten.

4.2.6 Virushepatitis

Studienteilnehmende wurden nach ihrem Impfstatus gegen Hepatitis A und B gefragt – siehe **Kapitel 7**, **Abschnitt 7.2.2** zur Impfquote gegen Hepatitis A und B).

Zu den Antwortmöglichkeiten gehörten: *„Nein, weil ich Hepatitis A hatte und nun immun dagegen bin“ bzw. „Nein, weil ich Hepatitis B hatte und nun immun dagegen bin“*. Da eine Hepatitis-B-Infektion chronisch verlaufen kann, gab es hier zusätzlich die Antwortmöglichkeit: *„Nein, ich leide an einer chronischen Hepatitis B“.*

Insgesamt berichteten 4 % der Befragten eine frühere Hepatitis-A-Infektion (N = 379; fehlende Angaben: n = 21), und 3 % (N = 325; fehlende Angaben: n = 14) eine frühere, inzwischen ausgeheilte Hepatitis-B-Infektion. Weitere 0,3 % berichteten eine chronische Hepatitis B. Zur Behandlung von Hepatitis B und C siehe **Kapitel 7**, **Abschnitt 7.7.2**.

Studienteilnehmende wurden außerdem gefragt: *„Wurde bei Ihnen jemals Hepatitis C diagnostiziert?“* Die Antwortmöglichkeiten lauteten *„Nein“*, *„Ja“* und *„Ich weiß nicht“*. Bundesweit antworteten 3 % mit *„Ja“* und 0,7 % mit *„Ich weiß nicht“*. Befragte, die eine frühere Hepatitis-C-Infektion angaben, wurden anschließend gefragt: *„Wann wurde bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL Hepatitis C diagnostiziert?“* Als Antwortmöglichkeiten standen verschiedene Zeiträume seit der Erstdiagnose zur Auswahl (siehe **Tabelle 4.8**). Zudem wurden sie gefragt: *„Wie oft haben Sie sich mit Hepatitis C infiziert?* Die Antwortmöglichkeiten waren: „Einmal“, „Zweimal“, „Dreimal oder häufiger“.

Tabelle 4.8 Zeitpunkt der ersten von Hepatitis-C-Diagnose

Letzte Hepatitis-C-Diagnose N = 10590	Alle Befragten*	
	%	kumulativ %
In den letzten 24 Stunden	0,0	0,0
In den letzten 7 Tagen	0,0	0,0
In den letzten 4 Wochen	0,0	0,0
In den letzten 6 Monaten	0,1	0,1
In den letzten 12 Monaten	0,1	0,2
In den letzten 5 Jahren	0,7	0,9
Vor mehr als 5 Jahren	1,7	2,6
Niemals	97,4	100,0
Gesamt	**100,0**	

*fehlende Angaben: n = 2

Von den 278 Befragten mit einer früheren Hepatitis-C-Infektion hatten 7 % ihre Erstdiagnose in den letzten 12 Monaten erhalten (fehlende Angaben: n = 12); 84 % berichteten eine einmalige Infektion, 13 % zwei Infektionen und 3 % drei oder mehr Infektionen (fehlende Angaben: n = 13).

Bei den meisten Befragten mit einer früheren Hepatitis-C-Infektion war die Infektion ausgeheilt – entweder spontan ohne Behandlung (27 %) oder nach einer Behandlung (68 %), im Einklang mit der zunehmenden Inanspruchnahme von Hepatitis-C-Behandlungen in den vergangenen Jahren [10,11]. Allerdings berichteten 1,1 %, zum Zeitpunkt der Befragung weiterhin Hepatitis C zu haben; weitere 4 % kannten ihren aktuellen Infektionsstatus nicht.

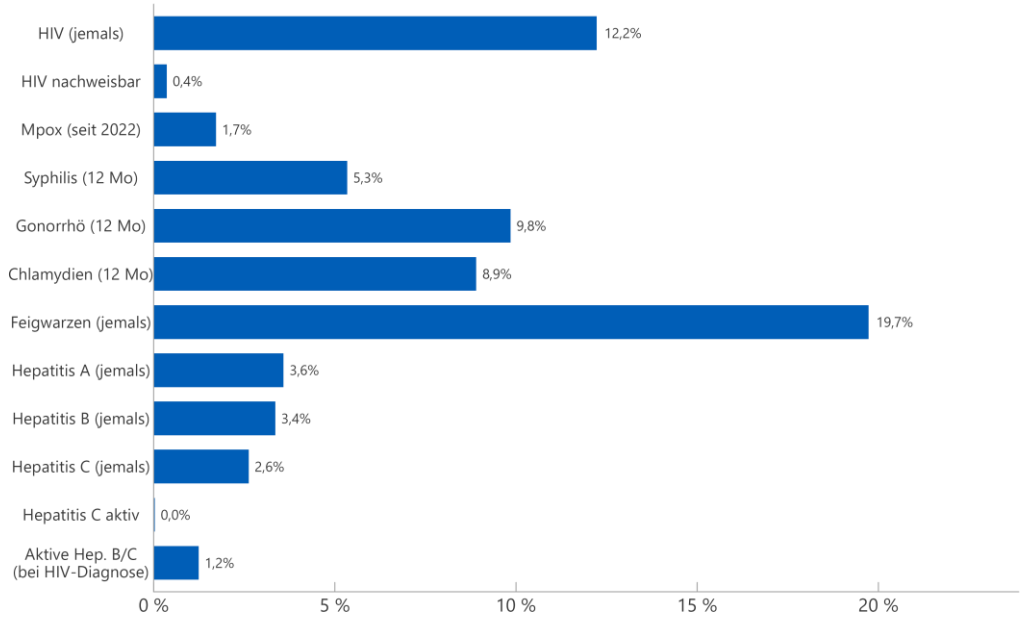
UNAIDS empfiehlt für das *Global AIDS-Monitoring* den Indikator *„Prävalenz von Hepatitis und HIV-Infektion in Schlüsselpopulationen (HBV+HCV)*". Da eine chronische Hepatitis-B-Infektion nur schwer heilbar und eine Hepatitis-C-Infektion spontan oder nach einer Behandlung ausheilen kann, wurde eine HIV/Hepatitis-Koinfektion als diagnostizierte HIV-Infektion in Kombination mit entweder chronischer Hepatitis B oder aktuell bestehender aktiver Hepatitis C definiert. Nach dieser Definition berichteten zum Zeitpunkt der Befragung 0,2 % aller Befragten in Deutschland bzw. 1,2 % der Befragten mit HIV-Diagnose eine HIV/Hepatitis-Koinfektion.

Morbiditäten treten häufig miteinander auf

Eine jemals erfolgte Hepatitis-C-Diagnose war bei Befragten mit HIV-Diagnose deutlich häufiger (14 %) als bei Befragten, die HIV-PrEP einnahmen (1,6 %), oder bei Befragten ohne HIV-Diagnose und ohne PrEP-Einnahme (0,7 %).

Abbildung 4.2 fasst die Erfahrungen mit HIV, Virushepatitis und ausgewählten sexuell übertragenen Infektionen zusammen.

Abbildung 4.2 Erfahrungen mit HIV, ausgewählten STI und Virushepatitis



4.3 Regionale Unterschiede bei Morbiditäten

Tabelle 4.9 Regionale Unterschiede bei Morbiditäten

Deutschland	Befragte	% schwere Angst / Depression [a]	% Selbstverletzungsgedanken	% Suizidgedanken	% sexuell unzufrieden	% potenzielle Alkoholabhängigkeit [b]
Gesamt	**10 592**	**7,3**	**4,2**	**2,4**	**21,8**	**23,4**
Bundesländer						
Baden-Württemb.	1223	6,8	4,4	2,7	22,4	21,1
Bayern	1435	6,8	3,5	1,8	22,7	23,2
Berlin	1570	8,6	4,0	2,7	19,0	28,2
Brandenburg	218	4,6	5,5	1,9	23,0	21,3
Bremen	89	(10,2)	(6,7)	(4,5)	(16,3)	(21,3)
Hamburg	438	6,7	2,3	1,4	19,9	27,4
Hessen	834	6,9	4,6	2,7	21,8	23,5
Mecklenburg-V.	107	12,3	5,7	1,9	29,0	28,0
Niedersachsen	667	7,2	5,0	2,3	22,3	20,5
Nordrhein-Westf.	2336	7,2	3,8	2,1	20,4	22,2
Rheinland-Pfalz	343	9,7	5,0	3,2	25,9	21,1
Saarland	127	11	7,1	6,3	27,2	21,3
Sachsen	495	5,9	4,9	2,2	24,4	25,3
Sachsen-Anhalt	171	4,8	3,6	1,2	30,0	23,2
Schleswig-Holstein	324	7,1	5,3	2,8	22,9	21,6
Thüringen	160	6,9	3,1	0,6	23,3	20,0
Städte						
Düsseldorf	176	8,5	5,1	4,0	17,0	24,4
Frankfurt	252	4,0	3,2	2,0	13,1	26,7
Hannover	124	8,9	4,1	3,3	25,0	25,0
Köln	551	6,6	3,3	1,6	18,0	30,9
Leipzig	144	7,6	4,9	3,5	22,2	30,6
München	488	4,1	2,3	1,0	16,8	23,8
Stuttgart	159	3,8	1,3	1,3	19,5	22,6

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a]PHQ-4; [b]CAGE-4. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 4.9 Regionale Unterschiede bei Morbiditäten (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% HIV-Diagnose	% HIV-Neudiagnose [a]	% nachweisbare Viruslast [b]
Gesamt	**10 592**	**12,2**	**0,3**	**3,0**
Bundesländer				
Baden-Württemb.	1223	9,4	0,3	0,9
Bayern	1435	9,3	0,2	3,0
Berlin	1570	17,6	0,2	2,6
Brandenburg	218	10,1	0,0	(4,5)
Bremen	89	(13,5)	(0,0)	[0,0]
Hamburg	438	17,1	0,3	(2,8)
Hessen	834	12,2	0,4	(4,0)
Mecklenburg-V.	107	7,5	(0,0)	[0,0]
Niedersachsen	667	7,6	0,3	(6,1)
Nordrhein-Westf.	2336	14,1	0,3	2,2
Rheinland-Pfalz	343	10,3	0,3	(2,9)
Saarland	127	15,1	0,0	[0,0]
Sachsen	495	9,3	0,2	(6,5)
Sachsen-Anhalt	171	11,8	1,3	[0,0]
Schleswig-Holstein	324	9,0	0,0	(6,9)
Thüringen	160	10,0	0,7	[18,8]
Städte				
Düsseldorf	176	17,0	0,7	(0,0)
Frankfurt	252	15,1	0,5	(5,4)
Hannover	124	5,6	0,0	[0,0]
Köln	551	21,6	0,5	0,0
Leipzig	144	11,1	0,0	[0,0]
München	488	14,4	0,2	(0,0)
Stuttgart	159	15,1	1,5	(4,2)

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] letzte 12 Monate; [b] bei Befragten mit HIV-Diagnose. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 4.9 Regionale Unterschiede bei Morbiditäten (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% Syphilis [a]	% Gonorrhö [a]	% Chlamydien [a]	% Feig-warzen [b]	% Mpox [c]	% aktive Hepatitis B oder C
Gesamt	**10 592**	**5,3**	**9,8**	**8,9**	**19,7**	**1,7**	**1,2**
Bundesländer							
Baden-Württemb.	1223	4,8	7,1	8,7	16,6	1,0	0,9
Bayern	1435	5,0	9,1	7,5	17,9	0,6	0,8
Berlin	1570	6,7	18,0	15,0	28,9	4,2	1,8
Brandenburg	218	4,1	4,6	2,8	16,1	0,9	(9,1)
Bremen	89	(2,3)	(9,0)	(6,7)	(18,2)	(0,0)	[0,0]
Hamburg	438	5,5	11,4	9,6	25,4	1,1	(1,4)
Hessen	834	5,8	9,5	8,4	19,1	1,9	1,0
Mecklenburg-V.	107	3,7	3,7	3,7	10,4	0,0	[0,0]
Niedersachsen	667	3,8	6,1	5,2	16,8	0,5	(2,0)
Nordrhein-Westf.	2336	5,5	9,8	9,6	21,9	2,4	0,9
Rheinland-Pfalz	343	3,5	7,9	7,3	14,6	1,5	(0,0)
Saarland	127	5,6	5,5	3,9	14,3	1,6	[5,3]
Sachsen	495	5,7	8,7	6,5	11,3	0,8	(0,0)
Sachsen-Anhalt	171	7,0	7,0	4,1	15,5	0,0	[0,0]
Schleswig-Holstein	324	5,0	4,6	5,9	11,1	0,0	(0,0)
Thüringen	160	5,6	5,6	5,6	13,2	1,2	[0,0]
Städte							
Düsseldorf	176	7,4	15,3	12,5	30,3	2,3	(0,0)
Frankfurt	252	6,0	13,5	13,5	22,9	3,2	(2,6)
Hannover	124	4,8	11,3	5,6	24,4	0,8	[0,0]
Köln	551	7,8	12,2	13,4	30,2	4,9	0,0
Leipzig	144	6,2	11,1	7,6	9,1	0,0	[0,0]
München	488	4,5	12,7	8,4	24,2	1,2	(0,0)
Stuttgart	159	7,5	6,3	5,7	24,1	2,5	(0,0)

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] in den letzten 12 Monaten; [b] insgesamt; [c] seit 2022. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Literatur

1. Malik MH, Iqbal S, Noman M, Sarfraz Z, Sarfraz A, Mustafa S. Mental health disparities among homosexual men and minorities: A systematic review. *Am J Mens Health*. 2023;17(3):15579883231176646. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37219009

2. Sattler FA, Franke GH, Christiansen H. Mental health differences between german gay and bisexual men and population-based controls. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):267. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28732497

3. Igartua KJ, Gill K, Montoro R. Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Can J Commun Ment Health*. 2003;22(2):15–30. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868835

4. Sikkema KJ, Watt MH, Drabkin AS, Meade CS, Hansen NB, Pence BW. Mental health treatment to reduce HIV transmission risk behavior: A positive prevention model. *AIDS Behav*. 2010;14(2):252–62. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20013043

5. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613–21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996233

6. Luo Z, Feng T, Fu H, Yang T. Lifetime prevalence of suicidal ideation among men who have sex with men: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):406. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29268723

7. Shields AL, Caruso JC. A reliability induction and reliability generalization study of the CAGE questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*. 2004;64(2):254–70.

8. Tota JE, Giuliano AR, Goldstone SE, Dubin B, Saah A, Luxembourg A, *et al.* Anogenital human papillomavirus (HPV) infection, seroprevalence, and risk factors for HPV seropositivity among sexually active men enrolled in a global HPV vaccine trial. *Clin Infect Dis*. 2022;74(7):1247–56. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34265048

9. Laurenson-Schafer H, Sklenovska N, Hoxha A, Kerr SM, Ndumbi P, Fitzner J, *et al.* Description of the first global outbreak of mpox: An analysis of global surveillance data. *Lancet Glob Health*. 2023;11(7): e1012–23. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37349031

10. Van Santen DK, Van Der Helm JJ, Lindenburg K, Schim Van Der Loeff M, Prins M. HIV and Hepatitis C treatment uptake among people who use drugs participating in the Amsterdam Cohort Studies, 1985–2015. *Int J Drug Policy*. 2017;47. Available from: https://dx.DOI.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.026

11. Boerekamps A, Newsum AM, Smit C, Arends JE, Richter C, Reiss P, *et al.* High treatment uptake in human immunodeficiency virus/Hepatitis C virus-coinfected patients after unrestricted access to direct-acting antivirals in the Netherlands. *Clin Infect Dis*. 2018;66(9):1352–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29186365

Kapitel 5: Schutz- und Risikoverhalten

Dieses Kapitel beschreibt die von den Befragten berichteten Verhaltensweisen. EMIS-2024 konzentriert sich vor allem auf Verhaltensweisen, die das Risiko für die in **Kapitel 4** beschriebenen Morbiditäten erhöhten oder verringerten – also auf Risiko- und Schutzverhalten.

Wir fragten nach zwei Kategorien von Risikoverhalten (sexuelle Aktivitäten, Drogenkonsum und deren Kombination) und fünf Arten von Schutzverhalten (Einnahme antiretroviraler Medikamente, Einnahme von Antibiotika zur Prävention von Syphilis und Chlamydien Infektionen [obwohl diese hierfür nicht allgemein empfohlen wird], Kondomgebrauch, Austausch von Informationen zum HIV-Status und Impfungen). Alle Analysen zu Impfungen werden in **Kapitel 7** zu Interventionen dargestellt.

Das Kapitel enthält einen begrenzten Vergleich mit früheren EMIS-Wellen; aufgrund von Unterschieden in der Zusammensetzung der Stichproben sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretiert.

5.1 Einnahme von HIV-Medikamenten bei Befragten mit HIV

Insgesamt berichteten 12 % (N = 1289), dass bei ihnen HIV diagnostiziert worden war (siehe **Abschnitt 4.2.1**). Bei Menschen mit HIV-Diagnose kann eine antiretrovirale Therapie (ART) zu einer nicht nachweisbaren Viruslast führen; in diesem Fall kann HIV sexuell nicht übertragen werden (U=U; nicht nachweisbar = nicht übertragbar; Schutz durch Therapie). Die Einnahme einer HIV-Therapie ist daher ein Schutzverhalten, das bei Befragten mit HIV zur Verhinderung einer weiteren HIV-Übertragung beiträgt und die eigene Lebenserwartung und Lebensqualität verbessert.

Studienteilnehmende, bei denen jemals HIV diagnostiziert worden war, wurden gefragt: *„Haben Sie jemals eine gegen HIV gerichtete Behandlung mit Medikamenten (ART, HAART, Kombinationstherapie) bekommen?“* Befragte, die jemals ART eingenommen hatten, wurden anschließend gefragt: *„Erhalten Sie derzeit eine gegen HIV gerichtete medikamentöse Behandlung?“* Die Anteile für die einzelnen Antworten sind in **Tabelle 5.1** dargestellt.

Tabelle 5.1 Einnahme einer antiretroviralen Therapie (ART)

ART-Einnahme bei Befragten mit HIV-Diagnose					
	N*	%	Derzeit	N**	%
Jemals ART eingenommen	1 214	94,5	Derzeit ART eingenommen	1 200	99,3
Nie ART eingenommen	43	3,3	Nicht mehr eingenommen	8	0,7
Ich weiß nicht mehr	28	2,2			
Gesamt	**1 285**	**100,0**		**1 208**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 4; **fehlende Angaben: n = 6

Von den Befragten mit HIV-Diagnose berichteten 94 %, jemals ART eingenommen zu haben; nach Ausschluss derjenigen, die nicht wussten, ob sie ART eingenommen hatten, waren es 97 %. Von den Befragten, die jemals ART eingenommen hatten, nahmen 99 % diese zum Zeitpunkt der Befragung weiterhin ein.

Insgesamt gaben 93 % der Befragten mit HIV an, derzeit ART einzunehmen; nach Ausschluss derjenigen, die dies nicht wussten oder keine Angabe machten, waren es 95 %. In **Kapitel 7**, **Abschnitte 7.7.3** und **7.7.4** behandeln die medizinische Betreuung und Behandlung von HIV sowie den Zeitpunkt des ART-Beginns ausführlicher.

Der in **Tabelle 5.21** ausgewiesene Anteil von 99 % mit derzeitiger ART-Einnahme entspricht Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade. Anders als die oben genannten Anteile wird er nur unter Befragten berechnet, die bereits die Kriterien der vorangegangenen Stufen der Versorgungskaskade erfüllten und für die die jeweils erforderlichen Angaben vorlagen. Befragte mit fehlenden Angaben in früheren Stufen gehen daher nicht in den Nenner ein, was zu dem höheren Anteil beiträgt.

5.2 HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) und HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

HIV-negative Personen können ihr Risiko einer HIV-Infektion durch die Einnahme einer antiretroviralen Chemoprophylaxe verringern. Bei korrekter Anwendung sind die Postexpositionsprophylaxe (PEP) und die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) hochwirksam: PEP verhindert eine HIV-Infektion nach einer möglichen Exposition, PrEP bei fortbestehendem HIV-Risiko. Die Inanspruchnahme und Anwendung dieser Maßnahmen stellen daher Formen des Schutzverhaltens dar.

5.2.1 Inanspruchnahme von PEP

Teilnehmende, die noch nie einen HIV-Test gemacht hatten, sowie diejenigen, deren letztes Testergebnis HIV-negativ war, wurden gefragt: *„Haben Sie jemals eine PEP genommen?"*

Tabelle 5.2 Einnahme von PEP bei allen Befragten ohne HIV-Diagnose (N = 9237)

Einnahme von PEP	% der Befragten ohne HIV-Diagnose
	N = 9237*
Nein, ich hielt das nie für notwendig	75,5
Nein, ich konnte keine bekommen	6,9
Nein, ich hätte die Möglichkeit gehabt, habe mich aber dagegen entschieden	3,4
Ja, ich habe die PEP einmal genommen	4,5
Ja, ich habe die PEP mehr als einmal genommen	8,7
Ich weiß nicht mehr	0,9
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 14

Bundesweit gaben 13 % an, schon einmal eine PEP eingenommen zu haben, und 9 % hatten mehr als nur einen Einnahmezyklus absolviert. Unter den Befragten, die noch nie eine PEP eingenommen hatten (N=8016), gaben 8 % an, dass sie keine Möglichkeit dazu bekommen hatten.

5.2.2 Inanspruchnahme von PrEP

Alle Studienteilnehmenden ohne HIV-Diagnose wurden gefragt: *„Haben Sie jemals versucht, die PrEP zu bekommen?"* Bundesweit gaben 40 % (N = 3667; fehlende Angaben: n = 84) an, jemals versucht zu haben, PrEP zu erhalten. Diese Befragten wurden anschließend gefragt: *„Haben Sie jemals die PrEP eingenommen?"* Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 5.3** dargestellt.

Tabelle 5.3 Nutzung von PrEP (N = 9219)

Einnahme von PrEP	% der Befragten ohne HIV-Diagnose
	N = 9218*
Nein	65,5
Ja, täglich, und ich nehme sie dauerhaft	21,4
Ja, ich habe die PrEP früher genommen, aber ich nehme sie jetzt nicht mehr	3,6
Ja, bei Bedarf, aber nicht jeden Tag	9,5
Ich weiß nicht mehr	0,0
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 33

Von den Befragten ohne HIV-Diagnose gaben 34 % an, jemals PrEP eingenommen zu haben; 31 % nahmen sie entweder täglich oder bei Bedarf ein.

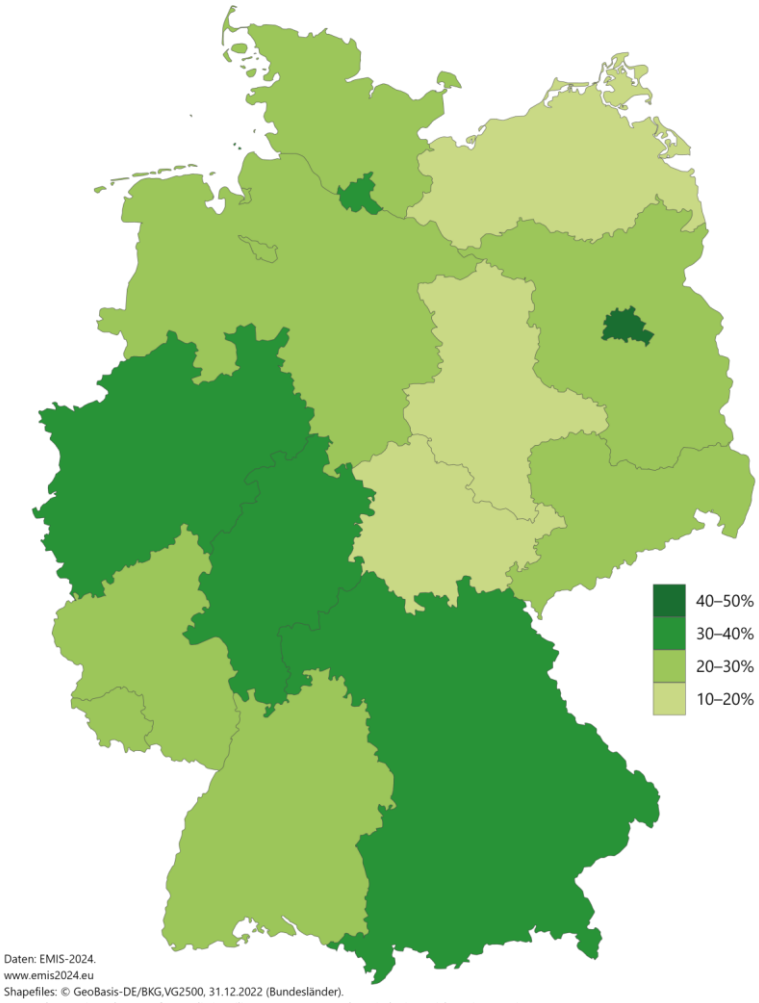
Die Studienteilnehmenden wurden außerdem gefragt: *„Wann haben Sie zuletzt eine PrEP eingenommen?"* Als Antwortmöglichkeiten standen verschiedene Zeiträume seit der letzten Einnahme zur Auswahl.

Von den aktuellen PrEP-Nutzenden, die eine längerfristige tägliche Einnahme angaben (N = 1970), hatten 95 % innerhalb der letzten 24 Stunden PrEP-Tabletten eingenommen. Dies deutet darauf hin, dass 5 % ihre letzte Dosis ausgelassen hatten.

Anhand dieser Frage lässt sich auch beurteilen, in welchem Umfang PrEP bei Bedarf eingenommen wird. Von den aktuellen PrEP-Nutzenden ohne längerfristige tägliche Einnahme hatten 97 % PrEP innerhalb der letzten 12 Monate PrEP bei Bedarf eingenommen, 74 % innerhalb der letzten vier Wochen. Dies deutet auf eine häufige oder regelmäßige Einnahme in dieser Gruppe hin.

Karte 5.1 zeigt den Anteil der Befragten mit aktueller PrEP-Einnahme und weist auf deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands hin.

Karte 5.1 Anteil mit aktueller PrEP-Einnahme (täglich oder bei Bedarf), ohne Befragte mit HIV-Diagnose (N = 9218)



Frankreich war 2016 das erste Land in Europa, das HIV-PrEP einführte. In den folgenden Jahren wurde PrEP schrittweise in weiteren europäischen Ländern eingeführt; in den meisten Ländern begann die Kostenübernahme durch die öffentlichen Gesundheitssysteme zwischen 2016 und 2018. In Deutschland erfolgte die Einführung 2019. Befragte, die jemals PrEP eingenommen hatten, wurden gefragt: *„In welchem Jahr haben Sie mit der PrEP angefangen?"* Als Antwortmöglichkeiten standen die einzelnen Jahre von 2012 bis 2022 sowie eine gemeinsame Kategorie für 2023/24 zur Auswahl. Entsprechend hatten nur 1,7 % der Befragten vor 2016 mit der PrEP-Einnahme begonnen; 27 % begannen zwischen 2016 und 2019 und 71 % zwischen 2020 und 2023/2024.

Einer der ECDC-Indikatoren [1] ist der Anteil HIV-negativer MSM, die innerhalb des vergangenen Jahres mit der PrEP begonnen haben; in EMIS-2024 entspricht dies der Kategorie 2023/24. Deutschlandweit gab etwa jeder vierte PrEP Nutzende (25 %) an, innerhalb des letzten Jahres mit PrEP begonnen zu haben, also im Jahr 2023 oder in den Monaten vor Abschluss der Befragung in der ersten Jahreshälfte 2024.

5.2.3 Antibiotische STI-Prophylaxe („Doxy-PEP")

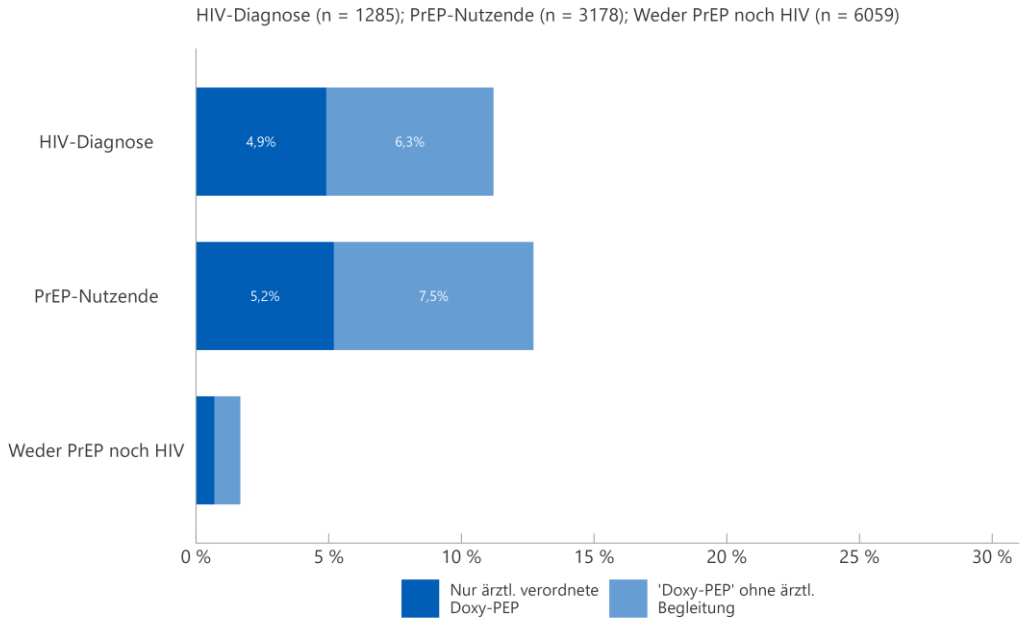
Doxy-PEP (Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe) ist eine neue Präventionsstrategie zur Verringerung des Risikos bestimmter bakterieller STI, insbesondere Syphilis und Chlamydien Infektionen. Dabei wird nach dem Sex eine Einzeldosis Doxycyclin eingenommen (idealerweise innerhalb von 24 Stunden, spätestens jedoch nach 72 Stunden). Studien aus den USA [2] und Frankreich [3] zeigten bei MSM und einigen trans Frauen eine vielversprechende Verringerung der Inzidenz bakterieller STI, der Ansatz hat sich in Europa bislang jedoch nicht breit durchgesetzt. Die aktuelle Diskussion konzentriert sich auf die Wirksamkeit, das Potenzial für die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen [4] und die Frage, wie Doxy-PEP in umfassendere Strategien zur sexuellen Gesundheit integriert werden kann [5,6].

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Haben Sie jemals Antibiotika, (z.B. Doxycyclin) vor oder nach dem Sex eingenommen, um das Risiko zu reduzieren, eine sexuell übertragene Infektion zu bekommen? Dies wird manchmal auch als ‚Doxy-PrEP' oder ‚Doxy-PEP' bezeichnet."* Anschließend wurde nach dem Zeitpunkt der letzten Einnahme gefragt. **Kapitel 7**, **Abschnitt 7.4.5** untersucht die Bezugsquellen von Antibiotika zur STI-Prävention („Doxy-PEP").

Deutschlandweit berichteten 6 %, Antibiotika zur STI-Prävention eingenommen zu haben. Höhere Anteile fanden sich unter PrEP-Nutzenden (13 %) und bei Befragten mit HIV-Diagnose (11 %) – den beiden Gruppen mit regelmäßigem Zugang zur medizinischen HIV-Versorgung. Allerdings entfielen 16 % der berichteten Doxy-PEP-Einnahme auf Befragte, die weder eine HIV-Diagnose hatten noch PrEP einnahmen. Bislang konnte jedoch keine Studie in dieser Gruppe eine Wirksamkeit gegen eine bakterielle STI nachweisen, und in aktuellen Leitlinien wird diese Gruppe im Allgemeinen nicht als vorrangige Zielpopulation für Doxy-PEP angesehen.

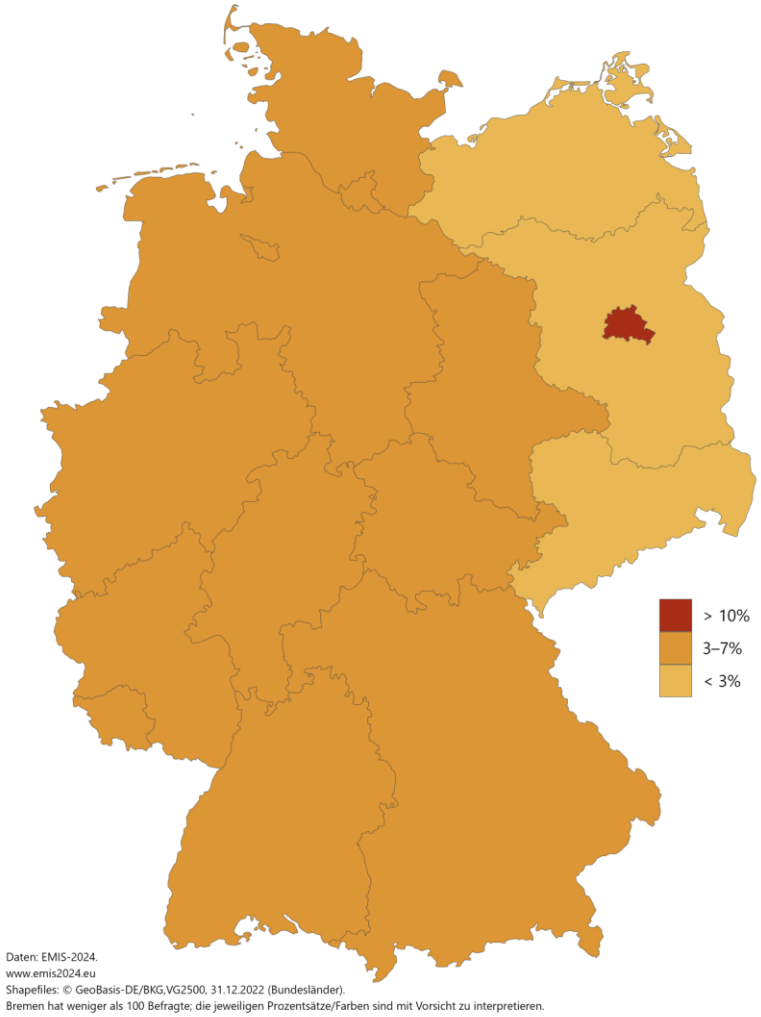
Abbildung 5.1 zeigt nach HIV-/PrEP-Status stratifiziert die Anteile der Befragten, die in den letzten 12 Monaten eine antibiotische STI-Prophylaxe mit oder ohne medizinische Begleitung angewendet hatten.

Abbildung 5.1: Anwendung antibiotischer STI-Prophylaxe („Doxy-PEP“) in den letzten 12 Monaten nach HIV-/PrEP-Status (N = 10 579)



Karte 5.2 zeigt den Anteil der Befragten, die eine antibiotische STI-Prophylaxe anwenden, und weist auf deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands hin.

Karte 5.2 Anteil mit Anwendung antibiotischer STI-Prophylaxe („Doxy-PEP“) in den letzten 12 Monaten (N = 8506)



5.3 Sexuelle Aktivität

Die **Abschnitte 5.3** bis **5.6** beschreiben die sexuellen Erfahrungen der Befragten mit ihren männlichen Sexualpartnern. Obwohl die meisten Befragten cisgeschlechtliche MSM waren (95 %), umfasste die Stichprobe auch trans MSM (2 %), trans Frauen (0,5 %) und nicht-binäre AFAB-Personen (0,9 %).

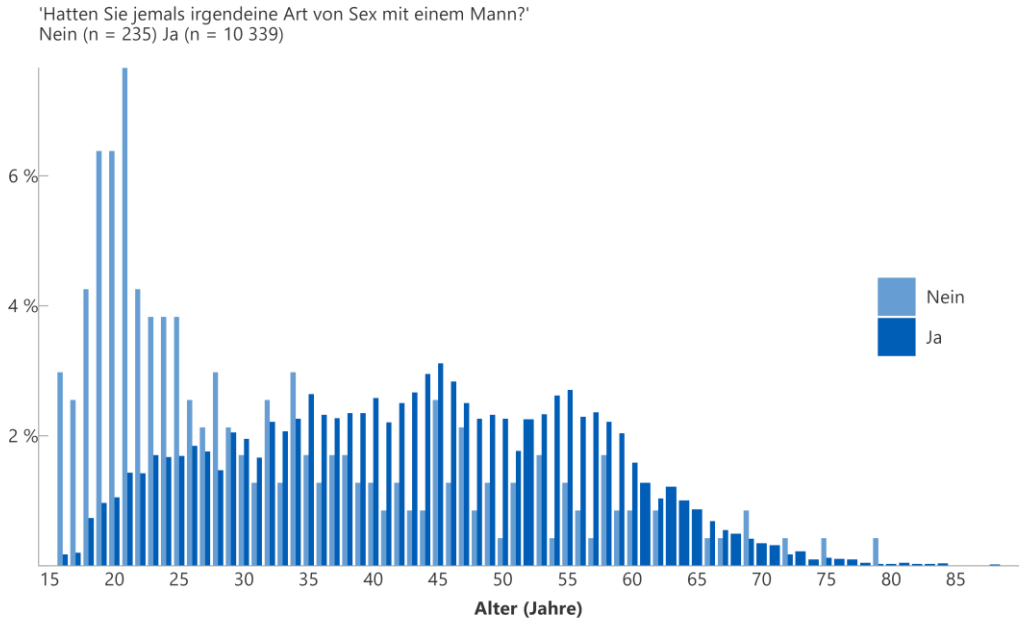
Die berichteten sexuellen Aktivitäten bestanden daher überwiegend aus Sex zwischen Männern, insbesondere Analverkehr. Abhängig von den daran Beteiligten umfassten sie zu einem geringeren Anteil jedoch auch heterosexuelle Kontakte und Vaginalverkehr.

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen beziehen sich somit in erster Linie auf Sex zwischen Männern und Analverkehr. Sie lassen sich nicht ohne Weiteres auf heterosexuelle Kontakte oder Vaginalverkehr übertragen. Unterschiede zwischen den trans Gruppen werden in **Kapitel 8** untersucht.

Die Teilnehmenden wurden wie folgt informiert: *„In dieser Befragung meinen wir mit ‚Sex' körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat."* Anschließend wurde gefragt: *„Hatten Sie jemals Sex mit einem Mann (nicht nur Analverkehr, sondern jegliche Art von sexuellem Kontakt)?"*. Deutschlandweit antworteten 98 % mit *„Ja"* (N = 10 339; fehlende Angaben: n = 18).

Die nachfolgende Grafik (**Abbildung 5.2**) zeigt die Altersverteilung der 2 %, die noch keinen Sex mit einem Mann hatten, im Vergleich zur Mehrheit, die bereits Sex mit einem Mann hatte. Sie zeigt, dass Befragte ohne bisherige sexuelle Erfahrung mit Männern überproportional jung waren (mit einem Häufigkeitsgipfel im Alter von 18 Jahren), dass jedoch EMIS-2024-Befragte aller Altersgruppen angaben, sich zu Männern hingezogen zu fühlen, ohne bislang Sex mit einem Mann gehabt zu haben.

Abbildung 5.2 Sexuelle Erfahrung mit Männern nach Alter



Von der Minderheit der Befragten, die noch keinen Sex mit einem Mann gehabt hatte (n = 235), waren 54 % älter als 25 Jahre (58 % unter cis MSM und nicht-binären Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht) und 43 % älter als 30 Jahre (47 % unter cis MSM und nicht-binären Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht). Diese Ergebnisse zeigen, dass Angebote für Männer, die erst seit Kurzem Sex mit anderen Männern haben oder erwägen, damit zu beginnen, auf die Bedürfnisse von Personen eines breiten Altersspektrums ausgerichtet sein sollten.

Die Studienteilnehmenden wurden außerdem darauf hingewiesen: *„Zur Erinnerung: Unter **Geschlechtsverkehr** („Ficken") verstehen wir in dieser Befragung Sex, bei dem eine Person den Penis in den Anus (oder die Vagina) einer anderen Person einführt, egal ob mit oder ohne Ejakulation („Abspritzen"). Oralverkehr oder der Gebrauch von Dildos sind in unserer Definition von **Geschlechtsverkehr** nicht enthalten."* Anschließend wurden sie gefragt: *„Haben Sie **jemals** mit einem Mann gefickt, egal ob „aktiv" oder „passiv", egal ob mit oder ohne Kondom?"*

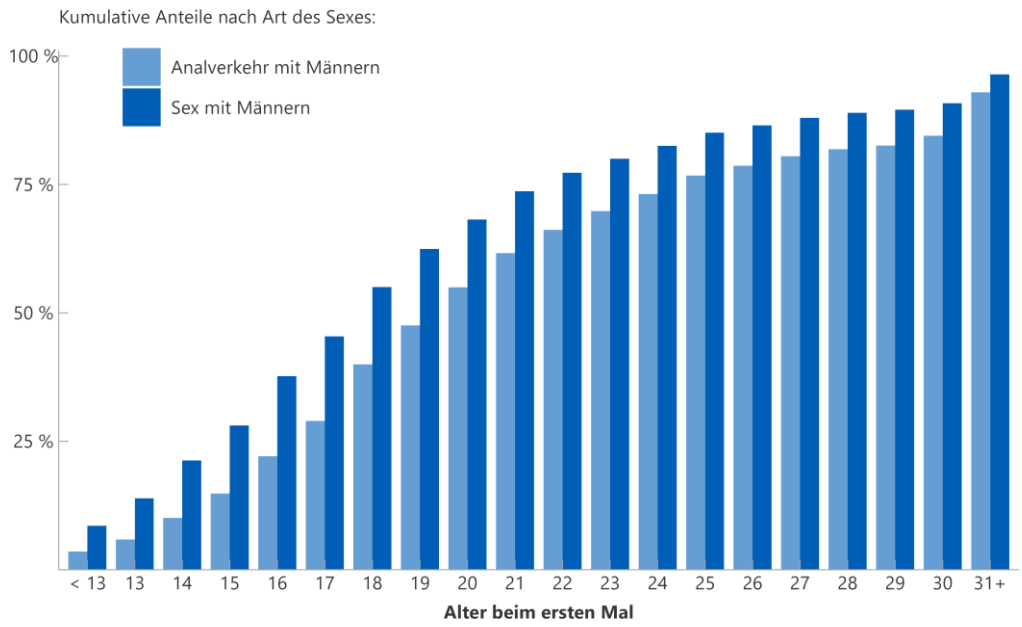
Von den Befragten, die jemals Sex mit einem Mann gehabt hatten, antworteten 96 % *„Ja“* (n = 10 006; fehlende Angaben: n = 30; 88 % berichteten Geschlechtsverkehr mit einem Mann in den letzten 12 Monaten.

Analverkehr war unter Männern mit gleichgeschlechtlichen sexuellen Kontakten sehr verbreitet, wenn auch nicht universell; nur etwa jeder Zwanzigste berichtete, noch nie Analverkehr gehabt zu haben.

5.3.1 Alter bei der ersten sexuellen Erfahrung mit einem Mann

Befragte, die jemals Sex mit einem Mann gehabt hatten, wurden gefragt: *„Wie alt waren Sie, als Sie **zum ersten Mal** irgendeine Art von Sex mit einem Mann/Jungen hatten (oder ein Mann/Junge Sex mit Ihnen hatte)?“* Befragte, die jemals Geschlechtsverkehr mit einem Mann gehabt hatten, wurden gefragt: *„Wie alt waren Sie, als Sie zum **ersten Mal** mit einem Mann/Jungen Geschlechtsverkehr hatten?“* **Abbildung 5.3** zeigt für jedes Alter den kumulierten Anteil der Befragten, die bis dahin Sex bzw. Geschlechtsverkehr mit einem Mann gehabt hatten.

Abbildung 5.3 Alter bei der ersten sexuellen Erfahrung mit einem Mann
(N = 10 318)

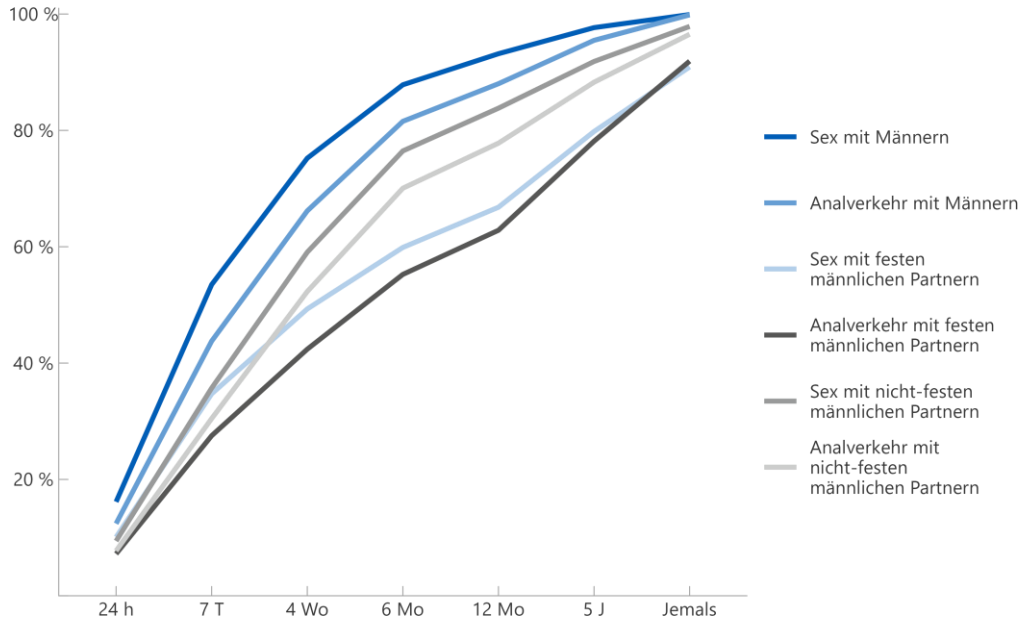


Das Medianalter bei der ersten *sexuellen Erfahrung* mit Männern (jeglicher Sex mit Männern) betrug 18 Jahre (IQR: 15–21), das Medianalter beim ersten *Geschlechtsverkehr* mit Männern 19 Jahre (IQR: 17–23).

5.3.2 Letzter Sex und Geschlechts-/ Analverkehr mit festen und nicht-festen Partnern

Befragte, die jemals Sex mit einem Mann gehabt hatten, wurden nach dem Zeitpunkt ihres letzten sexuellen Kontakts mit einem festen bzw. nicht-festen männlichen Partner gefragt: *„Wann hatten Sie das letzte Mal **Sex** mit einem **festen** männlichen Partner (nicht nur Analverkehr, sondern jegliche Art von sexuellem Kontakt)?“* bzw. *„Wann hatten Sie das letzte Mal irgendeine Art von Sex mit einem **nicht-festen Partner** (nicht nur Analverkehr, sondern jegliche Art von sexuellem Kontakt)?“* Befragte mit Erfahrung mit Geschlechtsverkehr wurden entsprechend nach dem letzten Geschlechtsverkehr mit einem festen bzw. nicht-festen männlichen Partner (mit oder ohne Kondom) gefragt. Diese Angaben wurden außerdem zu einer rekodierten Variable zusammengefasst, die den Zeitraum seit dem letzten Sex bzw. Geschlechtsverkehr mit einem beliebigen männlichen Partner angibt. Für jede Frage standen dieselben Antwortkategorien zum Zeitraum seit dem jeweiligen Ereignis zur Auswahl. Die Ergebnisse sind in **Abbildung 5.4** dargestellt.

Abbildung 5.4 Kumulativ: Letzter Sex und Analverkehr mit Männern (N = 10 339)



Während 16 % Sex innerhalb der letzten 24 Stunden berichteten, gaben 12 % an, in diesem Zeitraum Geschlechtsverkehr (d.h. in diesem Kontext vor allem Analverkehr) gehabt zu haben. Dies deutet darauf hin, dass etwa drei von vier sexuellen Kontakten mit Männern Analverkehr einschließen.

5.3.3 Feste und nicht-feste Partner in den letzten 12 Monaten

Wie schon in EMIS-2010 [7] und EMIS-2017 [8] wurde auch in EMIS-2024 zwischen festen und nicht-festen männlichen Sexualpartnern unterschieden und getrennt nach beiden Partnerarten gefragt. Befragten, die jemals Sex mit einem Mann gehabt hatten, wurden feste Partner als Freunde oder Ehemänner beschrieben, mit denen sie in einer festen Partnerschaft leben und sich daher nicht als „Single“ betrachten; regelmäßige Sexpartner bzw. „Fickbekanntschaften“ zählten nicht dazu. *„In dieser Befra-*

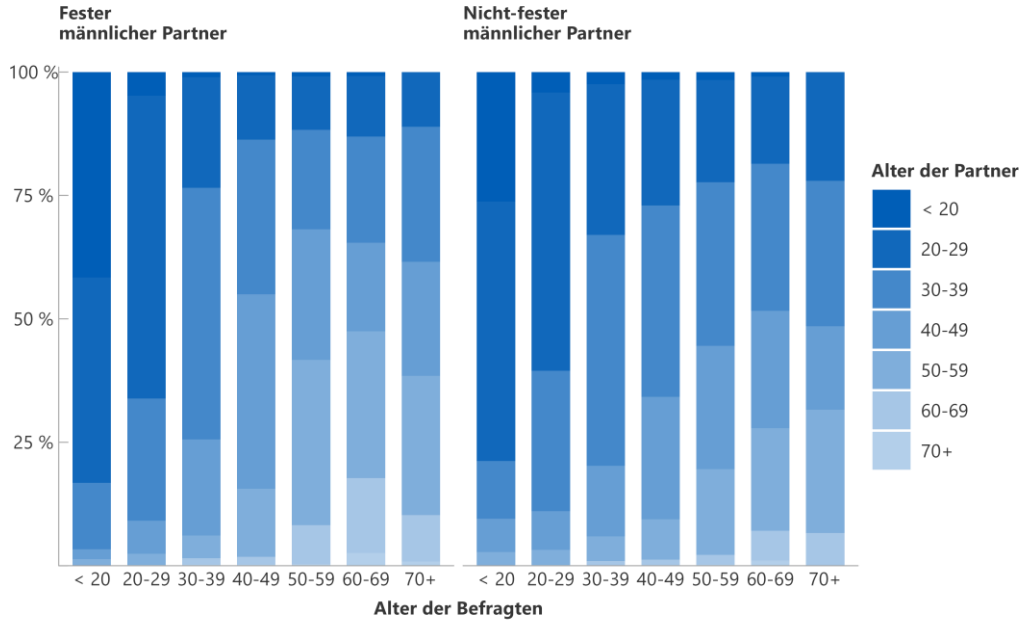
gung bezeichnen wir mit dem Begriff ***‚feste männliche Partner‘*** *Freunde oder Ehemänner, mit denen Sie in einer Partnerschaft leben und daher nicht ‚Single‘ sind. Reine Sexpartner zählen nicht dazu.“* Anschließend wurden ihnen Fragen zu festen männlichen Partnern gestellt.

Später in der Befragung wurde folgende Definition verwendet: *„In dieser Befragung benutzen wir den Begriff* ***‚nicht-feste Partner‘*** *für Männer, mit denen Sie entweder nur einmal Sex hatten oder mit denen Sie mehrmals Sex hatten, die Sie jedoch nicht als Ihren festen Freund ansehen (z. B. One-Night-Stands, anonyme oder Gelegenheitspartner oder regelmäßige Sexpartner/ ‚Fickbekanntschaften‘).“* Anschließend wurden ihnen Fragen zu nicht-festen männlichen Partnern gestellt.

Die Studienteilnehmenden wurden getrennt nach festen und nicht-festen männlichen Partnern gefragt: *„Hatten Sie in den letzten 12 Monaten irgendeine Art von Sex mit einem festen/nicht-festen männlichen Partner?“* Befragte, die mit *„Ja“* antworteten, wurden anschließend gefragt:

- *„Wie alt war der letzte feste/nicht-feste Partner, mit dem Sie Sex hatten?“* Bei nicht-festen Partnern wurde ergänzt: *„Wenn Sie bei der letzten Gelegenheit Sex mit mehr als einem Partner hatten, wählen Sie bitte einen beliebigen aus und geben Sie sein Alter an oder schätzen es.“* Bei festen Partnern lautete der Zusatz: *„Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie das Alter bitte.“*
- *„Mit wie vielen unterschiedlichen festen/nicht-festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?“*
- *„Mit wie vielen festen/nicht-festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr?“*

Abbildung 5.5 Alter des letzten festen und nicht-festen männlichen Partners



Bei Befragten ab 30 Jahren lag das Alter fester männlicher Partner tendenziell näher am eigenen Alter als das Alter des letzten nicht-festen männlichen Partners (**Abbildung 5.5**). Bei Befragten unter 30 Jahren waren nicht-feste männliche Partner häufiger älter als feste männliche Partner.

Von den Befragten, die jemals Sex mit einem Mann gehabt hatten, berichteten 67 %, in den letzten 12 Monaten Sex mit einem *festen* männlichen Partner gehabt zu haben (N = 6834; fehlende Angaben: n = 192), und 84 % berichteten Sex mit einem *nicht-festen* männlichen Partner (N = 8581; fehlende Angaben: n = 186). Sex mit einem festen männlichen Partner in den letzten 12 Monaten wurde damit seltener berichtet als Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner.

5.3.3.1 Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten

Tabelle 5.4 zeigt die Verteilung der Anzahl nicht-fester männlicher Partner, mit denen die Befragten in den letzten 12 Monaten *Sex* hatten (N = 10 525; fehlende Angaben: n = 67), *Geschlechtsverkehr* hatten (N = 10 521; fehlende Angaben: n = 71) bzw. *kondomlosen Geschlechtsverkehr* hatten (N = 10 401; fehlende Angaben: n = 191).

Tabelle 5.4 Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten bei Befragten, die jemals Sex mit einem Mann hatten

Anzahl Sexualpartner in den letzten 12 Monaten	Nicht-feste Sexualpartner (%) N = 10 525*	Nicht-feste Geschlechtsverkehrspartner (%) N = 10 521**	Nicht-feste Partner mit kondomlosem Geschlechtsverkehr (%) N = 10 401***
Keine	19,1	27,8	45,3
1	6,5	7,3	8,6
2	8,1	7,9	6,7
3	7,2	6,6	4,6
4	5,6	5,0	3,6
5	6,1	5,0	3,6
6	4,2	3,6	2,3
7	2,0	1,7	1,2
8	2,7	2,4	1,5
9	0,7	0,6	0,6
10	5,2	4,6	3,1
11–20	13,7	11,9	7,8
21–30	6,9	5,8	3,9
31–40	3,2	2,6	1,9
41–50	2,2	1,8	1,3
Mehr als 50	6,5	5,4	3,9
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 67; **fehlende Angaben: n = 71; ***fehlende Angaben: n = 191

In den vergangenen zwölf Monaten berichteten 19 %, keinen Sex mit nicht-festen männlichen Partnern gehabt zu haben. 28 % hatten keinen Geschlechtsverkehr und 45 % keinen kondomlosen Geschlechtsverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern. Umgekehrt berichteten 55 % von kondomlosem Geschlechtsverkehr mit mindestens einem nicht-festen männlichen Partner. Weitere 17 % hatten Geschlechtsverkehr mit mindestens einem nicht-festen männlichen Partner, verwendeten dabei jedoch immer ein Kondom. 8 % hatten Sex mit nicht-festen männlichen Partnern, ohne mit ihnen Geschlechtsverkehr zu haben. Von den Befragten, die kondomlosen Geschlechtsverkehr mit einem nicht-festen männlichen Partner berichteten, nahmen 42 % antiretrovirale Medikamente ein – entweder PrEP oder ART. Bei korrekter beziehungsweise wirksamer Anwendung verhindern diese die HIV-Übertragung. Von den 81 % der Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit mindestens einem nicht-festen männlichen Partner gehabt hatten, berichteten 8 % von nur einem solchen Partner. Die *mediane* Zahl nicht-fester männlicher Sexualpartner lag unter den Befragten mit entsprechenden Partnern bei acht. Die Verteilung wies eine große Spannweite auf: 7 % berichteten, in den vergangenen zwölf Monaten mit mehr als 50 Männern Sex gehabt zu haben.

Werden die gruppierten ordinalen Angaben zur Anzahl der Sexualpartner bei MSM in eine kontinuierliche Variable überführt [9], ergibt sich unter den Befragten mit mindestens einem nicht-festen männlichen Sexualpartner eine *mittlere* Anzahl von 21 nicht-festen männlichen Sexualpartnern. Die Umrechnung ermöglicht zudem die Berechnung des Interquartilsabstands (IQR): Die mittleren 50 % berichteten zwischen 3 und 16 nicht-feste männliche Sexualpartner.

5.3.3.2 Zeitpunkt des letzten Sex mit festen und nicht-festen Partnern

Tabelle 5.5 zeigt für Befragte, die jemals Sex mit einem Mann hatten, die Anteile mit festen bzw. nicht-festen männlichen Partnern in verschiedenen Zeiträumen.

Tabelle 5.5 Anteile mit festen und nicht-festen männlichen Partnern nach Zeitpunkt des letzten sexuellen Kontakts

Wann hatten Sie zuletzt Mal…	…Sex mit einem festen Partner (%) N = 10 232[a]	…Sex mit einem *nicht*-festen Partner (%) N = 9847[b]	…Analverkehr mit einem festen Partner (%) N = 10 238[c]	…Analverkehr mit einem *nicht*-festen Partner (%) N = 9853[d]
In den letzten 24 Stunden	10,1	9,4	7,2	7,7
In den letzten 7 Tagen	24,6	26,3	20,3	22,7
In den letzten 4 Wochen	14,6	23,4	14,9	21,8
In den letzten 6 Monaten	10,6	17,4	12,9	17,8
In den letzten 12 Monaten	6,9	7,3	7,6	7,7
In den letzten 5 Jahren	13,0	8,0	15,3	10,5
Vor mehr als 5 Jahren	11,1	6,0	13,8	8,3
Niemals	9,1	2,1	8,1	3,5
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

[a] fehlende Angaben: n = 26; [b] fehlende Angaben: n = 42; [c] fehlende Angaben: n = 20; [d] fehlende Angaben: n = 24

Auf Grundlage dieser Angaben hatten in Deutschland in den letzten 12 Monaten 67 % *Sex* und 63 % *Analverkehr* mit einem *festen* Partner. Im gleichen Zeitraum hatten 84 % *Sex* und 78 % *Analverkehr* mit einem *nicht-festen* Partner.

5.3.4 Risikoreduktion beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern

Es gibt verschiedene Strategien, um das Risiko einer HIV-Übertragung beim Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern zu verringern. Zu den häufig angewandten Strategien gehören die Verwendung von Kondomen, die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP), die HIV-Therapie als Prävention bei Menschen mit HIV-Diagnose (U=U), HIV-*„Serosorting"* (Erfragen des HIV-Status von Partnern und Sex nur mit Partnern mit demselben HIV-Status) sowie *„PrEP-Surfing"* (Verlassen auf die PrEP-Einnahme des Partners).

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Welche HIV-Präventionsstrategie nutzen Sie am häufigsten?"* Die Antwortmöglichkeiten und Ergebnisse sind in **Tabelle 5.6** und **Tabelle 5.7** dargestellt. So gaben 68 % der Befragten mit HIV-Diagnose an, sich als am häufigsten angewandte HIV-Präventionsstrategie auf U=U zu verlassen, während 65 % der Befragten, die keine PrEP einnahmen, die Verwendung von Kondomen als ihre wichtigste HIV-Präventionsstrategie angaben.

Tabelle 5.6 Am häufigsten angewandte HIV-Präventionsstrategie beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern, nach HIV-Diagnose und PrEP-Einnahme

HIV-Diagnose und PrEP-Einnahme*	Ich verlasse mich auf U=U (%) **	Kondome (%)	PrEP (%)	PrEP-Surfing (ich verlasse mich auf die PrEP anderer) (%)	Erfragen des HIV-Status (%) (%)	Keine bestimmte Präventionsmethode (%)
HIV-Diagnose n = 1289	68,4	10,0	0,0	4,9	5,7	11,0
PrEP-Einnahme n = 2796	0,7	8,4	88,1	1,2	1,2	0,4
Keine PrEP (letzter HIV-Test negativ) n = 4723	3,3	64,6	2,3	3,8	12,7	13,4
Noch nie auf HIV getestet n = 1699	2,5	61,8	2,3	1,7	12,3	19,3

*fehlende Angaben: n = 0; **fehlende Angaben: n =37.

5.3.5 Einnahme antiretroviraler Medikamente zur Verhinderung einer HIV-Übertragung beim Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern

Die Einnahme antiretroviraler Medikamente zur Verhinderung einer HIV-Übertragung war sowohl bei Befragten mit HIV-Diagnose als auch bei Befragten mit PrEP-Einnahme die am häufigsten genannte Methode (**Tabelle 5.6**). Bei Menschen mit HIV-Diagnose dient die Einnahme antiretroviraler Medikamente in erster Linie der eigenen Gesundheit. Bei Menschen *ohne* HIV-Diagnose hat sich die Einnahme antiretroviraler Medikamente als Chemoprophylaxe (HIV-PrEP) in den vergangenen Jahren zunehmend als Methode zur Verhinderung einer HIV-Infektion etabliert.

Insbesondere die längerfristige tägliche Einnahme der HIV-PrEP geht häufig mit einer höheren Anzahl von Sexualpartnern einher (**Tabelle 5.7**): Von den Befragten, die in den letzten 12 Monaten keinen oder einen nicht-festen Partner angaben, nahmen 5 % PrEP ein, gegenüber 67 % derjenigen mit mehr als 20 nicht-festen Partnern.

Tabelle 5.7 Am häufigsten angewandte HIV-Präventionsstrategie nach Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten bei Befragten ohne HIV-Diagnose

Anzahl nicht-fester Partner in den letzten 12 Monaten insgesamt*	Ich verlasse mich auf U=U (%) **	Kondome (%)	PrEP (%)	PrEP-Surfing (ich verlasse mich auf die PrEP anderer) (%)	Erfragen des HIV-Status (%) (%)	Keine bestimmte Präventionsmethode (%)
Keiner or 1 n = 2696	2,4	61,1	5,0	1,4	12,4	17,8
2–5 n = 2842	2,7	56,7	16,5	2,5	10,5	11,1
6–10 n = 1557	2,9	44,8	31,4	4,3	9,6	6,9
11–20 n = 1445	2,0	34,8	48,8	3,4	5,3	5,7
Mehr als 20 n = 1985	1,6	19,9	67,0	2,9	3,8	4,7

* fehlende Angaben: n = 0; ** fehlende Angaben: n = 37.

5.3.6 Nutzung von Kondomen beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern

Studienteilnehmende, die in den letzten 12 Monaten Analverkehr mit einem nicht-festen männlichen Partner hatten (74 % derjenigen, die jemals Sex mit Männern hatten), wurden gefragt: *„Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Geschlechtsverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern Kondome benutzt?“* Die Antwortmöglichkeiten und die jeweiligen Anteile sind in **Tabelle 5.8** dargestellt.

Tabelle 5.8 Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten (N = 7593)

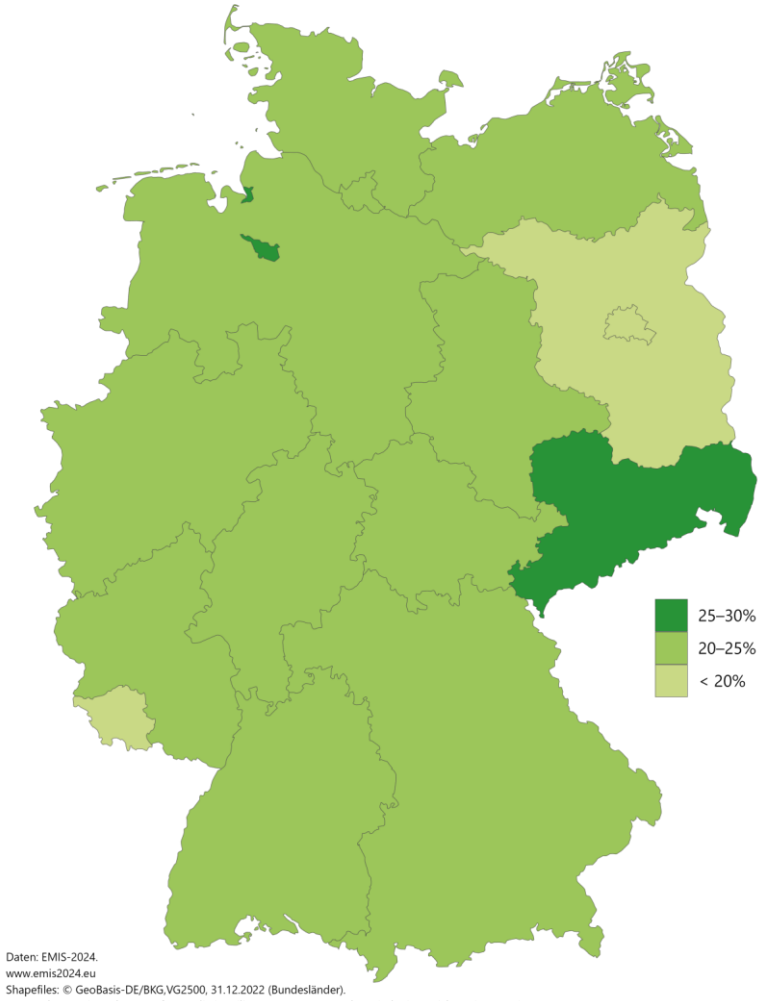
Häufigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr	% aller mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten N = 7593*
Gar nicht	28,3
Selten	20,9
Manchmal	13,5
Meistens	16,0
Immer	21,2
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2

Eine deutliche Mehrheit (72 %) der Befragten, die in den letzten 12 Monaten Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern hatten, hatte zumindest teilweise Kondome verwendet. Dies zeigt, dass Kondome beim Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern weiterhin häufig verwendet werden. Ein *konsequenter* Kondomgebrauch war jedoch nicht die Regel: Nur 21 % verwendeten immer Kondome, 50 % verwendeten sie nicht durchgehend und 28 % verwendeten nie Kondome.

Karte 5.3 zeigt den konsequenten Kondomgebrauch in den letzten 12 Monaten unter Befragten mit Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern und verdeutlicht moderate regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

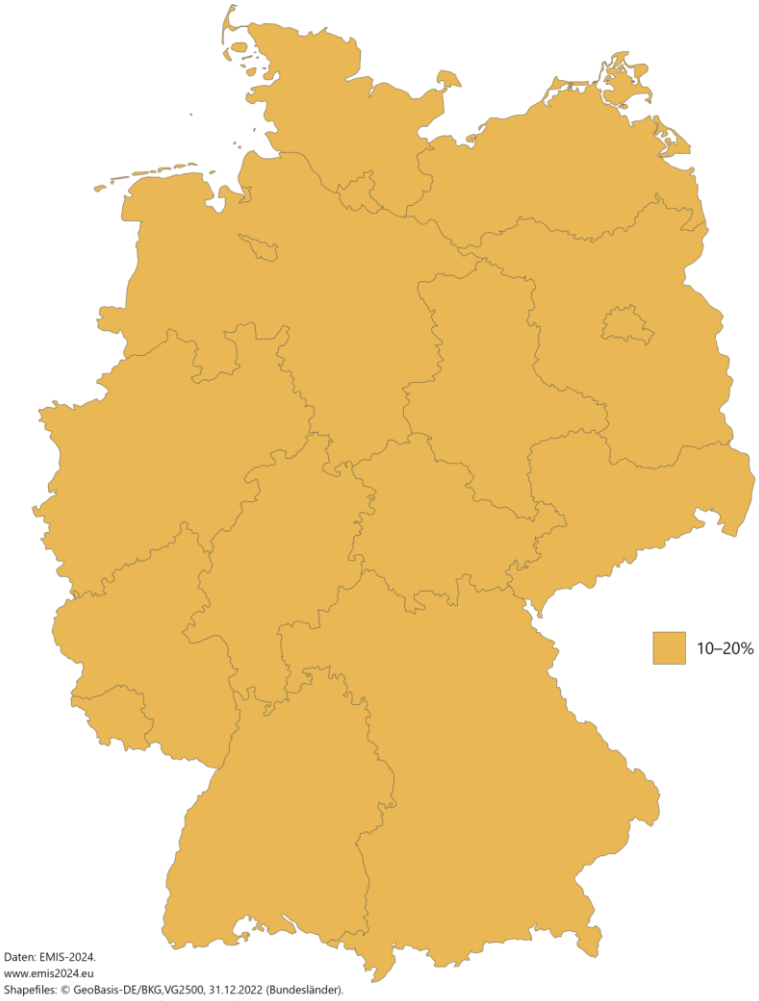
Karte 5.3 Anteil mit konsequentem Kondomgebrauch in den letzten 12 Monaten unter Befragten mit Analverkehr mit nicht-festen Partnern (N = 7595)



Wie der Vergleich zwischen **Karte 5.1** und **Karte 5.3** zeigt, hat die Einnahme der HIV-PrEP die Verwendung von Kondomen als Methode zur Verringerung des HIV-Infektionsrisikos teilweise ersetzt. **Karte 5.4** zeigt die Anteile der Studienteilnehmenden in Deutschland, die weder durchgehend Kondome verwendeten noch HIV-PrEP einnahmen noch aufgrund einer HIV-Infektion antiretroviral behandelt wurden und Analverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern hatten, deren HIV-Status unbekannt war. Dabei zeigen sich nur sehr geringe regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Dies deutet darauf hin, dass die PrEP-Einnahme beim Analverkehr teilweise an die Stelle des Kondomgebrauchs getreten ist, anstatt zusätzlich dazu eingesetzt zu werden. Gleichzeitig zeigen die Karten, dass bei einem erheblichen Anteil der Befragten keine der hier erfassten Formen des HIV-Schutzes vorlag. Das HIV-Risiko dürfte daher nicht in allen Gruppen gleichermaßen zurückgegangen sein.

Karte 5.4 Anteil ohne erfasste HIV-Schutzstrategie beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten (N = 10592)



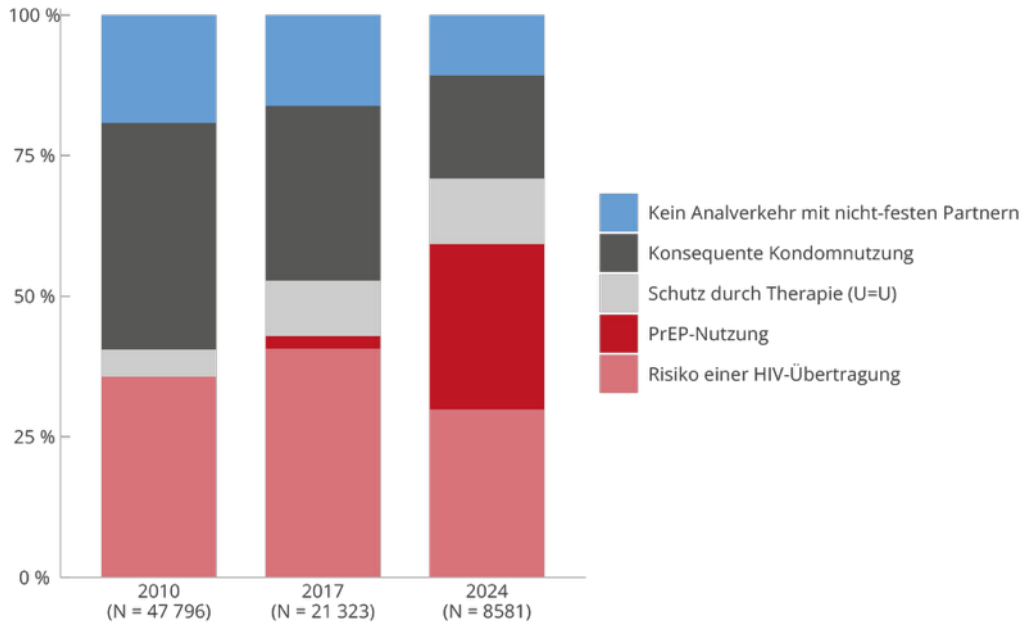
Wir untersuchten Veränderungen der Strategien zur Verringerung des HIV-Risikos über die verschiedenen EMIS-Erhebungswellen hinweg bei Befragten, die in den letzten 12 Monaten Sex mit nicht-festen männlichen Partnern hatten. Diese Konstellation bildet einen wesentlichen Teil des relevanten HIV-Übertragungsrisikos ab, auch wenn ein HIV-Risiko selbstverständlich auch innerhalb fester Partnerschaften bestehen kann.

Idealerweise würde diese Analyse nach HIV-Status stratifiziert, da Veränderungen des Anteils der Befragten mit HIV-Diagnose die Ergebnisse beeinflussen könnten. Dieser Anteil ist über die Zeit jedoch weitgehend stabil geblieben. Der Verzicht auf eine Stratifizierung nach HIV-Status hat zudem den Vorteil, dass verschiedene Strategien zum Umgang mit dem HIV-Risiko – kein Analverkehr mit nicht-festen Partnern, konsequenter Kondomgebrauch, eine wirksame antiretrovirale Therapie mit nicht nachweisbarer Viruslast (U=U) und PrEP-Einnahme – sowie die verbleibende Gruppe ohne eine dieser Strategien gemeinsam in einer Abbildung dargestellt werden können.

Auch wenn der Verzicht auf Analverkehr mit nicht-festen Partnern teilweise eher sexuelle Präferenzen als eine bewusste Strategie zur Risikoreduktion widerspiegeln dürfte, berichtet ein erheblicher Anteil der Befragten keinen solchen Analverkehr. **Abbildung 5.6** zeigt, dass der Anteil mit konsequentem Kondomgebrauch zurückgegangen ist und Befragte mit HIV-Diagnose zunehmend eine nicht nachweisbare Viruslast aufweisen, was die Verbesserungen in der HIV-Versorgungskaskade widerspiegelt. Gleichzeitig hat erwartungsgemäß die PrEP-Einnahme deutlich zugenommen; 2010 war die PrEP noch nicht verfügbar, und 2017 begann ihre Einführung gerade erst. Der Anteil der Befragten mit einem verbleibenden HIV-Risiko ist jedoch nicht deutlich zurückgegangen.

Zu beachten ist, dass für diese Abbildung ein etwas anderer Nenner verwendet, wird als für **Karte 5.4**: Berücksichtigt werden Befragte mit Sex mit nicht-festen männlichen Partnern und nicht nur diejenigen mit Anal- bzw. Vaginalverkehr mit nicht-festen männlichen Partnern. Zudem werden Befragte mit HIV-Diagnose, die keinen Analverkehr mit nicht-festen Partnern hatten, unabhängig von ihrer Viruslast dieser Kategorie zugeordnet. Befragte, die sowohl konsequent Kondome verwendeten als auch PrEP einnahmen, wurden der Kategorie „konsequenter Kondomgebrauch“ zugeordnet. Nicht berücksichtigt werden HIV-Risiken beim Sex mit festen männlichen oder weiblichen Partnern sowie weitere Strategien wie *„PrEP-Surfing“* (Verlassen auf die PrEP-Einnahme des Partners) oder *„Serosorting“* (siehe **Abschnitt 5.3.7**).

Abbildung 5.6: Veränderungen bei Strategien zur Reduktion des HIV-Risikos (EMIS-2010, 2017, 2024). Basis: Befragte mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten



5.3.7 Weitere Strategien zur Risikoreduktion beim kondomlosen Anal- (oder Vaginal-) verkehr mit nicht-festen Partnern

Nicht jeder kondomlose Analverkehr mit nicht-festen Partnern ist bei Personen, die keine antiretroviralen Medikamente einnehmen, mit demselben HIV-Risiko verbunden. Für solche Situationen sind verschiedene von MSM angewandte Strategien zur Risikoreduktion beschrieben. Dazu gehören *„Serosorting"* (d. h. Vermeidung von kondomlosem Analverkehr mit Partnern, deren HIV-Status unbekannt ist), kondomloser Analverkehr ausschließlich mit HIV-positiven Partnern mit nicht nachweisbarer Viruslast und/oder ausschließlich mit HIV-negativen Partnern, die PrEP einnehmen.

In Deutschland berichteten 98 % der Befragten, jemals Sex mit einem Mann gehabt zu haben. Von diesen hatten 74 % in den letzten 12 Monaten Sex mit einem nicht-festen Partner. Von den 7595 Befragten, die in den letzten 12 Monaten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem nicht-festen männlichen Partner hatten, berichteten 5691 (75 %) kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr (CAVI) mit mindestens einem nicht-festen männlichen Partner. Dies entspricht 55 % aller Befragten, die jemals Sex mit einem Mann hatten.

Von den Befragten mit CAVI in den letzten 12 Monaten hatten 62 % entweder eine HIV-Diagnose und erhielten eine antiretrovirale Therapie (n = 930) oder nahmen PrEP ein (n = 2605). Die übrigen 38 % berichteten weder eine antiretrovirale HIV-Therapie noch eine PrEP-Nutzung und könnten daher einem HIV-Übertragungsrisiko ausgesetzt gewesen sein.

Wie **Tabelle 5.9** zeigt, unterschieden sich diese Anteile zwischen Befragten, die antiretrovirale Medikamente zur HIV-Therapie bzw. als Chemoprophylaxe (PrEP) einnahmen, und Befragten, die keines von beidem berichteten.

Tabelle 5.9 Sexualverhalten nach HIV- und PrEP-Status

Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten	Keine ART oder PrEP (%) N = 6071	PrEP-Einnahme (%) N = 3180	ART-Einnahme (%) N = 1289
Sex mit nicht-festen männlichen Partnern*	59,1	92,2	85,6
Davon: Anal-/Vaginalverkehr mit nicht-festen Partnern**	99,0	99,2	99,1
Davon: CAVI mit nicht-festen Partnern*** [a]	57,8	89,6	91,2
Von allen mit nicht-festen Partnern: CAVI mit nicht-festen männlichen Partnern [a]	33,9	81,9	77,3

*fehlende Angaben: n = 24; **fehlende Angaben: n = 71; ***fehlende Angaben: n = 191.

[a] CAVI = kondomloser Anal- oder Vaginalverkehr (condomless anal or vaginal intercourse).

Befragte mit PrEP-Einnahme sowie Befragte mit HIV-Diagnose und antiretroviraler Therapie berichteten häufiger *kondomlosen* Anal- oder Vaginalverkehr mit nicht-festen Partnern als andere Befragte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Häufigkeit von Anal- oder Vaginalverkehr zwischen den Gruppen insgesamt nur wenig unterschied, MSM sowie trans und nicht-binäre Personen mit Einnahme antiretroviraler Medikamente – entweder zur HIV-Therapie (ART) oder als PrEP – jedoch häufiger *kondomlosen* Anal- oder Vaginalverkehr hatten.

„Serosorting“

Befragte, die in den letzten 12 Monaten kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit einem nicht-festen männlichen Partner hatten, wurden gebeten, die folgenden drei Fragen mit Nein oder Ja zu beantworten:

- *“Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen männlichen Partner, von dem Sie **wussten**, dass er **HIV-positiv** war?“*
- *“ Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen männlichen Partner, von dem Sie **wussten**, dass er **HIV-negativ** war?“*
- *“Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen männlichen Partner, **HIV-Status Sie nicht kannten** oder dessen HIV-Status Sie nicht interessiert hat?“*

Die Anteile, die die jeweilige Frage mit *„Ja“* beantworteten, sind in **Tabelle 5.10** nach HIV-/PrEP-Status dargestellt.

Tabelle 5.10 Wahrgenommener HIV-Status nicht-fester männlicher Partner bei kondomlosem Anal- oder Vaginalverkehr, nach HIV-/PrEP-Status

Befragte mit nicht durchgehendem Kondomgebrauch mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten	… von denen Sie zu diesem Zeitpunkt wussten, dass sie HIV-positiv waren (%)*	… von denen Sie zu diesem Zeitpunkt wussten, dass sie HIV-negativ waren (%)**	… deren HIV-Status Sie zu diesem Zeitpunkt nicht kannten oder über den Sie nicht nachdachten (%)***
Diagnostiziert HIV n = 1038	55,6	61,1	78,8
Nimmt PrEP n = 2687	24,8	72,5	75,0
Nimmt keine PrEP n = 2221	5,6	61,2	51,1

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 14; **fehlende Angaben: n = 95; ***fehlende Angaben: n = 20.

Unter den Befragten mit CAVI mit nicht-festen männlichen Partnern berichteten Befragte **mit HIV-Diagnose** am häufigsten kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit Partnern, von denen sie ebenfalls annahmen, dass sie mit HIV lebten (56 %). Dieses Muster ist mit *„Serosorting“* vereinbar, bei dem Menschen mit HIV bevorzugt Partner wählen, von denen sie annehmen, dass sie denselben HIV-Status haben. Eine solche Partnerwahl kann unter anderem dem Wunsch entsprechen, Zurückweisung zu vermeiden, Bedenken im Zusammenhang mit der Offenlegung des HIV-Status zu verringern oder antizipierter Stigmatisierung aus dem Weg zu gehen. Angesichts der Wirksamkeit der antiretroviralen Therapie bei der Verhinderung einer HIV-Übertragung (U=U) dürfte Serosorting bei Menschen mit HIV heute eher dem Umgang mit Offenlegung, Stigmatisierung und der Aushandlung sexueller Kontakte dienen als der Verringerung des HIV-Übertragungsrisikos.

Befragte **mit PrEP-Einnahme** berichteten seltener, aber immer noch zu einem beträchtlichen Anteil kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit Partnern, von denen sie annahmen, dass sie mit HIV lebten (25 %). Dieser Anteil war höher als der Anteil der Menschen mit HIV-Diagnose in der deutschen EMIS-Stichprobe (12 %). Dies könnte darauf hindeuten, dass sich PrEP-Nutzende weitgehend vor einer HIV-Infektion geschützt fühlen, wodurch sowohl die Sorge vor einer HIV-Übertragung als auch

Vorbehalte gegenüber kondomlosem Sex mit Partnern mit HIV-Diagnose geringer sein könnten. Dieses Muster könnte zudem mit einer geringeren HIV-bezogenen Stigmatisierung bei der Partnerwahl vereinbar sein.

Im Gegensatz dazu berichteten Befragte **ohne HIV-Diagnose und ohne PrEP-Einnahme** am seltensten kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit Partnern, von denen sie annahmen, dass sie mit HIV lebten (6 %). Dieser Anteil war deutlich niedriger, als angesichts des Anteils von Menschen mit HIV-Diagnose unter den potenziellen Partnern zu erwarten wäre. Dies deutet darauf hin, dass Partner, bei denen eine HIV-Infektion angenommen wurde, teilweise gemieden wurden. Befragte dieser Gruppe berichteten zudem am seltensten Partner, deren HIV-Status ihnen zum damaligen Zeitpunkt unbekannt war oder über den sie nicht nachgedacht hatten (51 %).

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die Partnerwahl nach dem angenommenen HIV-Status weiterhin verbreitet ist, dabei jedoch je nach Gruppe unterschiedliche Funktionen haben dürfte: Bei Befragten mit HIV-Diagnose kann sie Serosorting sowie den Umgang mit Offenlegung und Stigmatisierung widerspiegeln; bei PrEP-Nutzenden das Vertrauen in den medikamentösen Schutz vor HIV; und bei Befragten ohne PrEP-Einnahme die Vermeidung von Partnern, bei denen eine HIV-Infektion angenommen wird.

Kommunikation über nicht nachweisbare Viruslast (U=U) und PrEP

Studienteilnehmende, die kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit einem nichtfesten männlichen Partner berichteten, von dem sie zu diesem Zeitpunkt wussten, dass er **HIV-positiv** war, wurden gefragt: *„War bei diesem HIV-positiven Mann/ diesen HIV-positiven Männern die Viruslast unter der Nachweisgrenze (undetectable)?“* Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 5.11** dargestellt.

Studienteilnehmende, die kondomlosen Anal- oder Vaginalverkehr mit einem nichtfesten männlichen Partner berichteten, von dem sie zu diesem Zeitpunkt wussten, dass er **HIV-negativ** war, wurden gefragt: *„War dieser HIV-negative Mann/Waren diese HIV-negativen Männer auf PrEP?“* **Tabelle 5.11** zeigt die Verteilung der Antworten auf diese beiden Fragen, jeweils bezogen auf die Studienteilnehmenden, denen die entsprechende Frage gestellt wurde.

Unter den Befragten, die in den letzten 12 Monaten CAVI mit nicht-festen männlichen Partnern hatten, gaben nur sehr wenige an, die Fragen zur nicht nachweisbaren Viruslast bzw. zur PrEP-Einnahme nicht verstanden zu haben.

Wenn ihnen der HIV-Status ihrer Partner bekannt war, wussten Befragte ohne HIV-Diagnose häufiger als Befragte mit HIV-Diagnose, ob ihre HIV-positiven Partner eine nicht nachweisbare Viruslast hatten *(„Ja, das wusste ich …“*; *„Nein, er hatte keine …“*): ohne PrEP-Einnahme 89 %, mit PrEP-Einnahme 84 %, mit HIV-Diagnose 74 %.

Dagegen wussten PrEP-Nutzende häufiger als Befragte ohne PrEP-Einnahme oder mit HIV-Diagnose, ob ihre Partner PrEP einnahmen („Ja, das wusste ich …“; „Nein, er nahm keine …“): mit PrEP-Einnahme 88 %, ohne PrEP-Einnahme 71 %, mit HIV-Diagnose 79 %.

Tabelle 5.11 Bekannte Viruslast bzw. PrEP-Einnahme nicht-fester Partner bei CAVI in den letzten 12 Monaten, nach HIV-Status und PrEP-Einnahme

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen männlichen Partner, …	Keine PrEP- (N = 2221)	PrEP-Einnahme (N = 2687)	HIV-Diagnose (N = 1038)
…von dem Sie wussten, dass er HIV-positiv war? (%) [a]	5,6	24,8	55,6
War bei diesem HIV-positiven Mann/ diesen HIV-positiven Männern die Viruslast unter der Nachweisgrenze (*undetectable*)? [b]			
Ja, definitiv (bei allen)	75,8	71,2	60,0
Ja, definitiv bei einigen von ihnen	5,6	12,0	13,3
Nein, definitiv nicht (bei keinem)	7,3	0,3	1,0
Ich weiß es nicht	10,5	16,5	25,5
Ich verstehe die Frage nicht	0,8	0,0	0,2
…von dem Sie wussten, dass er HIV-negativ war (%) [c]	61,2	72,5	61,1
War dieser HIV-negative Mann/Waren diese HIV-negativen Männer auf PrEP? [d]			
Ja, definitiv (alle)	22,5	29,1	30,9
Ja, definitiv einige von ihnen	29,7	56,1	44,6
Nein, definitiv nicht (keiner)	18,9	3,3	3,9
Ich weiß es nicht	28,7	11,6	20,3
Ich verstehe die Frage nicht	0,1	0,0	0,2
… dessen HIV-Status Sie nicht kannten oder dessen HIV-Status Sie nicht interessiert hat (%) [e]	51,1	75,0	78,8

[a] fehlende Angaben: n = 14; [b] fehlende Angaben: n = 0; [c] fehlende Angaben: n = 95; [d] fehlende Angaben: n = 0; [e] fehlende Angaben: n = 20.

5.4 Letzter Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner

Dieser Abschnitt befasst sich unter anderem mit Gruppensex. Die Analysestichprobe dieses Berichts umfasst in Deutschland neben cis- und transgender MSM auch nicht-binäre Personen, denen bei der Geburt das männliche bzw. weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, sowie trans Frauen (siehe Einleitung zu **Kapitel 4**, **Abschnitt 5.3**, **Kapitel 8** und **Abschnitt 9.2**).

Allgemeine Erfahrungen mit Gruppensex wurden bei trans Frauen und nicht-binären Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht nicht gesondert untersucht. Es sollte nicht davon ausgegangen werden, dass ihre Erfahrungen denen cisgeschlechtlicher MSM oder nicht-binärer Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht entsprechen. **Abschnitt 8.3.6.3** betrachtet Chemsex mit mehreren Partnern in verschiedenen trans Gruppen (**Tabelle 8.16**).

Deutschlandweit machten 8556 Befragte Angaben zu ihrem letzten sexuellen Kontakt mit mindestens einem nicht-festen männlichen Partner. Diese Befragten bilden den Nenner für sämtliche in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse.

5.4.1 Zahl der beteiligten Sexualpartner

Teilnehmende, die in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner gehabt hatten, wurden gefragt: *„Wie viele Personen waren beteiligt?“*

Rund drei Viertel der Befragten (77 %) gaben an, dass an ihrem letzten sexuellen Kontakt mit einem nicht-festen Partner ausschließlich sie selbst und dieser Partner beteiligt waren, es sich also um Sex zu zweit handelte. In 7 % der Fälle waren der Befragte, sein fester männlicher Partner und ein nicht-fester Partner beteiligt. Weitere 8 % berichteten von einem sexuellen Kontakt mit zwei nicht-festen Partnern. In beiden Fällen handelte es sich somit um einen Dreier. Bei 8 % waren neben dem Befragten mindestens drei weitere Partner beteiligt, was hier als Gruppensex definiert wurde.

Insgesamt berichteten damit 23 % für ihren letzten sexuellen Kontakt mit einem nicht-festen Partner Sex mit mehreren Partnern, das heißt einen sexuellen Kontakt mit mehr als zwei beteiligten Personen. Regionale Unterschiede werden in **Tabelle 5.21** in **Abschnitt 5.10** dargestellt.

Nach Altersgruppe betrachtet war Sex mit mehreren Partnern unter älteren Befragten häufiger und erreichte bei den 50- bis 59-Jährigen den höchsten Anteil (26 %). Sex mit mehreren Partnern war auch unter Befragten mit PrEP-Einnahme (28 %) und mit HIV-Diagnose (34 %) häufig.

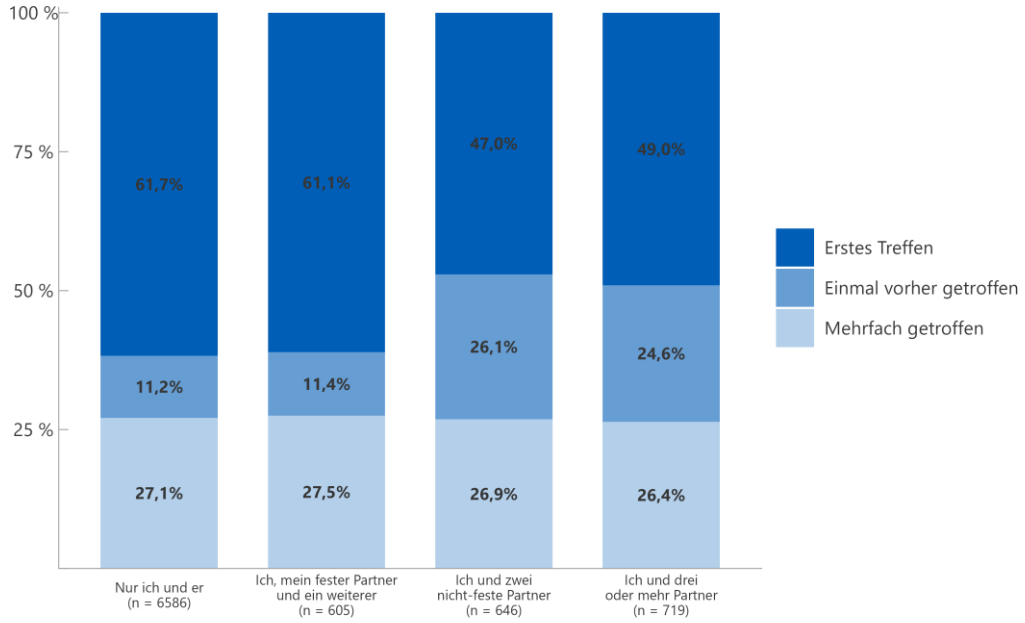
5.4.2 Frühere sexuelle Kontakte mit dem Partner bzw. den Partnern

Die Teilnehmenden wurden zu ihrem letzten nicht-festen Sexualpartner beziehungsweise ihren letzten nicht-festen Sexualpartnern gefragt: *„Hatten Sie bereits zuvor Sex mit ihm/ihnen (bei einer anderen Gelegenheit)?“* Die meisten sexuellen Kontakte mit nicht-festen männlichen Partnern fanden mit Männern statt, mit denen die Befragten zuvor noch keinen Sex gehabt hatten; dies traf auf mehr als 60 % aller berichteten sexuellen Kontakte zu.

Bei 13 % der sexuellen Kontakte hatten die Befragten bereits einmal zuvor Sex mit dem betreffenden Partner gehabt, bei 27 % bereits bei mehreren früheren Gelegenheiten. **Abbildung 5.7** zeigt diese Anteile für die vier oben beschriebenen Arten sexueller Kontakte: Sex zu zweit, Sex zu dritt mit einem festen Partner, Sex zu dritt mit zwei nicht-festen Partnern und Gruppensex.

Bei Gruppensex und Sex zu dritt mit zwei nicht-festen Partnern waren häufiger Partner beteiligt, mit denen die Befragten bereits zuvor Sex gehabt hatten, als bei Sex zu zweit oder Sex zu dritt mit einem festen Partner.

Abbildung 5.7 Vorherige Bekanntschaft mit Sexualpartnern nach Partnerkonstellation



5.4.3 Orte des ersten Kennenlernens der Partner

Die Teilnehmenden wurden gefragt: *„Wo haben Sie ihn/Sie kennengelernt?"* Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 5.12** dargestellt. Am häufigsten hatten die Befragten ihren bzw. ihre letzten nicht-festen Sexualpartner über eine Smartphone-App (59 %) oder an anderer Stelle im Internet (29 %) kennengelernt.

Diese Frage wurde von 8526 Befragten beantwortet. Da an einigen sexuellen Kontakten mehrere Partner beteiligt waren, konnten die Befragten für jeden beteiligten Partner angeben, wo sie ihn erstmals kennengelernt hatten. Daraus ergaben sich insgesamt 8980 Angaben zum Ort des ersten Kennenlernens.

Bei allen nachfolgenden Analysen zu Zusammenhängen zwischen dem Ort des Kennenlernens und anderen Faktoren ist die Stichprobenziehung der Befragung zu berücksichtigen. Da die meisten Studienteilnehmenden online rekrutiert wurden, sind Personen, die Smartphone-Apps oder das Internet nie oder nur selten zur Partnersuche nutzen, in der Stichprobe wahrscheinlich unterrepräsentiert.

Tabelle 5.12 Ort des ersten Kennenlernens der/des letzten nicht-festen männlichen Partner(s)

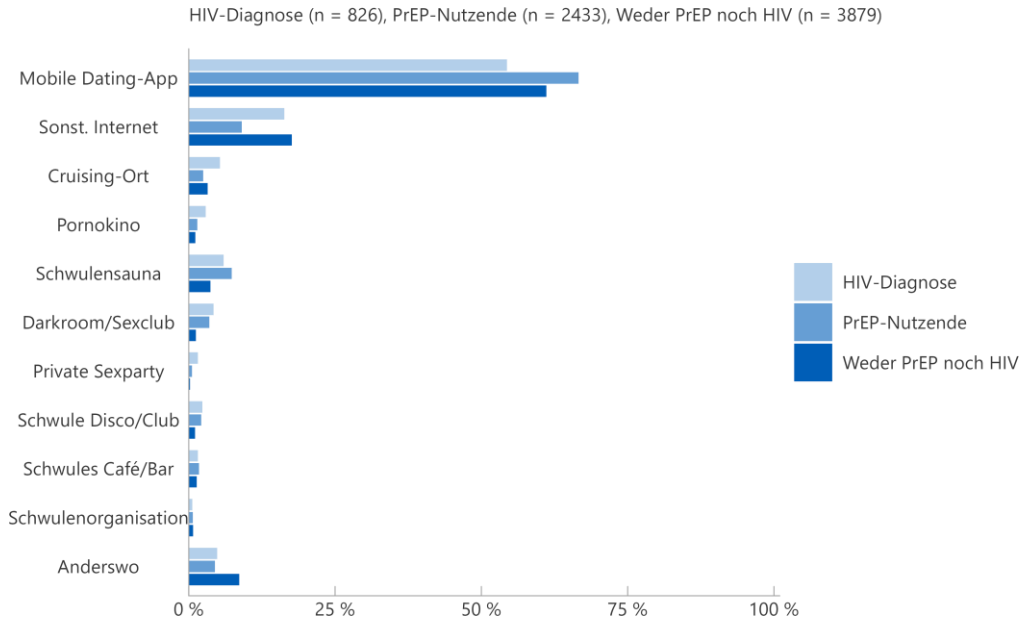
Ort des ersten Kennenlernens des/der letzten nicht-festen männlichen Partner(s)	Ein Partner (%)* N = 7168	Mehrere Partner (%)** N = 1358
Schwulenzentrum, Schwulenorganisation oder Schwulengruppe	0,7	1,7
Schwules Cafe oder schwule Bar	1,5	2,9
Schwulen Disco oder schwuler Club	1,6	4,6
Darkroom, schwuler Sex-Club, öffentlichen schwule Sex-Party	2,3	17,0
Private schwule Sex-Party	0,5	9,4
Schwulensauna	5,2	21,1
Pornokino	1,4	5,6
Cruising-Ort (Straße, Autobahnraststätte, Park, Strand, Toilette/Klappe etc.)	3,2	11,1
Smartphone App (oder ein anderes GPS-fähiges Gerät)	62,2	39,1
Woanders im Internet	14,5	14,2
Anderer Ort	6,8	7,0
Gesamt	**100,0**	—

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
* fehlende Angaben: n = 1; ** fehlende Angaben: n = 3.

Bundesweit gaben rund drei von fünf Befragten an, ihren letzten nicht-festen männlichen Partner über eine Dating-App kennengelernt zu haben (59 %). Regionale Unterschiede sind in **Tabelle 5.21** (Abschnitt 5.10) dargestellt.

Die Nutzung des Internets insgesamt zur Anbahnung sexueller Kontakte unterschied sich nicht zwischen den Altersgruppen, wohl aber die Nutzung von Smartphone-Apps gegenüber anderen Internetseiten (**Abbildung 5.8**). Jüngere Befragte (< 30 Jahre) berichteten häufiger, Partner über schwule Organisationen, Community-Zentren und schwule Nachtclubs kennengelernt zu haben. Ältere Befragte (40 Jahre und älter) hatten Partner dagegen häufiger in Bars, Sex Clubs, Saunen, Pornokinos und an Cruising-Orten kennengelernt.

Abbildung 5.8 Ort des Kennenlernens von Sexualpartnern nach HIV/PrEP-Status (N = 10 570)



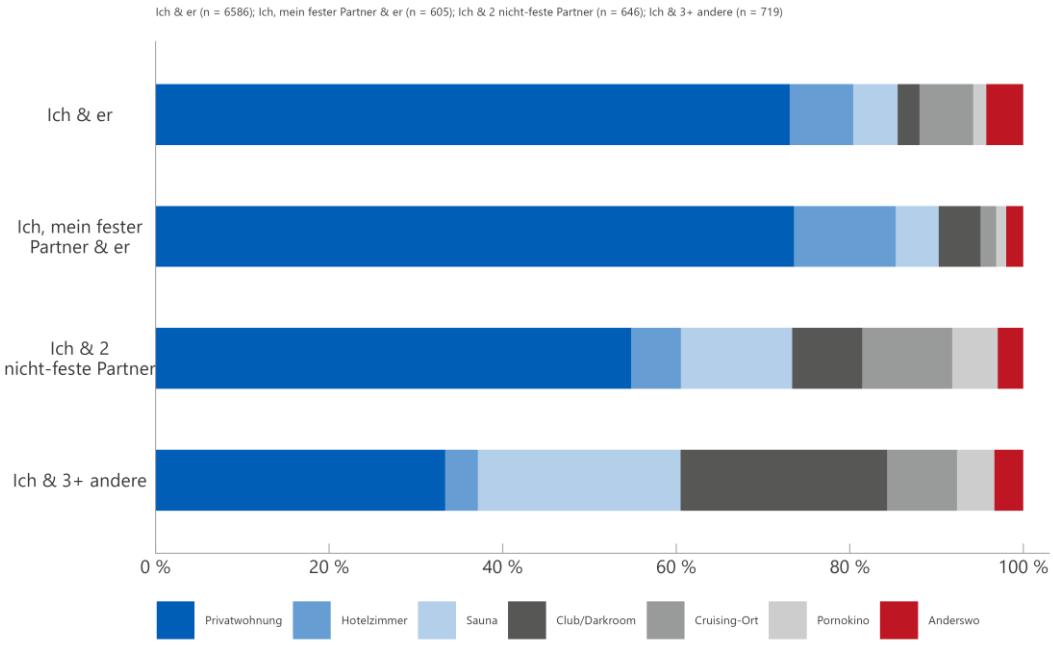
5.4.4 Orte sexueller Kontakte

Teilnehmende wurden zu ihrem letzten Sex mit einem oder mehreren nicht-festen männlichen Partnern gefragt: *„Wo hat der Sex stattgefunden?“*

Am häufigsten fand Sex mit einem nicht-festen männlichen Partner in einer Privatwohnung statt (68 %, siehe **Abbildung 5.9**). Es folgten Hotelzimmer (7 %), Saunen (7 %), Cruising-Orte (6 %), Darkrooms/Sex Clubs (5 %) und Pornokinos (2 %).

Eine Kreuztabellierung des Ortes des ersten Kennenlernens und des Ortes, an dem der Sex stattfand, zeigt, dass sexuelle Kontakte – abgesehen von explizit sexuellen Orten – unabhängig vom Ort des Kennenlernens meist in einer Privatwohnung oder einem Hotelzimmer stattfanden. Wurden Partner dagegen an einem schwulen Sex Ort kennengelernt, fand der Sex meist auch dort statt. Bei einem ersten Kennenlernen in einer schwulen Sauna fand der Sex in 87 % der Fälle ebenfalls in der Sauna statt. Bei einem Kennenlernen im Hinterzimmer einer Bar oder in einem schwulen Sex Club waren es 79 %. Wurden Partner in einem Pornokino oder an einem Cruising-Ort kennengelernt, fand der Sex in 86 % der Fälle ebenfalls dort statt.

Abbildung 5.9 Ort des letzten Sex nach Partnerkonstellation



5.4.5 Kommunikation und Risikoreduktion vor und während des sexuellen Kontakts

Befragte, die in den letzten 12 Monaten Sex mit einem oder mehreren nicht-festen männlichen Partnern hatten, wurden mit einer Reihe von Fragen dazu befragt, ob und was sie mit diesen Partnern über HIV-Status, PrEP-Einnahme und Viruslast kommuniziert hatten. Dazu gehörte, welche Angaben sie selbst zu ihrem HIV-Status gemacht hatten, was sie über den HIV-Status ihres Partners wussten oder annahmen, ob über die PrEP-Einnahme gesprochen worden war und – sofern sie mitgeteilt hatten, mit HIV zu leben – ob sie über ihre letzte Viruslastmessung gesprochen hatten.

Abbildung 5.10 zeigt die Kommunikation mit den Partnern über HIV-Status, PrEP-Einnahme und Viruslast nach HIV-Testhistorie. Dargestellt ist, welche Informationen die Befragten ihrem letzten nicht-festen männlichen Partner mitgeteilt hatten. **Abbildung 5.11** zeigt entsprechend, welche Informationen die Befragten von diesen Partnern erhalten hatten bzw. welche Annahmen sie über sie getroffen hatten.

Abbildung 5.10 Kommunikation über HIV-Status, PrEP-Nutzung und Viruslast

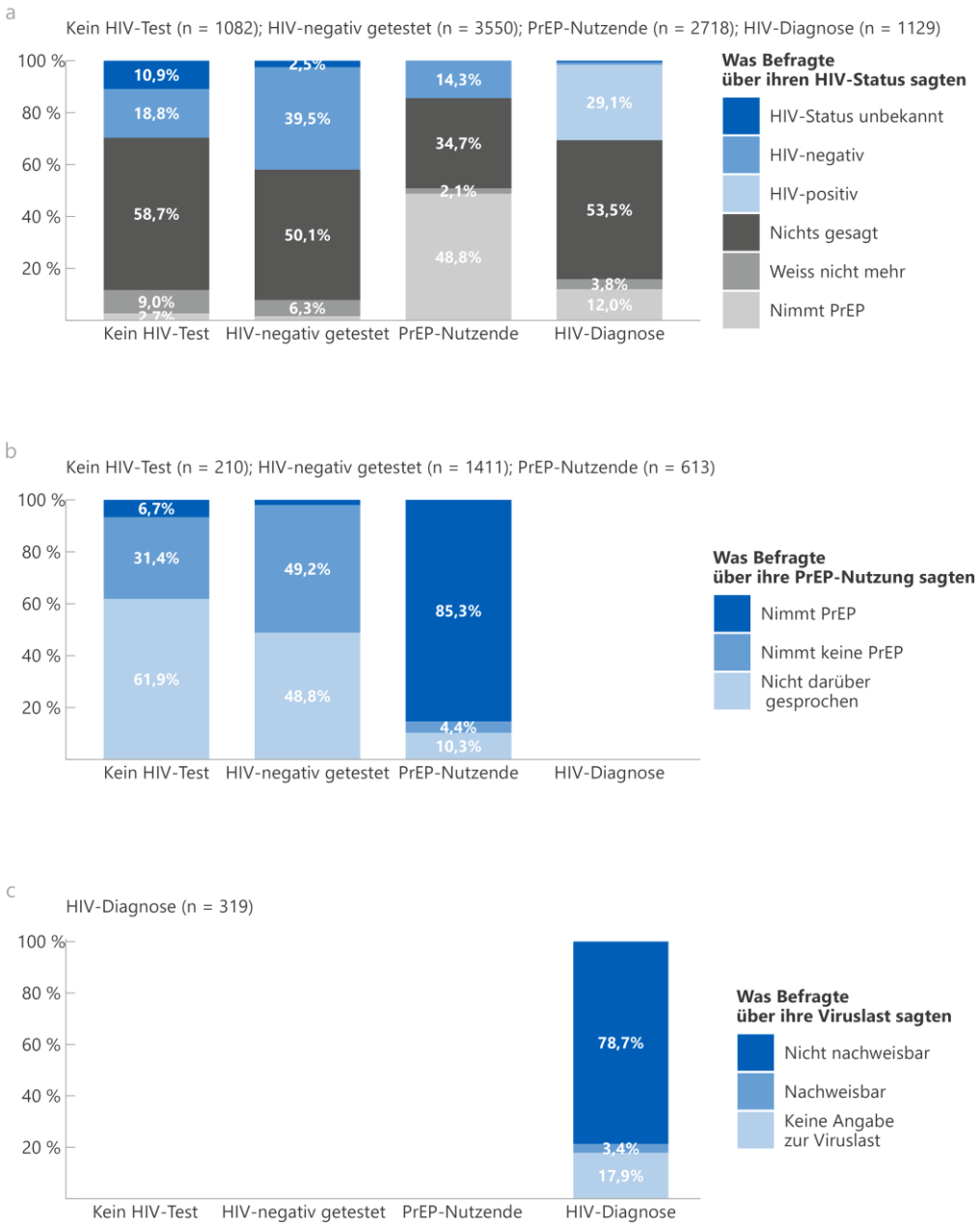
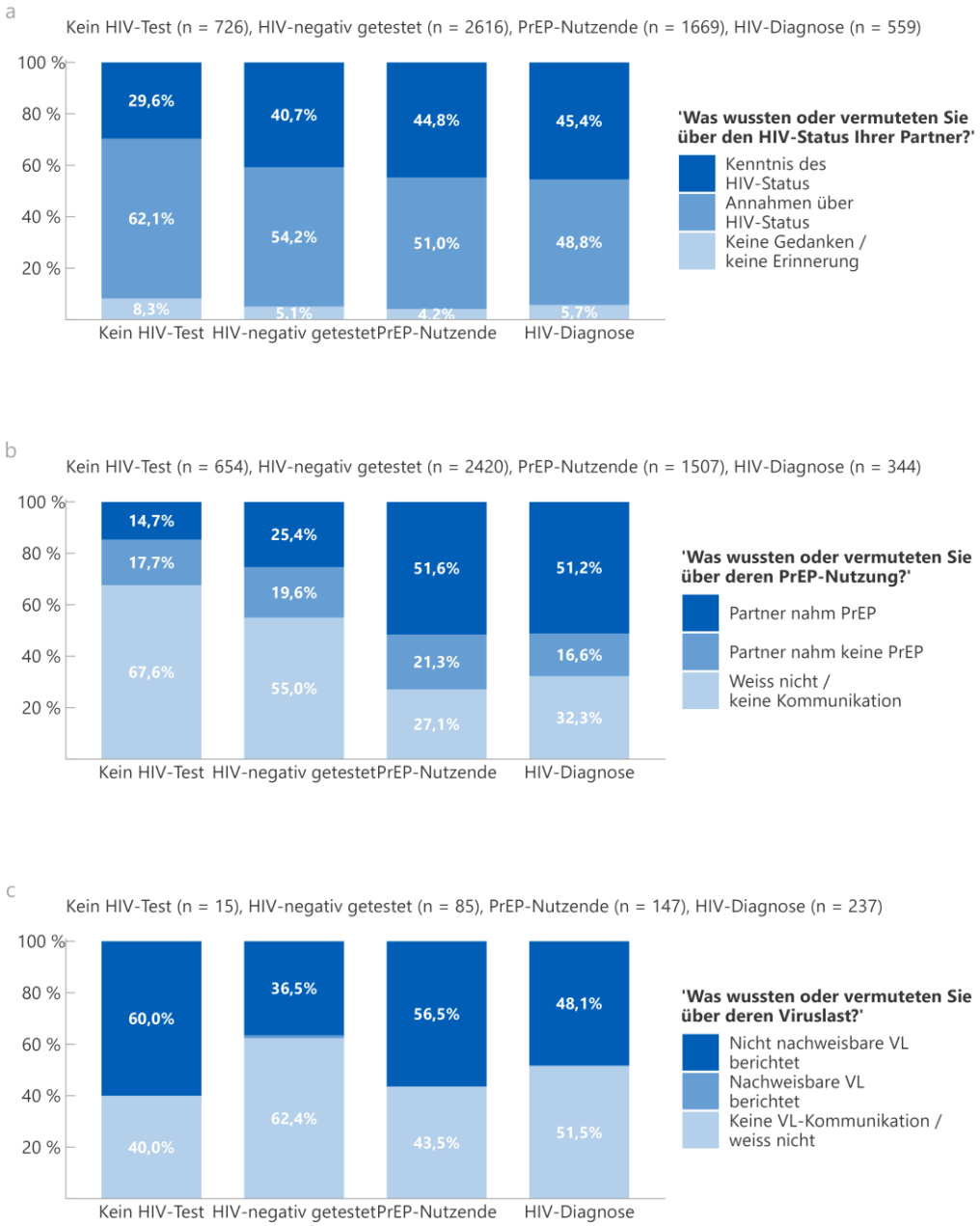


Abbildung 5.10a zeigt die Antworten auf die Frage *„Was haben Sie ihm/ihnen vor oder beim Sex zu Ihrem HIV-Status gesagt?“*, aufgeschlüsselt nach HIV-/PrEP-Status: Studienteilnehmende, die noch nie auf HIV getestet worden waren, Teilnehmende mit negativem Ergebnis beim letzten HIV-Test ohne PrEP-Einnahme, Teilnehmende mit PrEP-Einnahme sowie Studienteilnehmende mit HIV-Diagnose. PrEP-Nutzende kommunizierten am häufigsten über ihren HIV-Status, teilweise indirekt durch die Mitteilung ihrer PrEP-Einnahme. Dagegen kommunizierte die Mehrheit der noch nie auf HIV getesteten Studienteilnehmenden sowie der Studienteilnehmenden mit HIV-Diagnose ihren HIV-Status nicht. Teilnehmende, die ihrem bzw. ihren letzten nicht-festen Partnern mitgeteilt hatten, HIV-negativ zu sein, wurden anschließend gefragt: *„Was haben Sie ihm/ihnen zu Ihrem PrEP-Gebrauch gesagt?“* Die meisten PrEP-Nutzenden, die ihren HIV-Status mitgeteilt hatten, gaben auch an, ihrem bzw.

ihren Partnern von ihrer PrEP-Einnahme erzählt zu haben (**Abbildung 5.10b**). Teilnehmende, die ihrem letzten nicht-festen männlichen Partner mitgeteilt hatten, mit HIV zu leben, wurden anschließend gefragt: *„Was haben Sie ihm/ihnen über Ihre Viruslast gesagt?"* Die meisten gaben an, ihrem Partner mitgeteilt zu haben, dass ihre Viruslast nicht nachweisbar war (**Abbildung 5.10c**).

Abbildung 5.11 Wissen und Annahmen über HIV-Status, PrEP-Nutzung und Viruslast bei der letzten sexuellen Begegnung



Studienteilnehmende mit nicht-festen männlichen Partnern wurden außerdem gefragt: *„Was wussten oder dachten Sie über sein/ihr HIV-Testergebnis (seinen/ihren HIV-Status), bevor Sie Sex mit ihm/ihnen hatten?"* **(Abbildung 5.11a)**. Der Anteil, der den HIV-Status des/der Partner(s) kannte – was auf eine ausdrückliche Kommunikation darüber hindeutet –, lag zwischen 30 % und 45 %. Demgegenüber berichteten

49 % bis 62 %, den HIV-Status ihres Partners lediglich angenommen zu haben. Der Anteil der Befragten, die nach eigener Aussage nicht über den HIV-Status ihres letzten nicht-festen männlichen Partners nachgedacht hatten, war unter Teilnehmenden ohne vorherigen HIV-Test am höchsten und lag bei 8 %.

Teilnehmende, die wussten oder annahmen, dass ihr bzw. ihre Partner HIV-negativ waren, wurden gefragt: *„Was hat er / haben sie zu seinem/ihrem PrEP-Gebrauch gesagt?“* **(Abbildung 5.11b)**. Über die PrEP-Einnahme des Partners wurde am häufigsten von Befragten berichtet, die selbst PrEP einnahmen, gefolgt von Befragten mit HIV-Diagnose.

Befragte, die wussten oder annahmen, dass ihr/ihre Partner HIV-positiv war(en), wurden gefragt: *„Was hat er /haben sie Ihnen über seine/ihre Viruslast gesagt?“* Unter den Befragten mit solchen Partnern berichteten bis zu 49 %, dass ihnen der Viruslaststatus mitgeteilt worden war **(Abbildung 5.11c)**.

5.4.6 Mögliche Widersprüche in den Angaben

Da Angaben zur HIV-Testhistorie, zur antiretroviralen Therapie und zur PrEP-Nutzung unabhängig von den Fragen zum letzten sexuellen Kontakt erhoben wurden, können diese Angaben mit den Informationen verglichen werden, die die Befragten nach eigener Aussage gegenüber ihrem letzten nicht-festen Sexualpartner kommuniziert hatten.

Abweichungen können aus unterschiedlichen Gründen entstehen und sind nicht zwangsläufig als bewusste Falschangaben zu verstehen. So ist beispielsweise der genaue Zeitpunkt des letzten sexuellen Kontakts nicht bekannt; bekannt ist lediglich, dass dieser innerhalb der vergangenen zwölf Monate stattgefunden hatte. Zudem können Angaben, die zum damaligen Zeitpunkt zutrafen, inzwischen nicht mehr aktuell gewesen sein.

Die häufigste Unstimmigkeit betraf die Kommunikation eines negativen HIV-Status durch Befragte, die an anderer Stelle im Fragebogen angegeben hatten, noch nie auf HIV getestet worden zu sein. Dies traf auf 19 % der Befragten ohne vorherigen HIV-Test zu **(Abbildung 5.10a)**.

In ähnlicher Weise berichteten einige Befragte, ihrem letzten nicht-festen Sexualpartner mitgeteilt zu haben, dass sie PrEP einnahmen, obwohl sie an anderer Stelle im Fragebogen angegeben hatten, noch nie PrEP eingenommen zu haben. Diese Unstimmigkeit wurde insbesondere bei Befragten mit diagnostizierter HIV-Infektion beobachtet.

Die Angaben zu einer nicht nachweisbaren Viruslast waren dagegen weitgehend konsistent. Nur 2 % der Befragten, die ihrem letzten nicht-festen Sexualpartner mitgeteilt hatten, dass ihre Viruslast *nicht nachweisbar* sei, gaben an anderer Stelle im Fragebogen an, dass bei ihrer letzten Verlaufskontrolle eine *nachweisbare* Viruslast gemessen worden war.

5.5 Sexualpraktiken mit nicht-festen Partnern

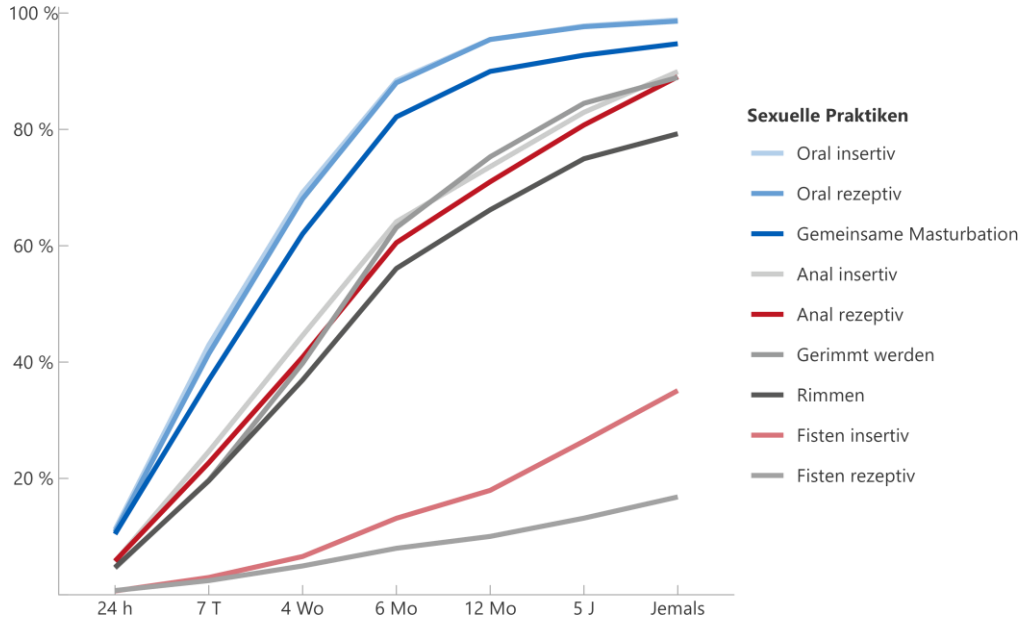
Studienteilnehmende, die angaben, Sex mit nicht-festen männlichen Partnern zu haben, wurden gefragt: „*Wenn Sie an den Sex denken, den Sie mit nicht-festen männlichen Partnern haben, wie lange ist es her, dass Sie das letzte Mal Folgendes gemacht haben? Bitte geben Sie das letzte Mal an, bei dem Sie etwas gemacht haben, auch wenn es nicht typisch für Sie war.*“ Anschließend wurde ihnen die folgende Liste vorgelegt (im Fragebogen in einer an die Bedürfnisse der Befragten angepassten Sprache formuliert):

1. gemeinsame Masturbation,
2. aufnehmender Oralverkehr (oral rezeptiv in der Abbildung unten),
3. einführender Oralverkehr (oral insertiv in der Abbildung unten),
4. rimmen (orale Stimulation des Anus eines Mannes),
5. gerimmt werden (orale Stimulation des eigenen Anus),
6. einführender Analverkehr (anal insertiv in der Abbildung unten),
7. aufnehmender Analverkehr (anal rezeptiv in der Abbildung unten),
8. einführendes Fisten (fisten insertiv in der Abbildung unten),
9. aufnehmendes Fisten (fisten rezeptiv in der Abbildung unten).

Der Zeitpunkt der jeweils letzten Ausübung der neun Sexualpraktiken wird anhand separater Kurven dargestellt. Teilnehmende, die an anderer Stelle angegeben hatten, eine Vagina anstelle eines Penis zu haben, erhielten zusätzliche Fragen zu rezeptivem Vaginalverkehr und Fisten; diese Ergebnisse werden hier nicht dargestellt, sondern ausschließlich in **Kapitel 8**.

Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) [10] ist ein additiver Score von 1 bis 9, der auf der Ausübung der oben genannten neun Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten basiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Vielfalt der Sexualpraktiken das STI-Risiko bei MSM unabhängig von der Anzahl der Sexualpartner beeinflusst. In Deutschland lag der mediane SRS bei 6 (IQR: 5–7). Nach Altersgruppen betrachtet lag der SRS bei den unter 20-Jährigen bei 5, erreichte bei den 40- bis 44-Jährigen mit 7 seinen höchsten Wert und ging danach leicht zurück. Bei Befragten, die ihre sexuelle Anziehung zu Männern vollständig offengelegt hatten, war er höher (7) als bei Befragten, die diese nicht offengelegt hatten (6). Ebenso war er beispielsweise bei Befragten mit einer Syphilis-Diagnose in den letzten 12 Monaten höher (7) als bei Befragten ohne eine solche Diagnose (6).

Abbildung 5.12 Kumulativ: Sexualpraktiken mit nicht-festen Partnern



5.6 Sex mit Frauen

Studienteilnehmende wurden daran erinnert: „*In dieser Befragung meinen wir mit Sex körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines*einer Partner*Partnerin oder beider Partner*innen zum Ziel hat.*“ Anschließend wurden sie gefragt: „*Wann hatten Sie das letzte Mal irgendeine Art von Sex mit einer Frau?*“ Als Antwort stand eine Skala zum Zeitpunkt des letzten sexuellen Kontakts zur Verfügung.

Aufgrund eines Fehlers in EMIS-2024 wurden diese Fragen – anders als in den vorherigen Erhebungswellen – nur Studienteilnehmenden angezeigt, die eine sexuelle Anziehung zu Frauen angegeben hatten. Daher wurden keine Angaben zum Zeitpunkt des letzten Sex mit Frauen von Studienteilnehmenden erhoben, die keine solche Anziehung angegeben hatten. Dies schränkt sowohl die Vollständigkeit als auch die Vergleichbarkeit der Daten ein. Die Ergebnisse von EMIS-2017 zeigen jedoch, dass nur sehr wenige Befragte ohne sexuelle Anziehung zu Frauen kürzlich Sex mit Frauen hatten (**siehe EMIS-2024-Variablenhandbuch** [1]).

Unter den Befragten in EMIS-2024, die angaben, sich (auch) zu Frauen hingezogen zu fühlen (18 % der deutschen Stichprobe), berichteten 93 %, in den letzten 12 Monaten Sex mit einer Frau gehabt zu haben. Unter Befragten mit einer festen weiblichen Partnerin lag dieser Anteil ebenfalls bei 93 %. Beides spricht für eine hohe interne Validität der Angaben.

5.7 Drogenkonsum

Informationen zum Substanzkonsum hatten für das EMIS-Netzwerk eine hohe Priorität. Angaben zum Konsum legaler und illegaler Drogen wurden als Selbstauskunft erhoben. Das Antwortformat, bei dem nach dem Zeitpunkt des letzten Konsums gefragt wurde, verringerte die Abhängigkeit von länger zurückliegenden Erinnerungen; das anonyme, selbstständig online ausgefüllte Befragungsformat dürfte zudem Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit reduziert haben. Trotz umfangreicher Übersetzungs- und Harmonisierungsverfahren können jedoch geringfügige Unterschiede im Verständnis drogenbezogener Begriffe zwischen verschiedenen Sprachen und kulturellen Kontexten nicht ausgeschlossen werden. Diese könnten die Vergleichbarkeit der Angaben zwischen den Ländern beeinflusst haben.

5.7.1 Konsum legaler Substanzen

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal … konsumiert?*“, gefolgt von fünf Substanzen, deren Besitz in den meisten europäischen Ländern nicht illegal ist: Alkohol; Tabakprodukte; Poppers (Nitrit-Inhalationsmittel); Viagra, Cialis, Levitra oder andere Medikamente, die zur Erreichung oder Aufrechterhaltung einer Erektion eingesetzt werden; sowie Beruhigungsmittel oder Tranquilizer (z. B. Valium, Rivotril, Rohypnol, Xanax, Seduxen, Phenazepam). Wir haben nicht untersucht, ob erektionsfördernde Medikamente oder Beruhigungsmittel verschrieben worden waren.

Tabelle 5.13 zeigt die kumulierten Anteile der Befragten, die die jeweilige Substanz innerhalb zunehmend längerer Zeiträume konsumiert hatten. Die beiden letzten Zeilen zeigen bedingte Anteile: zunächst den Anteil der Personen, die jemals konsumiert haben, und auch in den letzten 12 Monaten konsumiert hatten (als Indikator für fortgesetzten Konsum), und anschließend den Anteil der Personen mit Konsum in den letzten 12 Monaten, die auch in den letzten 7 Tagen konsumiert hatten (als Indikator für häufigeren Konsum).

Tabelle 5.13 Zeitpunkt des letzten Konsums legaler Substanzen

Letzter Konsum	kumulativ %				
	Alkohol	Tabak	Poppers	Viagra etc.	Beruhigungsmittel
	N = 10 263[a]	N = 7486[b]	N = 6356[c]	N = 4274[d]	N = 1555[e]
In den letzten 24 Stunden	36,8	25,4	6,8	4,3	1,0
In den letzten 7 Tagen	70,7	30,0	17,6	13,4	1,9
In den letzten 4 Wochen	82,8	33,3	25,2	21,0	2,9
In den letzten 6 Monaten	89,2	38,1	32,9	27,5	4,7
In den letzten 12 Monaten	91,9	41,8	38,1	31,1	6,3
In den letzten 5 Jahren	94,3	49,1	47,2	36,4	9,8
Jemals	97,0	70,8	60,1	40,4	14,7
7 Tage / 12 Monate (%)	76,9	71,7	46,2	43,2	30,1
12 Monate / jemals (%)	94,8	59,0	63,4	77,0	42,7

[a] fehlende Angaben: n = 14; [b] fehlende Angaben: n = 24; [c] fehlende Angaben: n = 18; [d] fehlende Angaben: n = 17; [e] fehlende Angaben: n = 20.

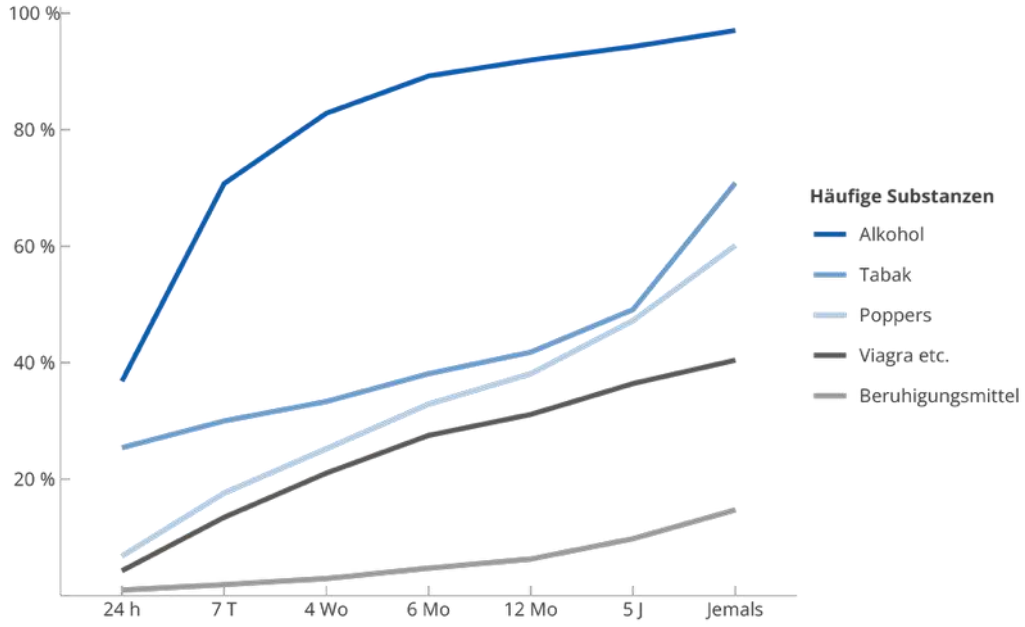
Abbildung 5.13 stellt diese Daten grafisch dar und zeigt für jede Substanz die kumulierten Anteile der Personen, die sie im Laufe ihres Lebens konsumiert hatten.

Alkohol war über alle betrachteten Zeiträume hinweg die am häufigsten konsumierte Substanz. Nahezu alle Befragten hatten mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert (97 %). Rund ein Drittel der Befragten (37 %) gab an, innerhalb der vergangenen 24 Stunden Alkohol konsumiert zu haben. Bei Betrachtung der vergangenen sieben Tage stieg dieser Anteil deutlich auf 71 %.

Im Vergleich dazu gab ein ähnlich hoher Anteil an, innerhalb der vergangenen 24 Stunden Tabak konsumiert zu haben (25 %). Über einen Zeitraum von sieben Tagen erhöhte sich dieser Anteil jedoch nur geringfügig auf 30 %. Dies deutet darauf hin, dass die meisten Befragten, die in der vergangenen Woche Tabak konsumiert hatten, dies auch innerhalb der vergangenen 24 Stunden getan hatten. Unter den Tabakkonsumierenden spricht dies für einen regelmäßigeren oder täglichen Konsum.

Die übrigen drei Substanzen, deren Besitz in den meisten europäischen Ländern nicht verboten ist, wurden von deutlich weniger Befragten konsumiert als Alkohol und Tabak.

Abbildung 5.13: Kumulativ: Konsum von Alkohol, Tabak, Poppers, Viagra etc. oder Beruhigungsmitteln



5.7.2 Drogenkonstum

Nachdem nach Substanzen gefragt worden war, deren Besitz nicht illegal ist, wurden alle Studienteilnehmenden gefragt: „*Haben Sie jemals irgendwelche anderen Drogen konsumiert?*“ Bundesweit antworteten 49 % mit „*Ja*“. Diese wurden anschließend gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal … konsumiert?*“, gefolgt von den 14 unten aufgeführten Arten (vorwiegend) illegaler Drogen:

- *Cannabis (Haschisch, Marihuana)*
- *Synthetische Cannabinoide (z. B. „Spice“, „K2“, „Kräutermischungen“)*
- *Ecstasy (E, XTC, MDMA) als Tablette, Kristall oder Pulver*

- *Amphetamine (Speed)*
- *Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin)*
- *Heroin oder ähnliche Substanzen (Fentanyl, Instanyl®, „Polnische Suppe“ / „Polski Kompot“)*
- *Mephedron (4-MMC, Methylon, Meph, Miau/Meow)*
- *Andere synthetische Stimulanzien als Mephedron (z. B. MXE, Badesalz, 3-MMC, 4-MEC, 4-FA, XTC-light)*
- *Alpha-PHP / A-PHP*
- *GHB/GBL (Liquid Ecstasy)*
- *Ketamin (Special K)*
- *LSD (Acid)*
- *Kokain*
- *Crack*

Für jede Droge stand den Befragten eine Skala zur Verfügung, auf der sie angeben konnten, wann sie diese zuletzt konsumiert hatten [11]. Die Fragen bezogen sich jeweils auf die einzelnen Substanzen; der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen (Poly-Drogenkonsum) wurde nicht erfasst.

Tabellen 5.14 und **5.15** zeigen die kumulierten Anteile der Befragten, die die jeweilige Droge innerhalb zunehmend längerer Zeiträume konsumiert hatten. Die beiden letzten Zeilen zeigen bedingte Anteile: zunächst den Anteil der Personen mit jemaligem Konsum, die auch in den letzten 12 Monaten konsumiert hatten (als Indikator für fortgesetzten Konsum), und anschließend den Anteil der Personen mit Konsum in den letzten 12 Monaten, die auch in den letzten 7 Tagen konsumiert hatten (als Indikator für häufigeren Konsum).

Tabelle 5.14 Zeitpunkt des letzten Drogenkonsums (Teil 1)

Letzter Konsum	kumulativ %						
	Cannabis N = 5036[a]	Ecstasy N = 2270[b]	Amphetamine N = 950[c]	Synthetische Stimulazien N = 806[d]	Alpha PhP N = 60[e]	GHB/GBL N = 1381[f]	Kokain N = 2220[g]
In den letzten 24 Stunden	5,0	0,5	0,3	0,4	0,0	0,5	0,5
In den letzten 7 Tagen	9,3	1,8	0,7	1,4	0,0	1,8	1,8
In den letzten 4 Wochen	13,3	4,0	1,4	3,1	0,1	2,9	3,6
In den letzten 6 Monaten	20,1	7,8	2,5	4,7	0,2	4,7	6,8
In den letzten 12 Monaten	25,4	10,2	3,6	5,8	0,2	6,0	9,3
In den letzten 5 Jahren	35,0	15,2	5,3	7,0	0,4	9,0	13,7
Jemals	47,6	21,5	9,0	7,6	0,6	13,0	21,0
7 Tage / 12 Monate (%)	36,4	17,6	19,6	25,1	8,0	29,7	19,6
12 Monate / jemals (%)	53,5	47,7	40,3	75,6	41,7	46,1	44,3

[a] fehlende Angaben: n = 2; [b] fehlende Angaben: n = 14; [c] fehlende Angaben: n = 4; [d] fehlende Angaben: n = 26; [e] fehlende Angaben: n = 27; [f] fehlende Angaben: n = 9; [g] fehlende Angaben: n = 9

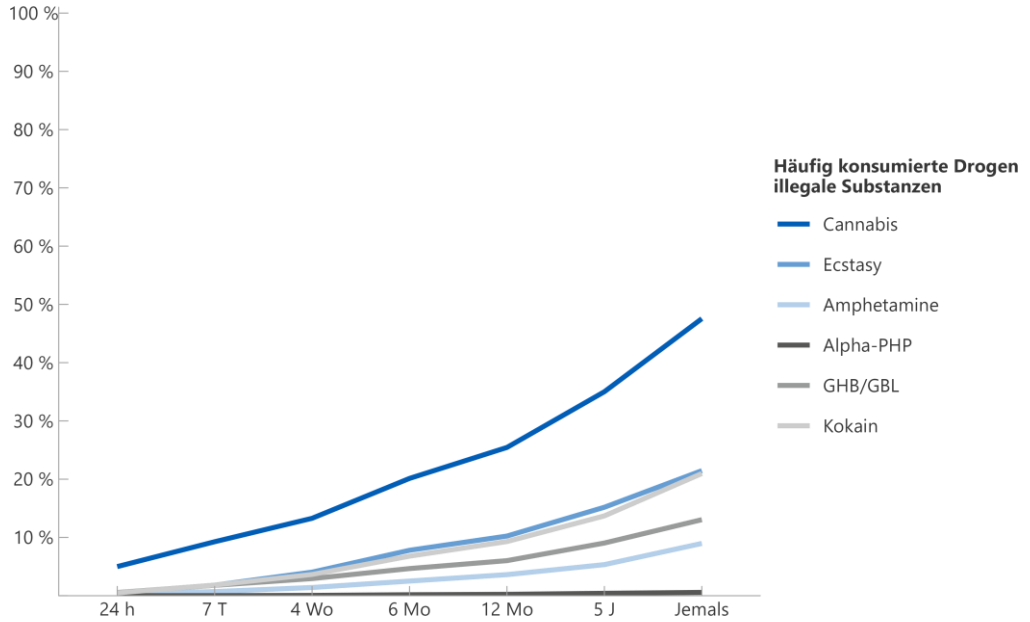
Tabelle 5.15 Zeitpunkt des letzten Drogenkonsums (Teil 2)

Letzter Konsum	kumulativ %						
	Synthetic cannabinoids N = 688[a]	Crystal Meth N = 833[b]	Heroin N = 158[c]	Mephedrone N = 835[d]	Ketamine N = 1308[e]	LSD N = 1176[f]	Crack N = 110[g]
In den letzten 24 Stunden	0,2	0,5	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0
In den letzten 7 Tagen	0,5	1,0	0,1	1,5	1,1	0,3	0,1
In den letzten 4 Wochen	0,8	1,7	0,1	3,2	2,6	0,9	0,2
In den letzten 6 Monaten	1,7	2,9	0,2	4,9	5,0	2,4	0,2
In den letzten 12 Monaten	2,5	3,7	0,3	5,9	6,5	3,5	0,3
In den letzten 5 Jahren	3,7	5,5	0,6	7,3	9,4	6,3	0,5
Jemals	6,5	7,9	1,5	7,9	12,4	11,1	1,0
7 Tage / 12 Monate (%)	20,2	28,0	30,6	25,0	17,3	9,6	21,6
12 Monate / jemals (%)	38,1	47,5	22,8	74,4	52,4	31,9	33,6

[a] fehlende Angaben: n = 5; [b] fehlende Angaben: n = 7; [c] fehlende Angaben: n = 22; [d] fehlende Angaben: n = 24; [e] fehlende Angaben: n = 18; [f] fehlende Angaben: n = 21; [g] fehlende Angaben: n = 9.

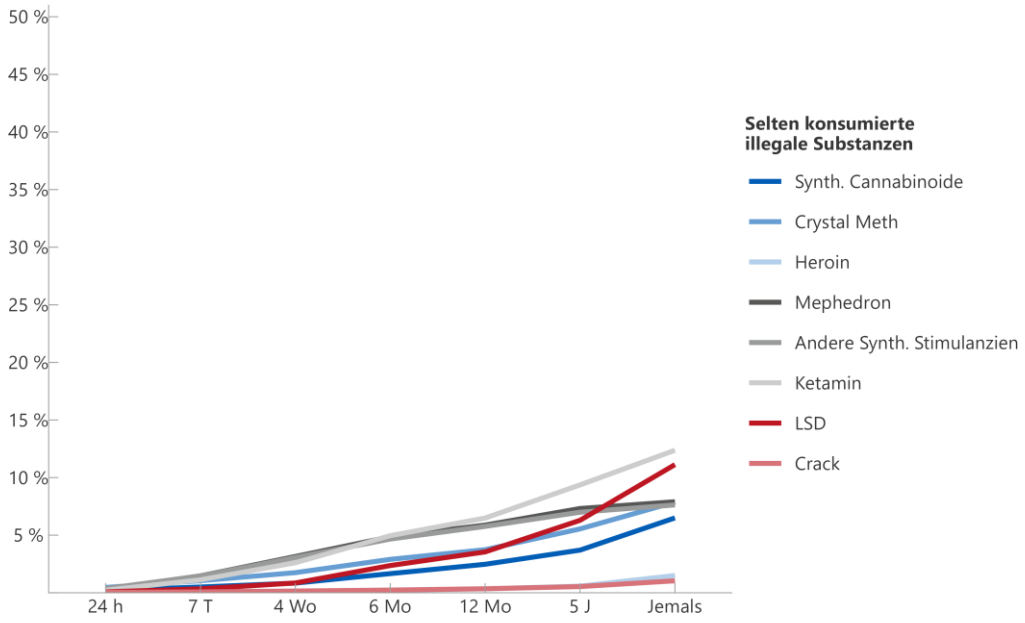
Abbildungen 5.14–15 stellen diese Daten grafisch dar und zeigen die kumulierten Anteile mit Konsum der jeweiligen Droge im bisherigen Leben. Die in allen betrachteten Zeiträumen am häufigsten konsumierte illegale Droge war Cannabis: 48 % hatten Cannabis jemals und 13 % in den letzten vier Wochen konsumiert. Es folgten Ecstasy (jemals: 21 %, letzte vier Wochen: 4 %) und Kokain (jemals: 21 %, letzte vier Wochen: 4 %) (siehe **Tabelle 5.14** und **Abbildung 5.14**).

Abbildung 5.14 Kumulativ: Häufig konsumierte Drogen und illegale Substanzen



Bei Amphetaminen war der relative Unterschied zwischen jemaligem Konsum und Konsum in den letzten fünf Jahren größer als bei anderen Drogen, was auf einen Rückgang ihrer Verbreitung im Laufe der Zeit hindeuten könnte

Abbildung 5.15 Kumulativ: Selten konsumierte illegale Substanzen



Ähnlich wie bei Amphetaminen zeigte sich bei LSD eine deutlich größere prozentuale Differenz zwischen dem jemals gemeldeten Konsum und dem Konsum in den letzten fünf Jahren als bei den meisten anderen Drogen, was darauf hindeutet, dass ein erheblicher Anteil derjenigen, die es probiert hatten, es nicht mehr konsumierte.

5.8 Injizierender Drogenkonsum

In der Vergangenheit war der intravenöse Drogenkonsum zumindest in Deutschland unter MSM, die an Bevölkerungsbefragungen teilnahmen, eher selten. Es ist möglich, dass sich die Muster in den letzten Jahren verändert haben, beispielsweise im Zusammenhang mit sich wandelnden Chemsex-Praktiken, doch die verfügbaren Belege für solche Veränderungen sind nach wie vor begrenzt.

5.8.1 Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums

Studienteilnehmende, denen bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen wurde, wurden gefragt: „*Haben Sie jemals Anabolika (anabole Steroide) gespritzt (oder sich spritzen lassen)?*“. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, um Verwechslungen mit transmaskulinen Personen zu vermeiden, die eine geschlechtsangleichende Hormontherapie erhalten. Die Antwortmöglichkeiten lauteten: „*Nein, noch nie*“; „*Ja, in den letzten 12 Monaten*“; „*Ja, vor mehr als 12 Monaten*“. Die Frage bezog sich sowohl auf verschriebene als auch auf nicht verschriebene Substanzen, und es ist möglich, dass einige Befragte Kortikosteroid-Injektionen, die von medizinischem Fachpersonal verabreicht wurden, mit dem Konsum von Anabolika verwechselt haben. Die Teilnehmenden wurden außerdem gefragt: „*Haben Sie sich jemals Drogen (ausgenommen Anabolika oder ärztlich verschriebene Medikamente) gespritzt oder sich spritzen lassen, um high zu werden (Slamming)?*“. Es wurden dieselben Antwortmöglichkeiten angeboten.

Tabelle 5.16 Injizierender Drogenkonsum

Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt oder sich spritzen lassen, um high zu werden (Slamming)?	% anabole Steroide (Testosteron) (N = 10 260)*	% jegliche Drogen, um high zu werden (mit Ausnahme von Anabolika oder verschreibungspflichtigen Medikamenten) (N = 10 558)**
Nein, niemals	97,9	95,9
Ja, vor mehr als 12 Monaten	1,3	2,1
Ja, in den letzten 12 Monaten	0,7	2,1
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 27; **fehlende Angaben: n = 34.

Etwa jeder 50. Befragte (2 %) gab an, schon einmal anabole Steroide injiziert zu haben, verglichen mit 4 %, die angaben, schon einmal Drogen injiziert zu haben, um high zu werden (**Tabelle 5.16**); beide Verhaltensweisen waren sehr selten. Betrachtet man beide Verhaltensweisen zusammen, gaben 6 % an, schon einmal Steroide und/oder Drogen injiziert zu haben, um high zu werden. Das Injizieren von Steroiden und das Injizieren von Drogen, um high zu werden, standen in einem positiven Zusammenhang, überlagerten sich jedoch nur teilweise. Unter den Befragten, die in den letzten 12 Monaten Steroide injiziert hatten, hatten 20 % auch Drogen injiziert, um high zu werden. Umgekehrt hatten unter denjenigen, die Drogen injiziert hatten, um high zu werden, 7 % auch Steroide injiziert. Die Mehrheit der Befragten, die Steroide injizierten, injizierte jedoch keine Drogen, um high zu werden (80 %), und ebenso injizierte die Mehrheit der Befragten, die Drogen injizierten, um high zu werden, keine Steroide (93 %).

5.8.2 Häufigkeit der Injektionen

Die 2 % der Befragten, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden (n = 217), wurden gefragt: „*Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen (ausgenommen Anabolika oder ärztlich verschriebene Medikamente) gespritzt um high zu werden (Slamming)?*“ Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1- bis 9-mal bis „*10-mal oder öfter*“. Wie **Tabelle 5.17** zeigt, hatten 49 % derjenigen, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden, dies höchstens sechsmal getan; 46 % hatten dies mindestens zehn Mal getan. Letzteres entspricht 0,9 % aller Befragten (n= 97).

Tabelle 5.17 Häufigkeit von injizierendem Drogenkonsum zum Zweck der Rauschwirkung in den letzten 12 Monaten (N = 212)

Häufigkeit des Drogenkonsums durch Injektionen in den letzten 12 Monaten	Befragte, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden *	
	%	kumulativ %
1	8,0	8,0
2	13,7	21,7
3	7,1	28,8
4	7,5	36,3
5	5,7	42,0
6	6,6	48,6
7	1,9	50,5
8	2,8	53,3
9	0,9	54,2
10-mal oder häufiger	45,8	100,0

*fehlende Angaben: n = 5

5.8.3 Injizierte Drogen

Teilnehmende, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten (2 % aller Befragten), wurden gefragt: „*Welche Drogen haben Sie sich in den letzten 12 Monaten gespritzt oder sich spritzen lassen?*“ Sie wurden gebeten, aus der in **Tabelle 5.18** dargestellten Liste alle Substanzen auszuwählen, die sie injiziert hatten.

Die am häufigsten injizierten Drogen waren andere synthetische Stimulanzien als Mephedron, Crystal Methamphetamin, Ketamin und Mephedron. Diese Substanzen werden häufig im Zusammenhang mit Chemsex konsumiert (siehe unten), auch wenn nicht alle zu den Stimulanzien zählen.

Tabelle 5.18 Im vergangenen Jahr injizierte Drogen unter Befragten mit intravenöser Konsumerfahrung (N = 217)

Welche Drogen haben Sie sich in den letzten 12 Monaten gespritzt oder spritzen lassen?	% der Befragten mit injizierendem Drogenkonsum N = 212*
Andere synthetische Stimulanzien als Mephedron (z. B. MXE, Badesalz, 3MMC, 4MEC, 4-FA, XTC-light)	61,8
Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin)	46,5
Ketamin (Special K)	18,9
Mephedron (4MMC, Methylon, Meph, Miau/Meow)	18,4
Kokain	8,8
Amphetamine (Speed)	4,6
Ecstasy (E, XTC, MDMA)	4,1
Heroin oder ähnliche Substanzen (z.B. Fentanyl oder Instanyl®)	3,2
Alpha-PhP	1,4
Crack	0,9
Ich habe mir / wir wurden Drogen gespritzt, aber ich weiß nicht, welche	6,5

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 34

5.8.4 Gemeinsame Nutzung von Injektionsutensilien

Studienteilnehmende, die jemals anabole Steroide injiziert und/oder in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal eine bereits gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt, die jemand anderes Ihnen gegeben, geliehen oder verkauft hat?*“ Als Antwort stand eine Skala zum Zeitpunkt der letzten Verwendung zur Verfügung.

Bundesweit berichteten 0,07 % aller Befragten (n = 7), in den letzten 12 Monaten mit einer gebrauchten Nadel oder Spritze injiziert zu haben.

Unter Befragten, die jemals Drogen injiziert hatten, entspricht dies einem Anteil von 1,2 %, die in den letzten 12 Monaten gebrauchte Injektionsutensilien verwendet hatten.

5.9 Kombination von Sex und Drogen

Chemsex ist seit EMIS-2010 zunehmend in den Fokus gerückt. Eine Definition von Chemsex und die Entwicklung eines Erhebungsmaßes, das in unterschiedlichen kulturellen Kontexten gleichermaßen aussagekräftig und akzeptabel ist, erwiesen sich jedoch als schwierig [12]. Daher haben wir uns entschieden, den Begriff „Chemsex" in der Befragung selbst nicht zu verwenden. Stattdessen stellten wir eine Reihe sowohl weiter gefasster als auch spezifischerer Fragen, um unterschiedliche Aspekte des Phänomens zu erfassen.

5.9.1 Sex unter Substanzeinfluss

Studienteilnehmende, die in den letzten 12 Monaten Sex mit einem Mann hatten, wurden gefragt: „*Wie oft standen Sie in den letzten 12 Monaten beim Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder einer anderen Droge?*" Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 5.19** dargestellt.

Tabelle 5.19 Anteil des Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen in den letzten 12 Monaten (N = 9513)

Anteil des Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen in den letzten 12 Monaten	%*
Gar nicht	42,9
So gut wie gar nicht	29,3
Weniger als die Hälfte	10,5
Etwa die Hälfte	5,5
Mehr als die Hälfte	4,6
Fast jedes Mal	5,3
Jedes Mal, wenn ich Sex mit Männern hatte	1,8
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 29.

Bundesweit berichtete eine deutliche Mehrheit der Befragten (88 %), dass höchstens die Hälfte des Sex, den sie in den letzten 12 Monaten hatten, unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stattfand; 43 % berichteten überhaupt keinen Sex unter Substanzeinfluss. Umgekehrt gaben 7 % an, dass der gesamte oder fast der gesamte Sex unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stattfand.

Zu beachten ist, dass diese Frage sowohl Sex bei gleichzeitigem Alkohol- oder Drogenkonsum erfasst als auch den gezielten Konsum von Alkohol oder Drogen, um Sex zu erleichtern, zu verändern oder zu intensivieren.

5.9.2 Zeitpunkt des letzten nüchternen Sex und Chemsex

Die Teilnehmenden wurden gefragt: „*Wann hatten Sie das letzte Mal nüchtern Sex, das heißt, nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen)?*“ Als Antwort stand eine Skala zum Zeitpunkt des letzten nüchternen Sex zur Verfügung. Außerdem wurden sie gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen konsumiert, um längeren oder intensiveren Sex zu haben? (Stimulierende Substanzen sind z.B. Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron, Ketamin oder Alpha-PHP.)*“ Auch hier stand eine Skala zum Zeitpunkt des letzten Konsums zur Verfügung. Dabei ist zu beachten, dass Ketamin halluzinogene, dissoziative und anästhetische Wirkungen hat und nur in niedrigen Dosierungen stimulierend wirkt [13]. Das mit der letztgenannten Frage erfasste Verhalten wird im Folgenden der Einfachheit halber als „Chemsex“ bezeichnet. Chemsex ist eine neue Kategorie sexuellen Verhaltens unter MSM, für die keine allgemein anerkannte Definition besteht [14].

EMIS-2010 enthielt keine direkte Erfassung von Chemsex. In späteren Publikationen (z. B. Schmidt *et al.* 2016 [11]) verwendeten wir daher einen als „4-Chems“ bezeichneten Proxy-Indikator. Dieser war definiert als Konsum mindestens einer der folgenden Substanzen in den letzten vier Wochen: GHB/GBL, Ketamin, Crystal Methamphetamin oder Mephedron.

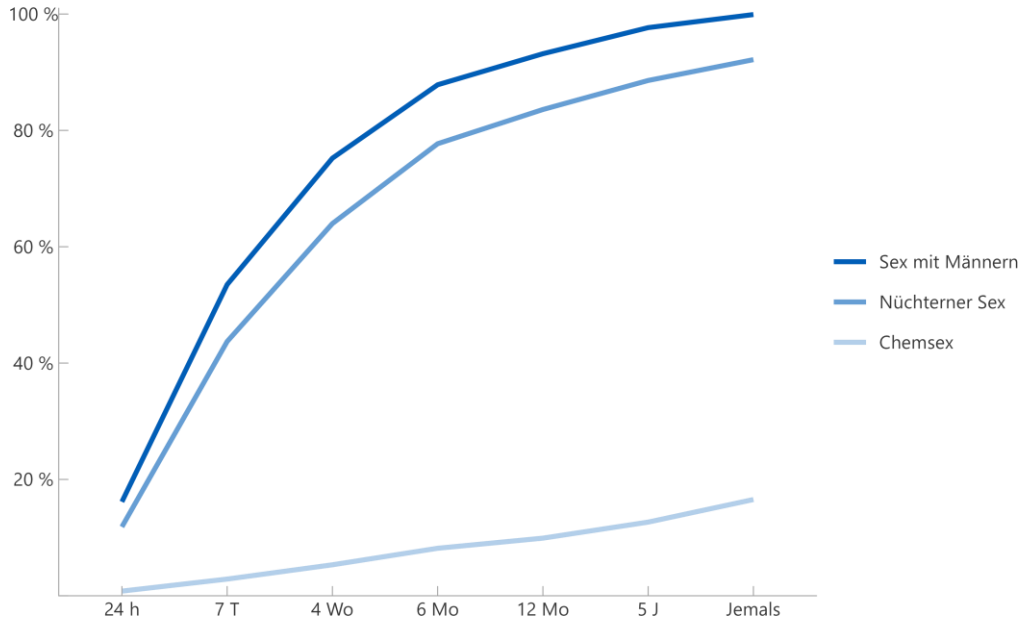
Anhand der Daten von **EMIS-2024** lässt sich überprüfen, ob dieses Konstrukt trotz der Veränderungen bei den zum Intensivieren oder Verlängern von Sex verwendeten stimulierenden Drogen und deren Kombinationen weiterhin als geeigneter Proxy dient. Die Prävalenz des berichteten „Chemsex“ in den letzten vier Wochen betrug 6 %, *vs.* 5 % nach dem „4-Chems“-Indikator. Die Übereinstimmung zwischen beiden Indikatoren war mit 97 % sehr hoch; auch die über den Zufall hinausgehende Übereinstimmung war substanziell ($\kappa = 0{,}69$; 95-%-Konfidenzintervall: 0,68–0,70). Der etwas niedrigere κ-Wert ist auf die schiefe Verteilung der zugrunde liegenden binären Variable zurückzuführen.

Auch wenn alle Definitionen von Chemsex die Verbindung von Sex und Substanzkonsum beinhalten, gilt nicht jeder Sex unter Drogeneinfluss als Chemsex. Weitere Merkmale, die häufig in Definitionen einbezogen werden, sind Sex zwischen Männern (d. h., der Begriff wird typischerweise auf männlich-männliche sexuelle Kontexte angewandt), sexuelle Kontakte mit Gelegenheitspartnern oder regelmäßigen nicht-romantischen Partnern statt innerhalb romantischer Beziehungen, die Anbahnung über Dating-Apps, der Konsum bestimmter Drogen (am häufigsten GHB/GBL, Crystal Methamphetamin, Mephedron und/oder Ketamin), eine längere Dauer sexueller Sessions sowie ein breiterer sozialer Kontext, der durch Stigmatisierung, Marginalisierung und die Folgen der HIV-Epidemie geprägt ist, einschließlich verinnerlichter Homonegativität bei einem Teil der schwulen und bisexuellen Männer.

In dieser Studie haben wir uns auf den gezielten Konsum stimulierender Drogen zur Intensivierung und Verlängerung von Sex konzentriert. Uns ist bewusst, dass dies keine abschließende Definition von Chemsex darstellt – und dass eine allgemein akzeptierte Definition vermutlich auch nicht erreichbar ist –, es ermöglicht jedoch eine

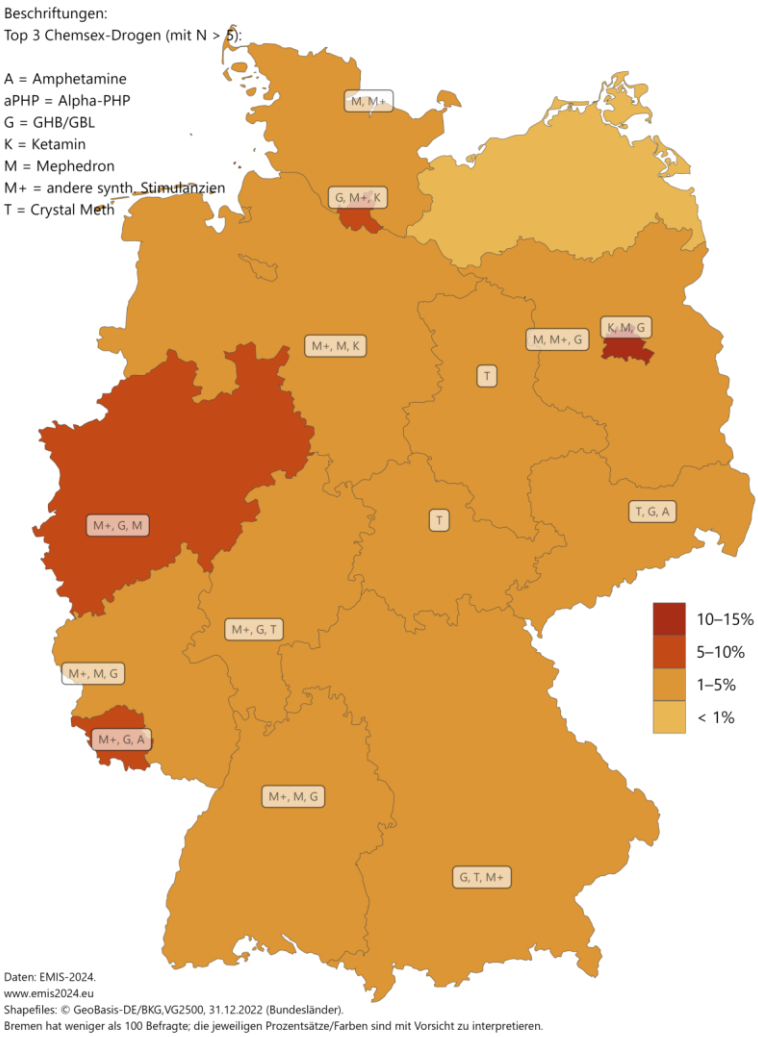
präzise und transparente Operationalisierung. **Abbildung 5.16** stellt diese Angaben gemeinsam mit dem jeweils berichteten Zeitpunkt des letzten Chemsex und des letzten nüchternen Sex mit Männern dar.

Abbildung 5.16: Kumulativ: Ausgewählte sexuelle Erfahrungen



Sex ohne Alkohol- oder Drogenkonsum war weit verbreitet: 84 % berichteten nüchternen Sex in den letzten 12 Monaten, während Chemsex im gleichen Zeitraum deutlich seltener berichtet wurde (10 %). In Deutschland berichteten 17 %, jemals Chemsex gehabt zu haben; von diesen hatten 32 % in den letzten vier Wochen Chemsex. Insgesamt berichteten 5 % Chemsex in den letzten vier Wochen. **Karte 5.5** zeigt den Anteil mit Chemsex in den letzten vier Wochen. Zusätzlich werden die drei dabei am häufigsten konsumierten Substanzen dargestellt. Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands – sowohl hinsichtlich der Häufigkeit von Chemsex als auch der dabei am häufigsten konsumierten Substanzen.

Karte 5.5 Anteil der Befragten, die in den letzten 4 Wochen Stimulantien konsumiert haben, um intensiveren oder längeren Sex zu haben (Chemsex) (N = 10 590)

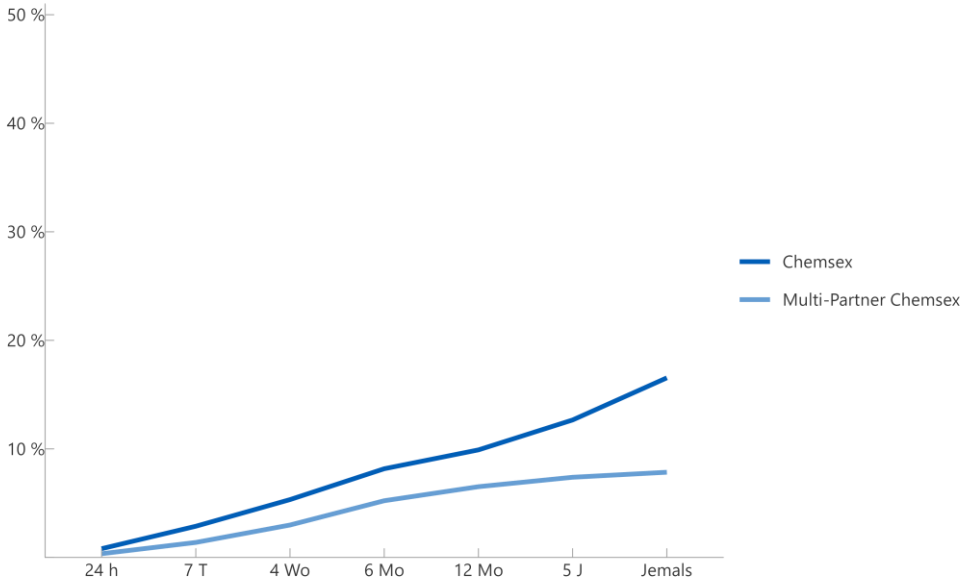


5.9.3 Merkmale von Chemsex

Befragte, die jemals Chemsex hatten, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen im Rahmen von Gruppensex (Sex mit mehr als einem*einer Partner*in) genommen?*“ Als Antwortmöglichkeiten wurde eine Skala zur zeitlichen Einordnung angeboten. Dieses Verhalten bezeichnen wir im Folgenden als *Multipartner-Chemsex*. **Abbildung 5.17** zeigt, wie lange der letzte Multipartner-Chemsex zurücklag, im Vergleich dazu, wie lange der letzte Chemsex insgesamt zurücklag.

Etwa die Hälfte der Befragten, die jemals Chemsex hatten, berichtete auch von Multipartner-Chemsex (47 %). Unter den Befragten mit Chemsex in den letzten vier Wochen berichteten 53 %, dass daran mehrere Partner beteiligt waren. Multipartner-Chemsex ist damit relativ häufig; ein erheblicher Anteil der Chemsex-Situationen findet jedoch offenbar nur zwischen zwei Personen statt.

Abbildung 5.17 Kumulativ: Chemsex-Erfahrungen



Befragte, die in den letzten 12 Monaten Multipartner-Chemsex hatten, wurden anschließend gefragt: *„Wo fand dies letzte Mal statt, bei dem Sie stimulierende Substanzen im Rahmen von Gruppensex hatten?"* Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 5.20** dargestellt.

Tabelle 5.20 Ort des letzten Multipartner-Chemsex unter Befragten mit Multipartner-Chemsex in den letzten 12 Monaten

Ort des letzten Multipartner-Chemsex	Befragte mit Multipartner-Chemsex in den letzten 12 Monaten (%) N = 688*
Bei mir zu Hause	23,4
Bei jemand anderem zu Hause	47,4
Hotel Zimmer	5,4
Darkroom, Sex-Club, öffentliche Sex-Party	14,1
Sauna	5,4
Pornokino	1,2
Cruising-Ort (Straße, Raststätte, Park, Strand, Klappe)	1,6
Anderer Ort	1,6
Gesamt	**100,0**

*fehelnde Angaben: n = 2.

Privatwohnungen waren mit Abstand der häufigste Ort für Multipartner-Chemsex (71 %). Am zweithäufigsten fand dieser in einem Club oder im Hinterzimmer einer Bar statt (14 %), gefolgt von Hotelzimmern (5 %). Teilnehmende, die in den letzten 12 Monaten Multipartner-Chemsex hatten, wurden außerdem gefragt: *„Wie viele Jahre kombinieren Sie schon stimulierende Substanzen und Sex mit mehreren Sexpartner*innen?"* (N = 690). Die Dauer der Erfahrung mit Multipartner-Chemsex variierte erheblich. Etwa zwei von fünf Befragten (41 %) hatten seit weniger als vier Jahren Multipartner-Chemsex, während 31 % dies bereits seit mindestens zehn Jahren praktizierten. Gleichzeitig hatten 10 % erst seit weniger als einem Jahr Multipartner-Chemsex, was darauf hindeutet, dass weiterhin Personen neu mit dieser Form von Chemsex beginnen.

5.10 Regionale Unterschiede bei Schutz- und Risikoverhalten

Tabelle 5.21 Regionale Unterschiede bei Schutz- und Risikoverhalten

Deutschland	Befragte	% ART [a]	% jemals PEP [b]	% aktuell PrEP [b]	% 'doxy-PEP' [c]
Gesamt	**10 592**	**99,1**	**13,2**	**30,9**	**6,3**
Bundesländer					
Baden-Württemb.	1223	99,1	12,0	25,3	5,6
Bayern	1435	98,4	13,7	30,4	5,5
Berlin	1570	100,0	20,3	47,4	10,6
Brandenburg	218	(95,5)	9,7	26,7	2,8
Bremen	89	[100,0]	(10,4)	(27,3)	(5,7)
Hamburg	438	(98,6)	16,7	36,8	6,8
Hessen	834	100,0	12,2	31,0	6,4
Mecklenburg-V.	107	[100,0]	(8,2)	(16,3)	0,9
Niedersachsen	667	(100,0)	9,2	23,6	4,6
Nordrhein-Westf.	2336	99,0	14,5	33,2	6,5
Rheinland-Pfalz	343	(94,2)	9,2	26,3	5,5
Saarland	127	[100,0]	12,1	26,2	5,5
Sachsen	495	(100,0)	7,2	20,4	2,6
Sachsen-Anhalt	171	[95,0]	6,7	16,1	5,3
Schleswig-Holstein	324	(100,0)	7,8	20,8	3,7
Thüringen	160	[100,0]	6,2	17,4	3,8
Städte					
Düsseldorf	176	(96,7)	18,5	43,8	8,5
Frankfurt	252	(100,0)	18,7	46,2	9,2
Hannover	124	[100,0]	15,4	37,1	8,1
Köln	551	100,0	21,0	40,7	8,2
Leipzig	144	[100,0]	10,9	32,0	3,5
München	488	(100,0)	16,1	42,8	7,2
Stuttgart	159	(100,0)	11,9	25,9	4,4

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, bei Befragten mit HIV-Diagnose; [b] ohne Befragte mit HIV-Diagnose; [c] Antibiotika (z. B. Doxycyclin) vor oder nach dem Sex, um das Risiko einer Ansteckung mit bestimmten sexuell übertragenen Infektionen zu verringern (Doxy-PrEP/Doxy-PEP). Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 5.21 Regionale Unterschiede bei Schutz- und Risikoverhalten (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner [a]	% kondomloser Analverkehr [b]	% injiz. Drogengebrauch [c]	% Chemsex [d]
Gesamt	**10 592**	**5**	**37,7**	**2,1**	**5,3**
Bundesländer					
Baden-Württemb.	1223	5	34,8	1,9	3,7
Bayern	1435	5	35,5	1,5	3,1
Berlin	1570	10	46,9	2,2	11,3
Brandenburg	218	4	34,4	0,9	3,7
Bremen	89	5	(36)	(0,0)	(3,4)
Hamburg	438	7	39,3	2,1	7,3
Hessen	834	5	37,3	1,8	4,0
Mecklenburg-V.	107	2	32,7	0,9	0,9
Niedersachsen	667	4	34,3	2,1	3,9
Nordrhein-Westf.	2336	5	39,1	2,7	6,0
Rheinland-Pfalz	343	4	33,5	2,1	2,6
Saarland	127	4	35,4	4,0	6,3
Sachsen	495	4	32,7	1,6	2,8
Sachsen-Anhalt	171	2	25,7	1,8	2,9
Schleswig-Holstein	324	3	34,9	1,9	4,3
Thüringen	160	4	33,1	2,5	1,2
Städte					
Düsseldorf	176	10	40,9	4,6	4,5
Frankfurt	252	9	46,8	3,2	5,6
Hannover	124	4	32,3	0,0	3,2
Köln	551	10	45,4	3,6	11,6
Leipzig	144	5	36,1	1,4	2,1
München	488	7	41,0	1,9	4,1
Stuttgart	159	5	37,7	3,8	7,5

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] letzte 12 Monate; [b] letzte 12 Monate, mit nicht-Partnern deren HIV-Status unbekannt war; [c] ohne Steroide, letzte 12 Monate; [d] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 5.21 Regionale Unterschiede bei Schutz- und Risikoverhalten (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% letzter Sex mit nicht-festem Partner mit ≥3 Personen	% letzten nicht-festen Partner online kennengelernt	% Nutzung einer App zur Partner-suche	% letzter Sex mit nicht-festem Partner an Sex-/Cruising-Ort	% U=U oder PrEP zur HIV-Prävention genutzt [a]
Gesamt	**10 592**	**23,0**	**72,2**	**58,5**	**20,5**	**47,1**
Bundesländer						
Baden-Württemb.	1223	21,8	75,5	59,9	19,6	39,6
Bayern	1435	22,3	73,8	62,7	19,9	43,2
Berlin	1570	22,8	67,5	57,0	21,7	63,0
Brandenburg	218	26,7	75,6	62,8	23,3	39,1
Bremen	89	(27,9)	(64,2)	(44,8)	(23,5)	(39,4)
Hamburg	438	22,8	70,1	56,3	21,4	50,6
Hessen	834	22,5	74,1	59,2	17,9	50,2
Mecklenburg-V.	107	(19,0)	(75,0)	(58,3)	(22,6)	(32,4)
Niedersachsen	667	21,8	73,5	56,7	16,1	39,2
Nordrhein-Westf.	2336	25,6	69,5	56,6	22,2	50,4
Rheinland-Pfalz	343	24,4	72,9	58,6	23,3	41,0
Saarland	127	(28,6)	(69,1)	(50,5)	(26,5)	(42,7)
Sachsen	495	18,9	76,8	60,6	17,1	32,6
Sachsen-Anhalt	171	18,0	81,9	58,3	19,5	37,7
Schleswig-Holstein	324	24,0	76,7	60,2	20,4	38,7
Thüringen	160	18,0	76,7	59,2	14,8	31,9
Städte						
Düsseldorf	176	25,7	74,3	64,5	17,1	52,1
Frankfurt	252	24,1	67,1	56,3	22,6	63,3
Hannover	124	20,8	69,3	52,5	18,8	(50,0)
Köln	551	26,7	66,2	53,7	20,6	58,2
Leipzig	144	17,9	78,4	61,2	20,5	40,6
München	488	24,3	71,5	63,8	18,0	54,3
Stuttgart	159	17,9	68,3	57,7	17,9	45,9

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] Letzte sexuelle Begegnung mit Anal- (oder Vaginal-) verkehr. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Literatur

1. Aphami L, Bereczky T, Casalini JL, Schmidt AJ. *EMIS-2024 Variable Manual*. Deutsche Aidshilfe, Maastricht University; 2025. Available from: https://www.emis-project.eu/questionnaires-2024/

2. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, *et al.* Postexposure doxycycline to prevent bacterial sexually transmitted infections. N *Engl J Med*. 2023;388(14):1296–306. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37018493

3. Molina JM, Bercot B, Assoumou L, Rubenstein E, Algarte-Genin M, Pialoux G, *et al.* Doxycycline prophylaxis and meningococcal group b vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): A multicentre, open-label, randomised trial with a 2 x 2 factorial design. *Lancet Infect Dis*. 2024;24(10):1093–104. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38797183

4. Vanbaelen T, Manoharan-Basil SS, Kenyon C. Doxy-PEP could select for ceftriaxone resistance in Neisseria gonorrhoeae. *Lancet Infect Dis*. 2025;25(6):e316. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40280141

5. Werner RN, Schmidt AJ, Potthoff A, Spornraft-Ragaller P, Brockmeyer NH, German STI Society. Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (doxy-PEP, doxy-PrEP). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22(3):466–78. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38123738

6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Public health considerations on the use of doxycycline for post-exposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections in the EU/EEA.* Stockholm: ECDC; 2026 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-continue-rise-across-europe

7. The EMIS Network. *EMIS-2010 – the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2010

8. 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 (ECDC); 2019 [cited 2026 Aug 17]. Report No.: ISBN 978-92-9498-341-1. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2017

9. Mendez-Lopez A, Hickson F, Jansen K, Lachowsky N, Burns F, Folch C, Velter A, Weatherburn P, Marcus U, von Rüden U, Mirandola M, Gios L, Brennan DJ, Schmidt AJ. What is the empirical basis for converting banded ordinal data on numbers of sex partners among MSM into a continuous scale level variable? A secondary analysis of 13 surveys across 17 countries. *BMC Med Res Methodol*. 2022;22(1):59. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35249527

10. Schmidt AJ, Marcus U. What's on the rise in Sexually Transmitted Infections? *Lancet Reg Health Eur*. 2023;34:100764. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37927434

11. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016;38:4–12. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27788450

12. Giraudon I, Schmidt AJ, Mohammed H. Surveillance of sexualised drug use - the challenges and the opportunities. *Int J Drug Policy*. 2018;55:149–54. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29598967

13. Li L, Vlisides PE. Ketamine: 50 Years of Modulating the Mind. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016;10. Available from: https://dx.DOI.org/10.3389/fnhum.2016.00612

14. Hickson F. Chemsex as edgework: Towards a sociological understanding. *Sex Health*. 2018;15(2):102–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29321096

Kapitel 6: Bedarfe

Wir definieren Bedarfe im Bereich der sexuellen Gesundheit als Fähigkeiten, Möglichkeiten und Motivationen für gesundheitsbezogenes Sexualverhalten, sowohl im Hinblick auf Schutz- als auch auf Risikoverhalten.

Ein zentrales Forschungsziel von EMIS bestand darin, in der Population schwuler und bisexueller Männer, anderer MSM sowie trans und nicht-binärer Personen häufig ungedeckte Bedarfe im Bereich der sexuellen Gesundheit zu identifizieren, um diese für Interventionen priorisieren zu können. EMIS erhob Bedarfe im Zusammenhang mit verschiedenen Formen des Schutzverhaltens und unterschiedlichen gesundheitlichen Outcomes. Darüber hinaus wurden einige Bedarfe erfasst, die nicht mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden sind, darunter Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung, Stress innerhalb der eigenen Community [1] und verinnerlichte Homonegativität.

Detaillierte Ergebnisse für trans Teilnehmende finden sich in **Kapitel 8**. **Kapitel 9** berichtet zentrale Indikatoren für Bedarfe der Gesundheitsförderung in den in **Kapitel 3** beschriebenen Schlüsselgruppen. Regionale Unterschiede hinsichtlich dieser Bedarfe werden in **Abschnitt 6.7** dargestellt

6.1 Ungedeckte Bedarfe in Bezug auf das Gesundheitsverhalten

Einige gesundheitliche Bedarfe beziehen sich nicht auf einzelne Verhaltensweisen, sondern sind für unterschiedliche Verhaltensweisen und gesundheitliche Folgen von Bedeutung. Grundlegende Voraussetzungen für die Gesundheit von MSM sind ein Umfeld, das möglichst frei von Stigma und Diskriminierung ist, sowie ein persönliches und öffentliches Umfeld und insbesondere eine Gesundheitsversorgung ohne Stigmatisierung und Diskriminierung. Dazu gehört auch, verinnerlichte Homonegativität abzubauen [2].

6.1.1 Stigma und Diskriminierung

Ein stigma- und diskriminierungsfreies Umfeld bleibt ein wesentlicher ungedeckter Bedarf für die Gesundheit und das Wohlbefinden von MSM sowie trans und nicht-binären Personen. Ergebnisse speziell für trans und nicht-binäre Befragte werden in **Kapitel 8** dargestellt. **Abbildung 6.1** zeigt, wie lange entsprechende Erfahrungen zurückliegen, und verdeutlicht, wie häufig MSM in unterschiedlichen Lebensbereichen Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt erfahren.

Soziale Diskriminierung

Alle cisgeschlechtlichen MSM wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal …“*, gefolgt von drei Aussagen:

- *„… sich von familiären Aktivitäten ausgeschlossen gefühlt, weil sie Sex mit Männern haben?“ (N = 9985)*
- *„… den Eindruck gehabt, dass Familienmitglieder diskriminierende oder herabsetzende Bemerkungen über Sie gemacht oder über Sie getratscht haben, weil Sie Sex mit Männern haben?“ (N = 9952)*
- *„… sich von Ihren Freund*innen abgelehnt gefühlt, weil Sie Sex mit Männern haben?“ (N = 9951)*

Etwa jeder fünfte cis MSM (22 %) berichtete, aufgrund seiner Sexualität bereits von Familienaktivitäten ausgeschlossen worden zu sein. Darüber hinaus hatten sich 35 % bereits von ihrer Familie diskriminiert und 27 % von Menschen in ihrem Freundeskreis aufgrund ihrer Sexualität zurückgewiesen gefühlt.

Diskriminierung im Gesundheitswesen

Alle cisgeschlechtlichen MSM wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal …“*, gefolgt von vier Aussagen:

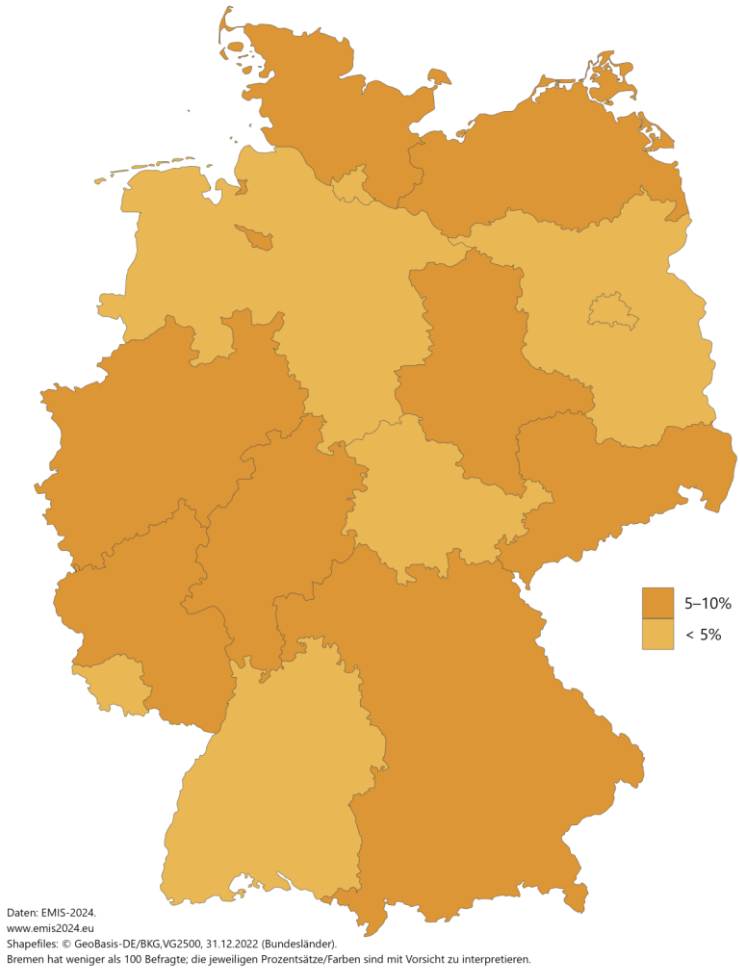
- *„…Angst gehabt, eine Gesundheitseinrichtung aufzusuchen, weil dort jemand herausfinden könnte, dass Sie Sex mit Männern haben?*
- *„… eine Gesundheitseinrichtung nicht aufgesucht, weil dort jemand herausfinden könnte, dass Sie Sex mit Männern haben?*
- *„… sich in einer Gesundheitseinrichtung schlecht behandelt gefühlt, weil jemand wusste, dass Sie Sex mit Männern haben?*

- *„... gehört, dass sich Mitarbeitende einer Gesundheitseinrichtung abfällig über Sie geäußert oder über Sie getratscht haben, weil Sie Sex mit Männern haben?“*

Bundesweit berichteten 23% der cis MSM, im Laufe ihres Lebens Angst davor gehabt zu haben, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen; 8 % berichteten dies für die letzten 12 Monate. Etwa jeder achte Befragte (12 %) hatte Gesundheitsversorgung bereits aktiv vermieden. Rund jeder sechste Befragte (18 %) berichtete, im Gesundheitswesen bereits schlecht behandelt worden zu sein.

Insgesamt 5 % aller Befragten berichteten von Diskriminierung im Gesundheitswesen. Diese wurde bei cis MSM als homonegative und bei trans und nicht-binären Befragten als transnegative Diskriminierung definiert. **Karte 6.1** zeigt diesen kombinierten Indikator, der innerhalb Deutschlands nur geringfügig variiert.

Karte 6.1 Anteil mit homo- oder transnegativer Diskriminierung im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten (N = 10 592)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

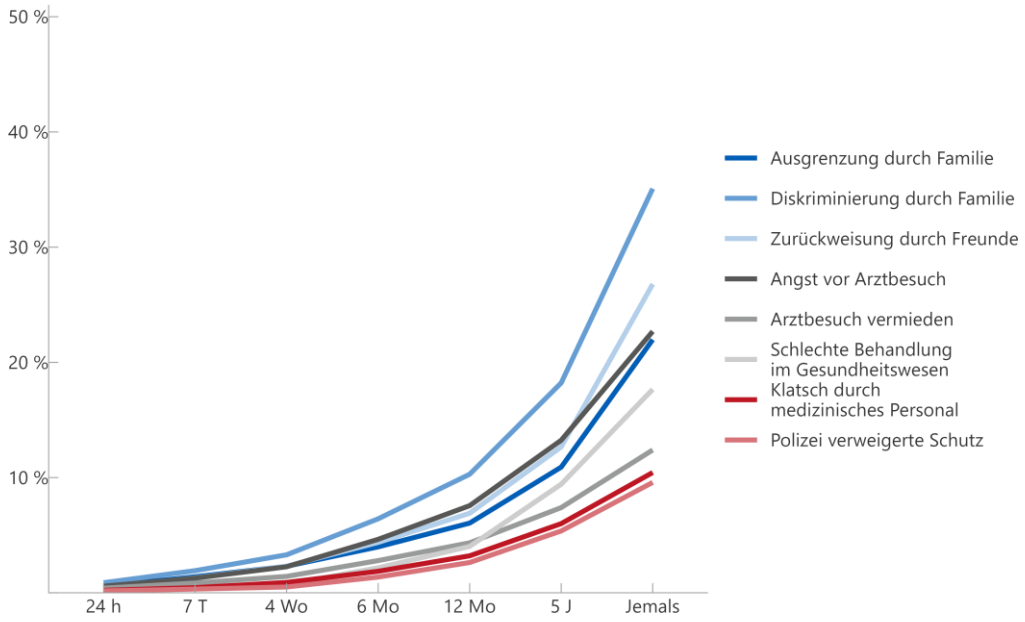
Diskriminierung durch die Polizei

Allen cis MSM wurde die Frage gestellt: „*Wann haben Sie das letzte Mal …*“

- „*… das Gefühl gehabt, dass die Polizei Ihnen nicht hilft, weil Sie Sex mit Männern haben?*“

Bundesweit berichteten 10 % der cis MSM, dass die Polizei ihnen bereits einmal Schutz verweigert hatte; 3 % hatten diese Form der Diskriminierung in den letzten 12 Monaten erlebt.

Abbildung 6.1 Kumulativ: Stigma und Diskriminierung



6.1.2 Homonegative Übergriffe und Angst im öffentlichen Raum

Der Begriff „*homonegativ*“ wird häufig gegenüber „*homophob*“ bevorzugt, da er ein breiteres Spektrum negativer Einstellungen, Überzeugungen und Vorurteile gegenüber Homosexualität oder als schwul wahrgenommenen Personen beschreibt, ohne dabei eine klinische Angst oder Phobie zu implizieren. Der Begriff „*Homophobie*“ legt eine irrationale Angst nahe und kann daher irreführend sein, wenn es um strukturelle Vorurteile, moralische Verurteilung oder gesellschaftliche Stigmatisierung geht. *Homonegativität* bildet die sozialen und ideologischen Dimensionen schwulenfeindlicher Einstellungen besser ab und ist daher für wissenschaftliche Kontexte besser geeignet.

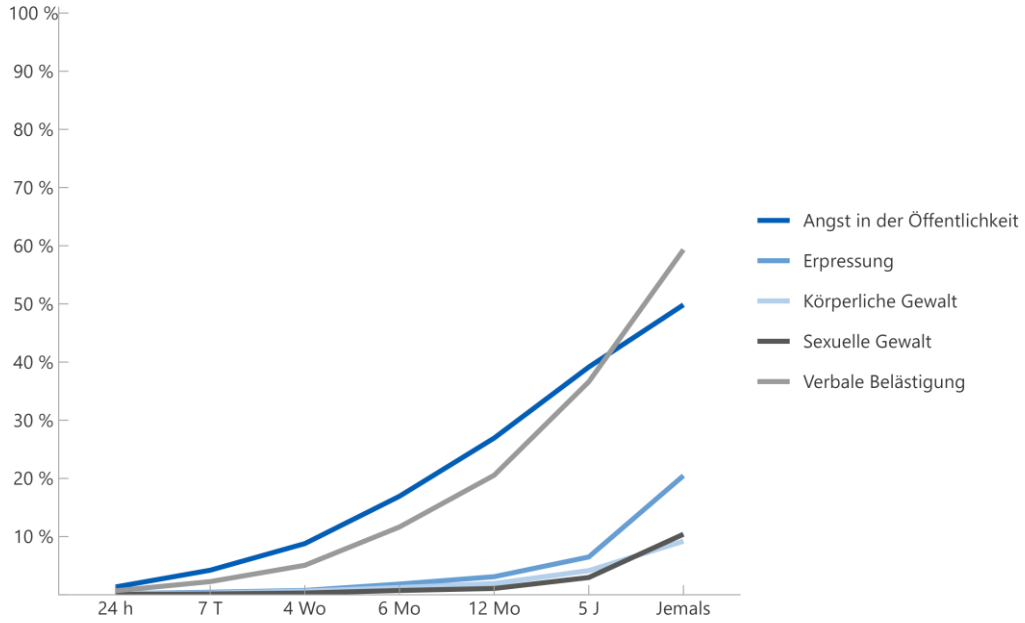
Wir fragten nach einer Form negativer Einwirkung: homonegativen Übergriffen. Homonegative Übergriffe beeinträchtigen grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit. Sie können zu Isolation, Angst und körperlichen Schäden führen. Allen cis MSM wurde die Frage „*Wann haben Sie das letzte Mal …*“ gestellt, gefolgt von fünf Aussagen:

- „*… an öffentlichen Plätzen Angst gehabt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?*“

- *„…verbal belästigt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?"*
- *„…körperlich verletzt (geschubst, gestoßen, getreten, gewürgt oder anderweitig verletzt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?"*
- *„… erpresst, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?"*
- *„… gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen? (Damit meinen wir: Wurden Sie mit körperlicher Gewalt zu Sex gezwungen oder mit einem Objekt penetriert, obwohl Sie das nicht wollten?)"*

Für jede Aussage konnten die Befragten auf einer Skala angeben, wie lange das jeweilige Erlebnis zurücklag. **Abbildung 6.2** zeigt die kumulativen Anteile der Befragten, die das jeweilige Erlebnis innerhalb der angegebenen Zeiträume gemacht hatten.

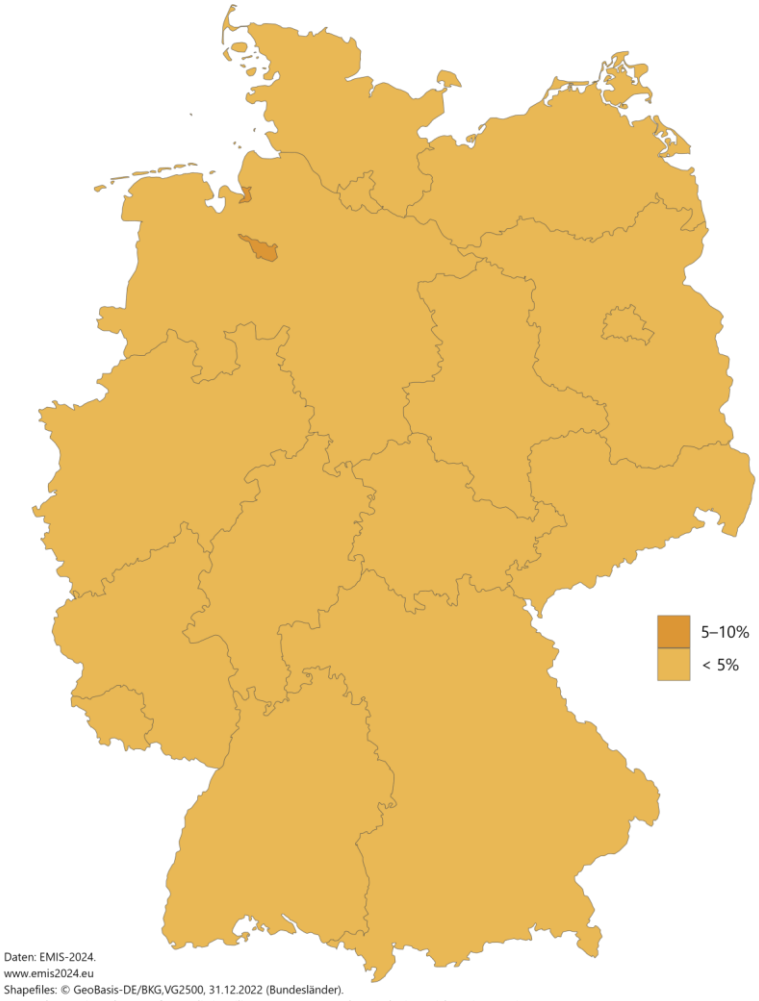
Abbildung 6.2 Kumulativ: Homonegative Übergriffe / Angst im öffentlichen Raum



In den letzten 12 Monaten waren 1,9 % der cis MSM körperlich angegriffen worden (z. B. durch Stoßen, Schubsen, Ohrfeigen, Schlagen, Treten, Würgen oder andere Formen körperlicher Gewalt). Etwa jeder Fünfte (21 %) war verbal beleidigt worden, und etwa jeder Vierte (27 %) hatte Angst gehabt, sich an öffentlichen Orten aufzuhalten, weil jemand wusste oder vermutete, dass er sich zu Männern hingezogen fühlt. Insgesamt berichteten 1,1 % der cis MSM, in den letzten 12 Monaten zu Sex genötigt worden zu sein, den sie nicht wollten.

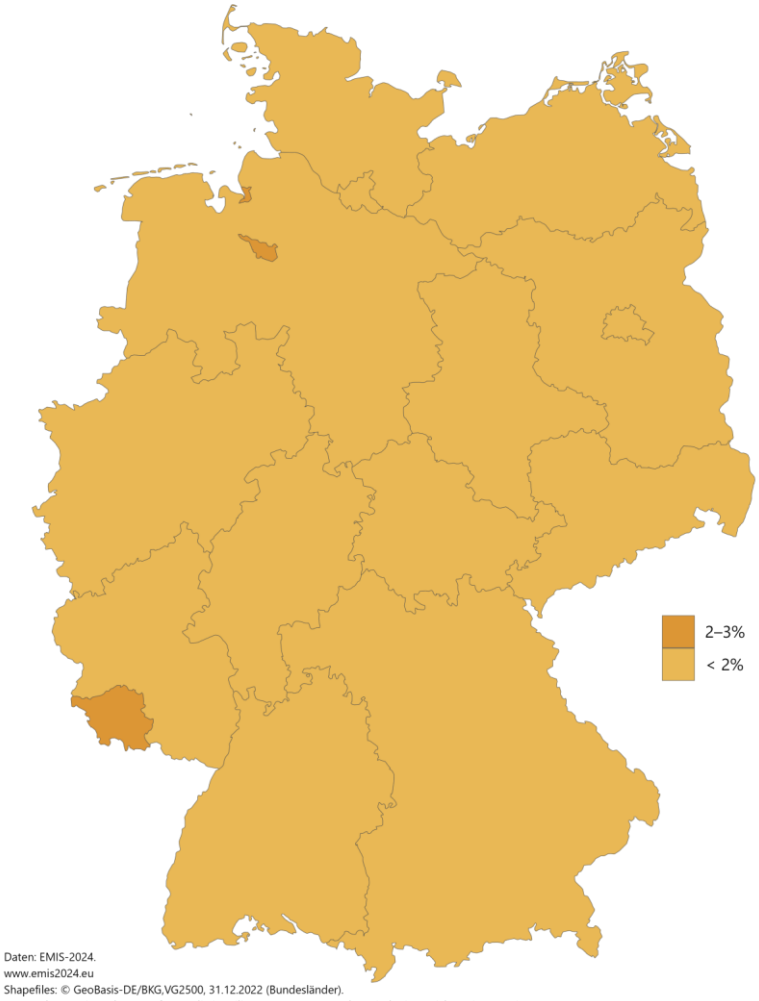
Karten 6.2 und **6.3** zeigen für alle Befragten die geografische Verteilung zweier kombinierter Indikatoren: körperliche Gewalt sowie körperlicher Zwang oder Nötigung zu Sex in den letzten 12 Monaten. Beide Indikatoren variierten innerhalb Deutschlands nur geringfügig.

Karte 6.2 Anteil mit homo- oder transnegativer Gewalterfahrung in den letzten 12 Monaten (N = 10 592)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Karte 6.3 Anteil, der den letzten 12 Monaten körperlich zu Sex gezwungen oder anderweitig dazu genötigt wurde (N = 10 592)



6.1.3 Verinnerlichte Homonegativität

Negative Einstellungen zur eigenen Homosexualität stehen bei MSM mit häufigerem sexuellem Risikoverhalten und selteneren HIV-Tests in Zusammenhang und sind Prädiktoren für Angst und Depression.

Zur Erfassung der verinnerlichten Homonegativität bei cis MSM verwendeten wir die von Tran *et al.* [3] validierte **Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS)**. Allen cis MSM wurde folgende Frage gestellt: *„Bewerten Sie bitte die folgenden Aussagen auf einer Skala von ‚Stimme gar nicht zu' bis ‚Stimme voll zu'. Bitte antworten Sie spontan und denken Sie nicht zu lange nach."*

Anschließend wurden ihnen die folgenden sieben Aussagen vorgelegt:

- *„Ich fühle mich in Kneipen/Bars, die von schwulen Männern besucht werden, wohl."*

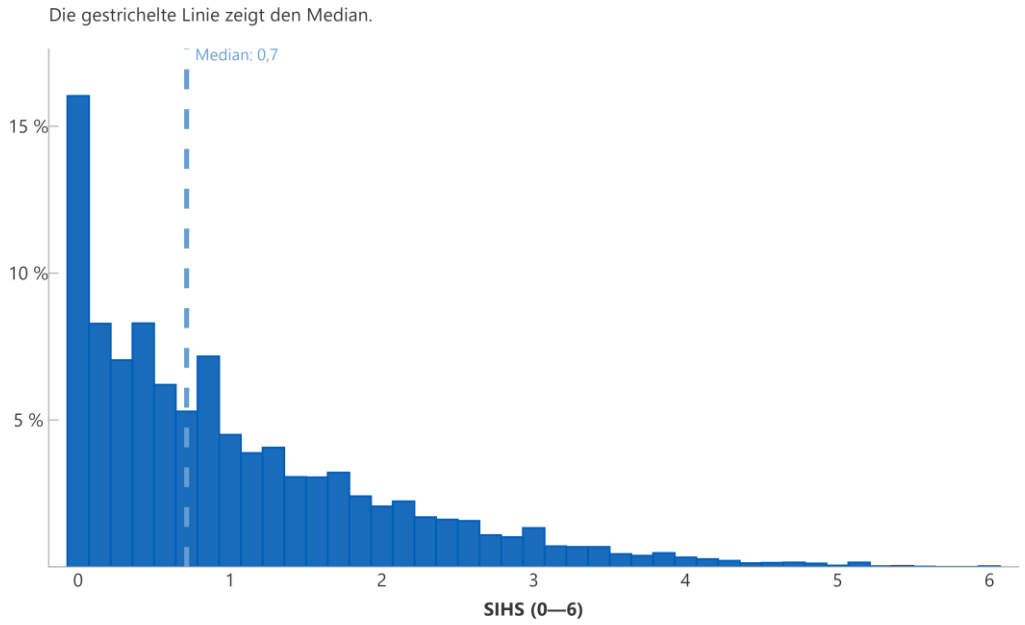
- *„Ich fühle mich in Gegenwart von offen schwulen Männern unwohl."*
- *„Es macht mir nichts aus, wenn ich in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich schwulen Person gesehen werde."*
- *„Es macht mir nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität zu sprechen."*
- *„Ich fühle mich wohl als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

Die Antworten auf jedes Item wurden auf einer siebenstufigen Skala von 1 (*stimme gar nicht zu*) bis 7 (*stimme voll zu*) erfasst. Für die Auswertung wurden Items, die positive Einstellungen zur Homosexualität ausdrücken, umgepolt (z. B. wurde eine Antwort von 1 mit 6 Punkten und eine Antwort von 7 mit 0 Punkten bewertet). Items, die negative Einstellungen ausdrücken, wurden ohne Umpolung von 1–7 auf 0–6 umkodiert (z. B. 1 auf 0 und 7 auf 6). Damit ergaben sich für die einzelnen Item Werte zwischen 0 und 6. Aus den sieben Item Werten wurde zunächst ein SIHS-Gesamtwert zwischen 0 und 42 gebildet und anschließend durch sieben dividiert, sodass der mittlere SIHS-Wert zwischen 0 und 6 lag. Idealerweise sind die Werte möglichst niedrig, da niedrigere Werte eine geringere verinnerlichte Homonegativität anzeigen.

Deutschlandweit lag der Mittelwert bei 1,0 (Median: 0,7). Etwa jeder sechste Befragte (16 %) erreichte mit 0 den niedrigsten und damit günstigsten Wert; 5 % lagen oberhalb der Skalenmitte, also über 3.

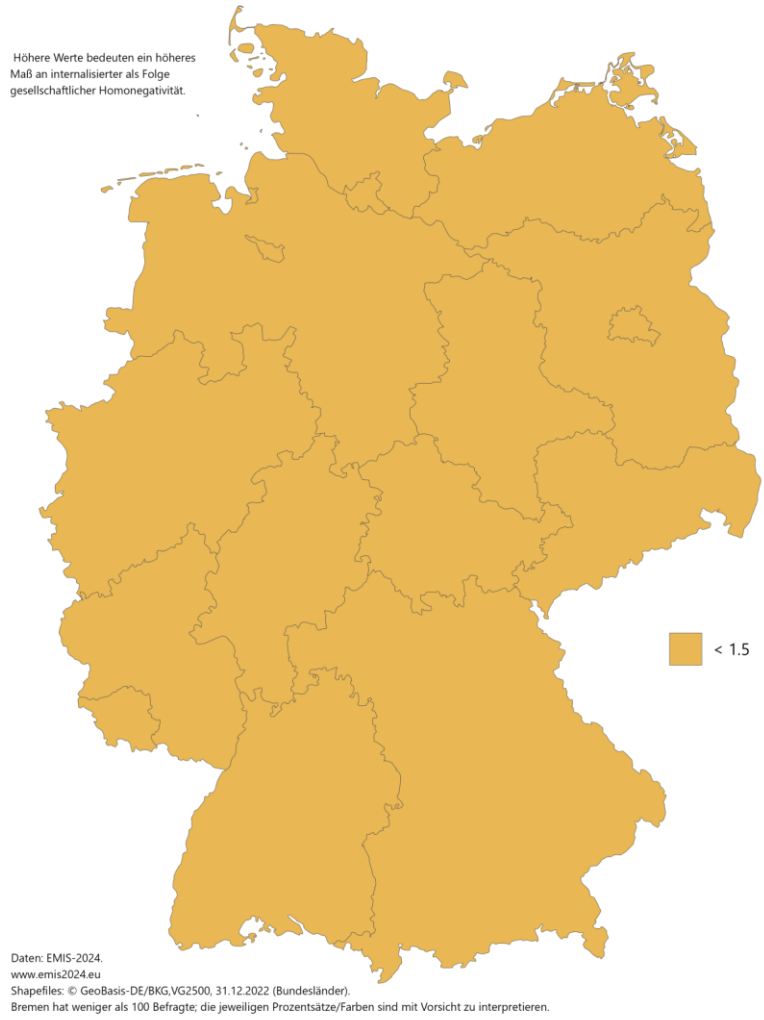
Verinnerlichte Homonegativität kann auf Bevölkerungsebene durch die Stärkung der Rechte lesbischer, schwuler und bisexueller Menschen und den Abbau eines homonegativen gesellschaftlichen Klimas verringert werden [2]. **Abbildung 6.3** zeigt die Verteilung der verinnerlichten Homonegativität in der Stichprobe.

Abbildung 6.3 Verteilung der SIHS-Werte (Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität) (N = 8693)



Karte 6.4 zeigt die geografische Verteilung der mittleren SIHS-Werte in Deutschland. Die verinnerlichte Homonegativität unterschied sich regional kaum.

Karte 6.4 Werte auf der Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS)
(N = 8693)



6.1.4 Stressfaktoren innerhalb der Community

Die von Pachankis *et al.* [1] entwickelte **Theorie des Intra-Minority-Stresses** (auch **Gay-Community-Stress-Theorie**) verbindet drei theoretische Ansätze zur Erklärung von Unterschieden in der psychischen Gesundheit schwuler und bisexueller Männer: die **Theorie der intrasexuellen Konkurrenz** [4], die **Sexual-Field-Theorie** [5],] und die die **Theorie prekärer Männlichkeit** (*theory of precarious manhood*) [6]. Diese Ansätze beschreiben, wie Statushierarchien innerhalb der schwulen Community Stress erzeugen können. Die Theorie geht davon aus, dass schwule und bisexuelle Männer für die Erfüllung ihrer sozialen und sexuellen Bedürfnisse auf andere Männer angewiesen sind und daraus spezifische Stressfaktoren entstehen können, insbesondere durch Konkurrenz um Männlichkeit und sozialen Status. Diese Dynamik kann den mit sozialen Hierarchien verbundenen Stress verstärken und dadurch zu psychischen Belastungen innerhalb schwuler und bisexueller Communities beitragen.

Die Skala umfasste 19 Items zu Aussehen, sozialem Status, rassistischer oder ethnischer Marginalisierung, Konkurrenz und sozialem Vergleich sowie Zurückweisung durch andere MSM. Sie besteht aus drei Subskalen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit **Sex** (6 Items), **Konkurrenz** (6 Items) und **sozialer Ausgrenzung** (7 Items). Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (*„stimme gar nicht zu“*) bis 5 (*„stimme voll zu“*) erfasst, wobei höhere Werte einen stärkeren wahrgenommenen Intra-Minority-Stress anzeigen.

Insgesamt berichteten cis MSM ein mittleres Ausmaß an Intra-Minority-Stress; der Mittelwert lag bei 3,5 von 5. Die Werte auf den Subskalen zu sozialer Ausgrenzung und Konkurrenz waren ähnlich und lagen bei 3 von 5. Die Mittelwerte der drei Subskalen betrugen 3,7 für **Sex**, 3,4 für **Konkurrenz** und 3,4 für **soziale Ausgrenzung**. Bei 19 % der cis MSM lag ein **hoher Intra-Minority-Stress (Wert ≥ 4)** vor. Damit erlebt etwa jeder fünfte cis MSM ausgeprägten Stress, der innerhalb der schwulen Community entsteht.

6.1.4.1 Stressfaktoren im Zusammenhang mit Sex

Alle cis MSM wurden gebeten: *„Bewerten Sie bitte die folgenden Aussagen auf einer Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“. Bitte antworten Sie spontan und denken Sie nicht zu lange nach.“*

- *„Die schwule Mainstream-Community bewertet Sex höher als eine sinnvolle Beziehung.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community ist es schwierig, eine romantische Beziehung aufrecht zu erhalten.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community ist übermäßig auf Sex fokussiert.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community hat jeder Sex mit jedem.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community verbringt übermäßig viel Zeit auf Dating-Apps.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community gibt es eine Menge risikoreichen Sex.“*

Tabelle 6.1 zeigt, inwieweit die Befragten sechs Aussagen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit Sex innerhalb der schwulen Community zustimmten.

Tabelle 6.1 Zustimmung zu Aussagen über Stressfaktoren im Zusammenhang mit Sex innerhalb der schwulen Community

Aussagen der Subskala „Sex“	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll zu
	% aller cis MSM				
Die schwule Mainstream-Community bewertet Sex höher als eine sinnvolle Beziehung n = 9739 [a]	3,7	10,0	23,2	42,9	20,1
In der schwulen Mainstream-Community ist es schwierig, eine romantische Beziehung aufrecht zu erhalten n = 9743 [b]	5,6	13,9	21,7	40,4	18,5
Die schwule Mainstream-Community ist übermäßig auf Sex fokussiert n = 9738 [c]	2,1	6,6	13,9	48,4	29,0
In der schwulen Mainstream-Community hat jeder Sex mit jedem n = 9737 [d]	11,7	22,8	26,3	31,2	8,0
Die Mainstream-Schwulenszene ist übermäßig auf Dating-Apps fixiert n = 9747 [e]	1,6	5,7	18,1	50,8	23,7
In der schwulen Mainstream-Community gibt es eine Menge risikoreichen Sex n = 9741 [f]	1,2	5,8	17,8	46,5	28,6

[a] fehlende Angaben: n = 278; [b] fehlende Angaben: n = 274; [c] fehlende Angaben: n = 279; [d] fehlende Angaben: n = 280; [e] fehlende Angaben: n = 270; [f] fehlende Angaben: n = 276

Drei Viertel der Befragten (75 %) waren der Ansicht, dass in der schwulen Community viel sexuelles Risikoverhalten stattfindet; 77 % empfanden die Community als zu stark auf Sex ausgerichtet. Insgesamt berichteten 38 % der cis MSM ein hohes Ausmaß an Stress im Zusammenhang mit Sex.

6.1.4.2 Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz

Alle cis MSM wurden gebeten: *„Bewerten Sie bitte die folgenden Aussagen auf einer Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“. Bitte antworten Sie spontan und denken Sie nicht zu lange nach.“*

- *„In der schwulen Mainstream-Community wird übermäßig getratscht.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community herrscht eine Kultur des Wettbewerbs und der Eifersucht.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community tendiert übermäßig zur Cliquenbildung.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community herrscht eine Menge Misstrauen unter Freunden.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community gibt es viele Vorurteile.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community ist übermäßig materialistisch.“*

Tabelle 6.2 zeigt, inwieweit die Befragten sechs Aussagen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz innerhalb der schwulen Community zustimmten.

Tabelle 6.2 Zustimmung zu Aussagen über Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz innerhalb der schwulen Community

Aussagen der Subskala „Konkurrenz“	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll zu
	% aller cis MSM				
In der schwulen Mainstream-Community wird übermäßig getratscht n = 9914 [a]	2,4	8,5	33,4	37,8	17,8
In der schwulen Mainstream-Community herrscht eine Kultur des Wettbewerbs und der Eifersucht n = 9911 [b]	3,0	11,6	29,4	40,1	15,9
Die schwule Mainstream-Community tendiert übermäßig zur Cliquenbildung n = 9898 [c]	3,9	13,9	40,9	30,8	10,5
In der schwulen Mainstream-Community herrscht eine Menge Misstrauen unter Freunden n = 9892 [d]	10,3	27,9	40,8	15,8	5,2
In der schwulen Mainstream-Community gibt es viele Vorurteile n = 9893 [e]	3,1	11,7	27,2	40,1	17,9
Die schwule Mainstream-Community ist übermäßig materialistisch n = 9887 [f]	4,4	14,3	37,0	31,8	12,6

[a] fehlende Angaben: n = 103; [b] fehlende Angaben: n = 106; [c] fehlende Angaben: n = 119; [d] fehlende Angaben: n = 125; [e] fehlende Angaben: n = 124; [f] fehlende Angaben: n = 130

Über die Hälfte der cis Befragten empfand die schwule Community als zu stark von Klatsch und Tratsch (56 %) und gegenseitiger Beurteilung (58 %) geprägt. 56 % nahmen eine Kultur der Konkurrenz und Eifersucht wahr, und 41 % empfanden die Community als zu stark von Cliquen geprägt. Insgesamt berichteten 22 % der cis MSM ein hohes Ausmaß an Stress im Zusammenhang mit Konkurrenz.

6.1.4.3 Stressfaktoren im Zusammenhang mit Ausgrenzung

Alle cisgeschlechtlichen Männer wurden gefragt: „*Stimmen Sie den folgenden Aussagen auf einer Skala von ‚stimme überhaupt nicht zu‘ bis ‚stimme voll und ganz zu‘ zu oder nicht zu? Bitte verbringen Sie nicht zu viel Zeit damit, über eine einzelne Aussage nachzudenken*“.

- *„Die schwule Mainstream-Community ist rassistisch.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community betrachtet Männer mit dunkler Hautfarbe oft als Sexualobjekte.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community diskriminiert Menschen mit HIV oder Aids.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community legt zu großen Wert auf körperliche Fitness.“*
- *„Die schwule Mainstream-Community legt zu viel Wert auf Penisgröße.“*
- *„In der schwulen Mainstream-Community wird Männlichkeit überbewertet.“*
- *„In der schwulen Mainstream Community werden ältere Männer als weniger begehrenswert angesehen.“*

Tabelle 6.3 zeigt, inwieweit die Befragten sieben Aussagen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung innerhalb der schwulen Community zustimmten.

Tabelle 6.3 Zustimmung zu Aussagen über Stressfaktoren im Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung innerhalb der schwulen Community

Aussagen der Subskala „Soziale Ausgrenzung“	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll zu
	% aller cis MSM				
Die schwule Mainstream-Community ist rassistisch n = 9946 [a]	17,6	29,5	31,4	17,6	3,9
Die schwule Mainstream-Community betrachtet Männer mit dunkler Hautfarbe oft als Sexualobjekte n = 9939 [b]	12,9	19,8	29,8	30,4	7,1
Die schwule Mainstream-Community diskriminiert Menschen mit HIV oder Aids n = 9935 [c]	10,6	23,9	34,7	25,2	5,6
Die schwule Mainstream-Community legt zu großen Wert auf körperliche Fitness n = 9937 [d]	2,0	5,4	14,1	47,0	31,5
Die schwule Mainstream-Community legt zu viel Wert auf Penisgröße n = 9937 [e]	1,7	5,0	17,2	47,7	28,4
In der schwulen Mainstream-Community wird Männlichkeit überbewertet n = 9929 [f]	4,0	13,8	39,4	29,8	13,0
In der schwulen Mainstream Community werden ältere Männer als weniger begehrenswert angesehen n = 9938 [g]	2,2	7,2	15,4	42,1	33,1

[a] fehlende Angaben: n = 71; [b] fehlende Angaben: n = 78; [c] fehlende Angaben: n = 82; [d] fehlende Angaben: n = 80; [e] fehlende Angaben: n = 80; [f] fehlende Angaben: n = 88; [g] fehlende Angaben: n = 79

Etwa vier von fünf cis Befragten stimmten der Aussage zu, dass in der schwulen Community ein zu großer Wert auf einen durchtrainierten Körper (79 %) und die Penisgröße (76 %) gelegt wird. Rund zwei von fünf (43 %) empfanden einen Druck, gängigen Vorstellungen von Männlichkeit zu entsprechen. Auch Altersdiskriminierung war weit verbreitet: Drei Viertel (75 %) stimmten der Aussage zu, dass ältere Männer als weniger begehrenswert angesehen werden. Insgesamt berichteten 21 % der cis MSM ein hohes Ausmaß an Stress im Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung.

6.2 Ungedeckte Bedarfe für Safer Sex

Für Safer Sex benötigen Befragte entsprechende Möglichkeiten, Fähigkeiten und Motivation. Um einen Überblick über ungedeckte Bedarfe für Safer Sex zu erhalten, erfassten wir Wissen (Motivation), den Zugang zu Kondomen (Möglichkeiten) und sexuelle Selbstwirksamkeit (Fähigkeiten).

6.2.1 Selbstwirksamkeit: so sicher wie gewünscht und „Nein" sagen können

Studienteilnehmende wurden gefragt, ob sie den folgenden beiden Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen.

- *„Mein Sexualleben ist immer so sicher, wie ich es mir wünsche."*
- *„Es fällt mir leicht, „Nein" zu Sex zu sagen, den ich nicht möchte."*

Die Befragten berichteten insgesamt eine hohe sexuelle Selbstwirksamkeit. 87 % stimmten der Aussage zu oder vollkommen zu, dass *der Sex, den sie haben, immer so sicher ist, wie sie es sich wünschen*. 86 % stimmten der Aussage zu oder voll und ganz zu, dass *es ihnen leichtfällt, „Nein" zu Sex zu sagen, den sie nicht möchten*. **Tabelle 6.4** zeigt die Verteilung der Antworten auf beide Aussagen.

Tabelle 6.4 Indikatoren der Selbstwirksamkeit

Zustimmung zur Selbstwirksamkeit	Der Sex, den ich habe, ist immer so sicher, wie ich möchte (%) N = 10 582	Es fällt mir leicht, „Nein" zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte (%) N = 10 580
Stimme voll ganz zu	49,1	50,6
Stimme zu	38,3	35,1
Weder noch	4,9	5,6
Stimme nicht zu	5,7	7,1
Stimme gar nicht zu	1,9	1,7
Gesamt	**100,0**	**100,0**

6.2.2 Wissen zur Übertragung von HIV und sexuell übertragenen Infektionen

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?"*. Trans und nicht-binären Teilnehmenden wurde eine abweichende Formulierung gezeigt, die in Klammern hervorgehoben ist. Die Aussagen lauteten wie folgt:

- *„HIV kann nicht durch Küssen (auch nicht durch Zungenküsse) weitergegeben werden, da Speichel kein HIV überträgt."*
- *„Man kann sich beim ‚aktiven' ungeschützten Geschlechtsverkehr über die Penisschleimhaut mit HIV anstecken, auch ohne Ejakulation."* (dargestellt für AFAB-Personen mit Metoidioplastik oder Phalloplastik; ohne *„auch ohne Ejakulation."*).
- *„Man kann sich über seinen Enddarm beim ‚passiven' ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV anstecken."* (dargestellt für AMAB-Personen mit Neo-Vagina und AFAB-Personen mit Vagina; zusätzlich: *„/seine Vagina)."*
- *„Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV."*

- *„Weil STI manchmal symptomlos sind, kann man sich angesteckt haben, ohne es zu wissen."*
- *„Die richtige Anwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken."*

Tabelle 6.5 zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht"*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.5 Wissen zur Übertragung von HIV und STI

Aussagen zum Wissen über die Übertragung von HIV und STI	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
HIV kann nicht durch Küssen (auch nicht durch Zungenküsse) weitergegeben werden, da Speichel kein HIV überträgt n = 10 564[a]	91,8	5,8	1,7	0,1	0,7	8,2
Man kann sich beim ‚aktiven' ungeschützten Geschlechtsverkehr über die Penisschleimhaut mit HIV anstecken, [auch ohne Ejakulation] n = 10 232[b]	87,8	8,2	3,6	0,1	0,3	12,2
Man kann sich über seinen Enddarm [/seine Vagina] beim ‚passiven' ungeschützten Geschlechtsverkehr mit HIV anstecken n = 10 400[c]	95,7	2,8	1,4	0,0	0,1	4,3
Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV n = 10 554[d]	78,2	12,2	8,8	0,7	0,2	21,8
Weil STI manchmal symptomlos sind, kann man sich angesteckt haben, ohne es zu wissen n = 10 536[e]	84,1	8,5	6,8	0,6	0,1	15,8
Die richtige Anwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken n = 10 496[f]	96,3	1,8	1,4	0,2	0,3	3,7

[a] fehlende Angaben: n = 28; [b] fehlende Angaben: n = 39; [c] fehlende Angaben: n = 58; [d] fehlende Angaben: n = 38; [e] fehlende Angaben: n = 56; [f] fehlende Angaben: n = 96

Das grundlegende Wissen zur Übertragung von HIV und STI war insgesamt hoch. Wissenslücken bestanden jedoch weiterhin hinsichtlich des HIV-Risikos bei insertivem Geschlechtsverkehr, des Vorkommens asymptomatischer Infektionen und der im Vergleich zu HIV unterschiedlichen Übertragbarkeit anderer STI.

Insgesamt kannten 0,5 % der Befragten *keine* der *sechs Aussagen zur Übertragung von HIV und STI*, 0,9 % kannten *eine*, 2 % *zwei*, 5 % *drei*, 9 % *vier* und 16 % *fünf*.

Die übrigen 66 % gaben an, *alle sechs Aussagen* bereits gekannt zu haben. Community-basierte Aufklärung kann dazu beitragen, Wissenslücken in einzelnen Bereichen zu schließen. Für regionale Vergleiche wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren prozentualen Anteil der sechs Aussagen zur Übertragung von HIV und STI, den die Befragten noch nicht kannten (**Tabelle 6.14** und **Kapitel 9**). Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zur Übertragung von HIV und STI 12 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt.

6.3 Ungedeckte Bedarfe für sichereren Substanzkonsum

Befragte, die angaben, in den letzten 12 Monaten illegale Drogen konsumiert zu haben, wurden gefragt, inwieweit sie der folgenden Aussage zustimmen: „*Ich mache mir Sorgen über meinen Drogenkonsum*".

Tabelle 6.6 Besorgnis über den Drogenkonsum in der deutschen Stichprobe sowie unter den Befragten, die im letzten Jahr Drogen konsumiert haben

Sorgen über Drogenkonsum	% aller Befragten	% der Befragten mit Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten N = 5614**
Stimme gar nicht zu	26,7	50,3
Stimme nicht zu	9,6	18,1
Weder noch	3,3	6,3
Stimme zu	3,2	6,0
Stimme voll zu	1,2	2,3
Ich nehme keine Drogen	9,1	17,1
[kein Drogenkonsum in den letzten 12 Monaten]	47,0	—
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2

Von den Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine illegale Droge konsumiert hatten, stimmten 8 % der Aussage zu, dass sie sich Sorgen über ihren Drogenkonsum machten, darunter 2 %, die *voll zustimmten* (**Tabelle 6.6**). Von den Befragten, die zuvor angegeben hatten, in den letzten 12 Monaten mindestens eine Droge konsumiert zu haben, wählten 17 % auf die Frage nach der Sorge um den Drogenkonsum die Antwort „*Ich nehme keine Drogen*". Dies lag vermutlich daran, dass sie im letzten Jahr nur selten Drogen konsumiert hatten oder ihren Konsum im vergangenen Jahr eingestellt hatten. Insgesamt betrug der Anteil der Befragten, die angaben, sich Sorgen, um ihren Drogenkonsum zu machen, 4 %.

6.4 Ungedeckte Bedarfe bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe

Die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) ist eine Methode der HIV-Prävention, bei der HIV-Medikamente vor und nach einer möglichen HIV-Exposition eingenommen werden, um eine HIV-Infektion zu verhindern. Für die Nutzung der PrEP benötigen Befragte die entsprechende Gelegenheit, die Motivation sowie die Fähigkeit, Zugang zur PrEP zu erhalten und sie wirksam anzuwenden.

6.4.1 PrEP unbekannt

Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Haben Sie schon mal von der PrEP gehört?*“ 96 % antworteten mit „*Ja*“ und 4 % mit „*Nein*“. Damit verfügen fast alle Befragte ohne HIV-Diagnose über ein grundlegendes Wissen um die Existenz der PrEP.

6.4.2 Wissen über PrEP

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: „*Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?*“ Anschließend wurden ihnen die folgenden drei grundlegenden Aussagen zur PrEP vorgelegt:

- „*Bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person vor und nach dem Sex Tabletten ein, um sich vor HIV zu schützen.*“
- „*Die PrEP kann als tägliche Tablette dauerhaft eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat.*“
- „*Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 zwei Tabletten 24–2 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Doppeldosis eingenommen werden.*“

Ergänzt wurden zwei weitere Aussagen zu Wechselwirkungen zwischen geschlechtsangleichender Hormontherapie und den derzeit verfügbaren PrEP-Einnahmeschemata. Diese wurden ausschließlich trans und nicht-binären Personen angezeigt, die entsprechende geschlechtsangleichende Hormone einnahmen oder deren Einnahme planten. Anschließend wurde ihnen folgende Aussage vorgelegt:

- „*Die PrEP-Einnahme nur kurz vor und nach dem Sex schützt nachweislich beim Analverkehr, nicht jedoch beim Vaginalverkehr.*“
- „*Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron beeinträchtigt in keiner Weise die Wirksamkeit einer PrEP.*“
- „*Wenn Sie Östrogene als Teil Ihrer Hormontherapie nehmen, bietet die PrEP nur bei täglicher auf Dauer angelegter Einnahme sicheren Schutz.*“

Tabelle 6.7 zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts („*Wusste ich noch nicht*“) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.7 Wissen über die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

Aussagen zum Wissen über die HIV-PrEP	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
Bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person vor und nach dem Sex Tabletten ein, um sich vor HIV zu schützen. n = 9226[a]	80,3	11,1	7,6	0,2	0,8	19,7
Die PrEP kann als tägliche Tablette dauerhaft eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat. n = 9197[b]	79,6	9,6	10,3	0,1	0,4	20,4
Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von zwei Tabletten 24–2 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Doppeldosis eingenommen werden. n = 9186[c]	51,8	18,0	28,8	0,5	0,8	48,2
Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron beeinträchtigt in keiner Weise die Wirksamkeit einer PrEP. n = 258[d]	38,4	26,4	34,1	0,0	1,2	61,6
Wenn Sie Östrogene als Teil Ihrer Hormontherapie nehmen, bietet die PrEP nur bei täglicher auf Dauer angelegter Einnahme sicheren Schutz. n = 66[e]	7,6	4,5	81,8	1,5	4,5	92,4

Hinweis: Die letzte Spalte „Wusste es noch nicht" umfasst die Summe der Befragten, die noch nicht wussten, dass die Aussage zutrifft.
[a] fehlende Angaben: n = 25; [b] fehlende Angaben: n = 54; [c] fehlende Angaben: n = 65; [d] fehlende Angaben: n = 1; [e] fehlende Angaben: n = 0

Insgesamt kannten 12 % der Befragten *keine der drei Aussagen zur PrEP*, 10 % kannten *eine* und 21 % *zwei*. Die übrigen 57 % gaben an, *alle drei Aussagen zur PrEP bereits gekannt* zu haben.

Für Vergleiche zwischen Regionen und vulnerablen Gruppen wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren Anteil der ersten drei Aussagen zur PrEP, den die Befragten noch nicht kannten **(Tabelle 6.14 und Kapitel 9).** Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zur PrEP 27 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt.

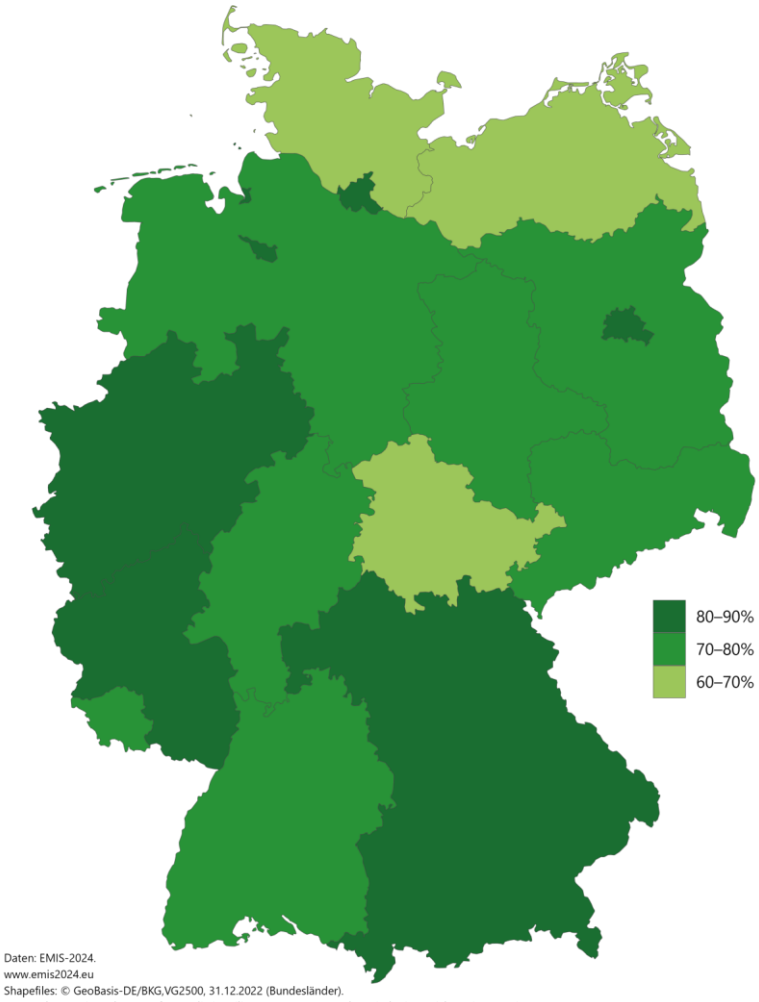
Nachdem das Wissen über Kondome infolge von 40 Jahren Präventionskampagnen für die Allgemeinbevölkerung und MSM nahezu universell geworden ist, kann es als Referenzwert für andere Bereiche des Wissens zur sexuellen Gesundheit dienen (**Karte 6.5**). Im Vergleich zu den Ergebnissen von EMIS-2017 hat sich das Wissen über PrEP deutschlandweit deutlich verbessert **(Karte 6.6).**

Karte 6.5 Anteil, der weiß, dass die korrekte Verwendung von Kondom beim Sex die Übertragung von STI (einschließlich HIV) reduziert (N = 10 496)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Karte 6.6 Anteil, der weiß, dass PrEP-Einnahme vor HIV schützt (N = 9226)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Das Wissen über PrEP variierte erheblich innerhalb Deutschlands; diesem ungedeckten Bedarf kann durch Community-basierte Aufklärung begegnet werden.

6.4.3 Vertrauen auf U=U oder „PrEP-Surfing“ (Verlassen auf die PrEP des Partners)

Studienteilnehmende erhielten zunächst einen einleitenden Text mit einer Definition von **Safer Sex**: *„Im letzten Jahrzehnt hat die Definition von Safer Sex erhebliche Veränderungen erfahren. Früher drehte sich Safer Sex hauptsächlich um die konsequente Verwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr. Unser Verständnis hat sich jedoch weiterentwickelt und wir wissen jetzt, dass Personen mit einer nicht nachweisbaren Viruslast HIV durch sexuellen Kontakt nicht übertragen können (bekannt als „U=U“ / Schutz durch Therapie), und dass die Anwendung von PrEP vor und nach dem Sex eine HIV-Infektion wirksam verhindern kann.“*

Anschließend gaben die Teilnehmenden an, welche HIV-Präventionsstrategie sie am häufigsten nutzten (Informationen zu den HIV-Präventionsstrategien finden sich in **Abschnitt 5.3.4 und Tabelle 5.6.** Die beiden Fragen zum Vertrauen in HIV-Präventionsstrategien wurden nur einem Teil der Befragten gestellt. Sie wurden Befragten angezeigt, deren letzter HIV-Test negativ war oder die noch nie auf HIV getestet worden waren und die U=U oder „*PrEP-Surfing*“ als ihre am häufigsten genutzte HIV-Präventionsstrategie angegeben hatten. Befragten mit HIV-Diagnose wurden die Fragen nicht angezeigt. Die entsprechenden Befragten wurden anschließend gebeten, auf einer Skala von *„1 – überhaupt nicht“* bis *„5 – vollständig“* anzugeben, inwieweit sie…

- *„… auf "Nicht nachweisbar = nicht übertragbar", um HIV-Übertragungen zu verhindern?“* vertrauen;
- *„… auf die PrEP-Nutzung Ihrer Partner*innen als HIV-Präventionsstrategie?“* vertrauen.

Insgesamt 211 Befragte ohne HIV-Diagnose gaben an, sich als am häufigsten genutzte HIV-Präventionsstrategie auf **U=U / Schutz durch Therapie** zu verlassen. Von ihnen vertrauten 26 % *„vollkommen“* auf U=U, während 15 % U=U nur *„ein wenig“* oder *„überhaupt nicht“* vertrauten.

Insgesamt 237 Befragte ohne HIV-Diagnose gaben an, sich als die am häufigsten genutzte HIV-Präventionsstrategie auf **PrEP-Surfing** zu verlassen. Von ihnen vertrauten 13 % *„vollkommen“* auf PrEP-Surfing, während 9 % darauf nur *„ein wenig“* oder *„überhaupt nicht“* vertrauten.

Tabelle 6.8 Vertrauen in „U=U“ und „PrEP-Surfing“ (Partner nimmt PrEP)

Ausmaß des Vertrauens in U=U und „PrEP-Surfing“	U=U [du oder dein Partner hat eine nicht nachweisbare Viruslast] (%) N = 211*	*„PrEP-Surfing“* [dein Partner nimmt PrEP] (%) N = 237**
Überhaupt nicht	6,0	3,6
Ein wenig	8,6	5,6
Mäßige	20,6	26,8
Stark	39,3	50,7
Vollständig	25,5	13,2
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 1; **fehlende Angaben: n = 1

6.5 Ungedeckte Bedarfe bei HIV-Testung und -Behandlung

Eine wirksame HIV-Behandlung verhindert zugleich die sexuelle Übertragung von HIV und ist damit eine zentrale Strategie der HIV-Prävention. Voraussetzung für eine Behandlung ist jedoch eine HIV-Diagnose. Daher gehört die Förderung von HIV-Tests heute zu den wesentlichen Zielen der HIV-Prävention. Damit Menschen sich auf HIV testen lassen können, müssen entsprechende Testangebote verfügbar und zugänglich sein; zugleich braucht es die Motivation und die Fähigkeit, einen Test aktiv in Anspruch zu nehmen oder ein Testangebot anzunehmen.

6.5.1 Wissen zu HIV-Testung und -Behandlung

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?“* Anschließend wurden ihnen die folgenden sieben grundlegenden Aussagen zum HIV-Test bzw. zur HIV-Behandlung vorgelegt:

- *„Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.“*
- *„Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.“*
- *„Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.“*
- *„Wenn jemand sich mit HIV infiziert, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.“*
- *„Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV (abgesehen von einigen wenigen Personen, die offenbar im Zuge der Behandlung einer seltenen Blutkrebserkrankung geheilt werden konnten).“*
- *„Eine HIV-Infektion ist heute mit Medikamenten but behandelbar, sodass gesundheitliche Folgeschäden heute seltener auftreten.“*
- *„Wenn eine Person mit HIV eine wirksame Therapie erhält und die Viruslast nicht nachweisbar ist (‚undetectable‘) kann sie HIV sexuell nicht weitergeben.“*

Tabelle 6.9 zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht“*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.9 Wissen über HIV-Testung und -Behandlung

Aussagen zum Wissen über HIV-Testung u. -Behandlung	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt n = 10 580[a]	98,7	0,7	0,2	0,0	0,4	1,3
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht n = 10 546[b]	95,1	1,8	0,5	0,1	2,5	4,9
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht n = 10 539[c]	98,9	0,6	0,2	0,0	0,2	1,1
Wenn jemand sich mit HIV infiziert, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann n = 10 539[d]	90,8	5,5	3,2	0,0	0,5	9,2
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV (abgesehen von einigen wenigen Personen, die offenbar im Zuge der Behandlung einer seltenen Blutkrebserkrankung geheilt werden konnten) n = 10 569[e]	89,9	6,4	2,6	0,2	0,8	10,1
Eine HIV-Infektion ist heute mit Medikamenten but behandelbar, sodass gesundheitliche Folgeschäden heute seltener auftreten n = 10 541[f]	96,1	3,0	0,7	0,0	0,2	3,9
Wenn eine Person mit HIV eine wirksame Therapie erhält und die Viruslast nicht nachweisbar ist (‚undetectable') kann sie HIV sexuell nicht weitergeben n = 10 541[g]	83,1	10,5	4,5	0,2	1,6	16,9

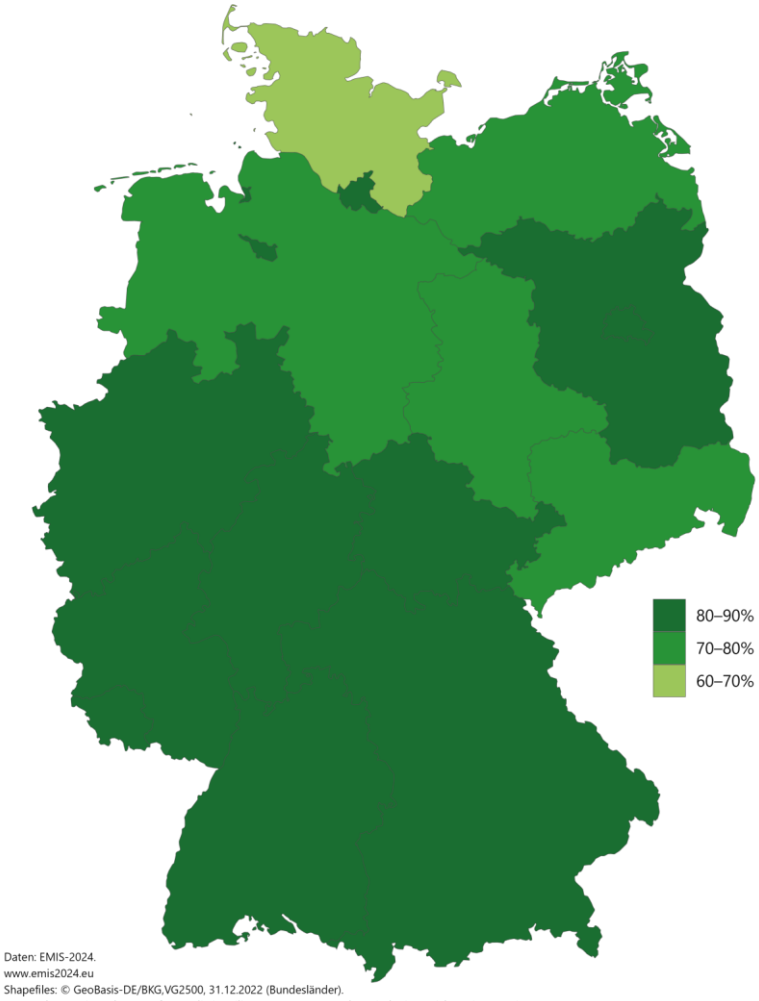
Hinweis: Die letzte Spalte „Wusste es noch nicht" umfasst die Summe der Befragten, die noch nicht wussten, dass die Aussage zutrifft.
[a] fehlende Angaben: n = 12; [b] fehlende Angaben: n = 46; [c] fehlende Angaben: n = 53; [d] fehlende Angaben: n = 53; [e] fehlende Angaben: n = 23; [f] fehlende Angaben: n = 51; [g] fehlende Angaben: n = 51

Eine deutliche Mehrheit der Befragten (72 %) *kannte bereits alle sieben Fakten zu HIV-Testung und -Behandlung,* 0,08 % kannten keine der Fakten zu Test und Behandlung, 0,08 % kannten sechs davon nicht, 0,4 % kannten fünf nicht, 1,2 % kannten vier nicht, 3 % kannten drei nicht, 7 % kannten zwei nicht und 17 % kannten keinen der sieben Fakten. Für regionale Vergleiche wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren prozentualen Anteil der sieben Aussagen zu HIV-Testung und -Behandlung, den die Befragten noch nicht kannten (**Tabelle 6.14** und **Kapitel 9**). Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zu HIV-Testung und -Behandlung 7 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt. Das Wissen über HIV-Tests und -Behandlung war im Allgemeinen hoch, mit Ausnahme der Tatsache, dass eine Person mit HIV, die sich in einer wirksamen Behandlung befindet (sogenannte „nicht nachweisbare Viruslast"), ihr Virus beim Geschlechtsverkehr nicht auf andere übertragen kann; insgesamt wussten 17 % dies nicht.

Das erste Land, das U=U öffentlich diskutierte, war die Schweiz im Jahr 2008 (damals bekannt als das „*Swiss Statement*")[1] [7]. Im Jahr 2024 wies das Wissen über U=U in Deutschland immer noch erhebliche regionale Unterschiede auf.

Karte 6.7 zeigt den Wissensstand zu U=U in ganz Deutschland auf und verdeutlicht dabei moderate Unterschiede. Abgesehen von den Vorteilen für die Prävention stellt das begrenzte Bewusstsein für U=U eine verpasste Chance dar, HIV-bedingte Stigmatisierung abzubauen, da die Gewissheit der Nichtübertragbarkeit bei wirksamer Behandlung von zentraler Bedeutung für die gesellschaftliche Akzeptanz und das Selbstbild von Menschen mit HIV ist.

Karte 6.7 Anteil, dem „U=U" (Schutz durch Therapie) bekannt ist (N = 10 541)



[1] In Deutschland wird das *Swiss Statement* teilweise noch als „EKAF-Empfehlung" bezeichnet. Die Bezeichnung ist sowohl unspezifisch – die damalige Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) veröffentlichte zahlreiche Empfehlungen – als auch zunehmend unverständlich, da die Kommission seit vielen Jahren nicht mehr unter diesem Namen besteht und die Abkürzung heute kaum noch geläufig ist.

6.5.2 Fehlendes Wissen über HIV-Testangebote

Befragte, die noch nie auf HIV getestet worden waren (16 % aller Befragten; siehe Abschnitt 7.5.1), wurden gefragt: *„Wissen Sie, wo Sie sich auf HIV testen lassen können?“*

Von diesen Befragten wusste knapp ein Viertel (23 %) *nicht*, wo ein HIV-Test möglich ist; weitere 26 % waren sich *„nicht sicher“*. Damit wussten insgesamt 49 % nicht oder nicht sicher, wo sie sich auf HIV testen lassen konnten; ihr entsprechender Informationsbedarf war somit nicht gedeckt. Verstärkte Community-basierte Aufklärung und eine bessere Bekanntmachung bestehender Testangebote können dazu beitragen, diese Zugangsbarriere abzubauen.

6.5.3 Präferenzen bei HIV-Tests

Wirksame *Public-Health*-Strategien zur Steigerung der Inanspruchnahme von HIV-Tests setzen voraus, dass die Motive und Präferenzen verstanden werden, die die Entscheidung für unterschiedliche Merkmale und Formen von Testangeboten beeinflussen.

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Wo würden Sie sich am ehesten einen HIV-Test machen, wenn Sie frei wählen könnten?“*

Folgende Antwortmöglichkeiten wurden angeboten:

- *„In einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis“*
- *„In einer anderen fachärztlichen Praxis / HIV-Schwerpunktpraxis“*
- *„Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses“*
- *„Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus“*
- *„In einer anderen Einrichtung für HIV-Tests (z.B. Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint)“*
- *„In einer Einrichtung für Trans-Gesundheit“*
- *„Beim Blutspenden“*
- *„Ich würde einen Einsendetest machen (mir etwas Blut aus der Fingerkuppe entnehmen und zur Beurteilung einsenden).“*
- *„Ich würde einen Heimtest benutzen, um das Ergebnis gleich selbst ablesen.“*
- *„In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna“*
- *„Mobile Teststelle“*
- *„Woanders“*

Anschließend wurde folgende Frage gestellt: *„Warum gerade dort? (Mehrere Angaben möglich).“*

Die Antwortmöglichkeiten lauteten:

- *„Dort ist es LGBT-freundlich.“*
- *„Es ist nicht zu teuer.“*
- *„Ich fühle mich dort willkommen.“*
- *„Es ist einfach zu erreichen.“*

- *„Es ist anonym."*
- *„Ich erhalte eine persönliche Beratung."*
- *„Ich kann dort in meiner Muttersprache kommunizieren."*
- *„Es wird von medizinischem Fachpersonal mit Fachkenntnissen zu sexueller Gesundheit geleitet."*
- *„Es wird von Peers mit Fachkenntnissen zu sexueller Gesundheit geleitet."*
- *„Dort gibt es außer dem HIV-Test noch andere Angebote."*
- *„Andere Gründe"*

Tabelle 6.10 fasst die von den Teilnehmenden bevorzugten HIV-Testangebote zusammen.

Tabelle 6.10 Präferenzen bei HIV-Tests

Präferenzen bei der HIV-Testung	% aller Befragten mit zuletzt negativem HIV-Test N = 8570*
Fachärztlichen Praxis / HIV-Schwerpunktpraxis	27,6
Allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis	26,1
Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint	22,2
Heimtest	12,9
Einsendetest	3,5
Blutspende	2,0
Mobile Teststelle	1,7
Krankenhausambulanz	1,4
Bar/Kneipe, Club, Sauna	1,0
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,7
Woanders	0,6
Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus	0,2
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 5.

Als erste Wahl für einen HIV-Test nannten die Befragten am häufigsten eine niedergelassene ärztliche Praxis (28 %), gefolgt von einer hausärztlichen Praxis (26 %).

Die am häufigsten genannte Gründe für die Bevorzugung eines bestimmten Testangebots waren: *nicht wertend* (38 %), *LGBT-freundlich* (33 %), *bietet neben HIV-Tests weitere Leistungen an* (33 %), *persönliche Beratung* (32 %) und *gut erreichbar* (31 %).

Befragte, die eine niedergelassene ärztliche Praxis bevorzugten, nannten am häufigsten die sexualmedizinische Fachkompetenz des medizinischen Personals sowie die LGBT-Freundlichkeit. Bei Befragten, die eine HIV-Testung in einer hausärztliche Praxis vorziehen, waren die gute Erreichbarkeit und der nicht wertende Umgang die häufigsten Gründe. Für die Wahl eines Community-basierten Gesundheits- oder niedrigschwelligen Testangebots sprach am häufigsten Anonymität und LGBT-Freundlichkeit. Befragte, die einen Selbsttest mit sofort verfügbarem Ergebnis bevorzugten, nannten am häufigsten Anonymität und die einfache Verfügbarkeit.

6.6 Ungedeckte Bedarfe bei Impfungen gegen Hepatitis A/B, HPV und Mpox

Sowohl gegen Hepatitis A als auch gegen Hepatitis B stehen wirksame Impfstoffe zur Verfügung. Um von diesen Impfungen profitieren zu können, benötigen Befragte Zugang zu entsprechenden Impfangeboten sowie die Fähigkeit und Motivation, eine Impfung aktiv in Anspruch zu nehmen oder ein Impfangebot anzunehmen.

6.6.1 Wissen über Hepatitis A und B, HPV und Mpox

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?“* Anschließend wurden ihnen die folgenden vier grundlegenden Aussagen über Hepatitis A und B vorgelegt:

- *„‚Hepatitis‘ bedeutet eine Entzündung der Leber.“*
- *„Eine Hepatitis wird häufig durch Hepatitisviren verursacht, die nach den Buchstaben des Alphabets benannt sind (A, B, C, D, E...).“*
- *„Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen.“*
- *„Männern, die Sex mit Männern haben, werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen.“*

Tabelle 6.11a zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht“*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.11a Wissen über Virushepatitis

Aussagen zum Wissen über Virushepatitis	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
‚Hepatitis‘ bedeutet eine Entzündung der Leber [a] n = 10 572	76,9	10,7	12,0	0,1	0,3	23,1
Eine Hepatitis wird häufig durch Hepatitisviren verursacht, die nach den Buchstaben des Alphabets benannt sind [b] n = 10 554	88,0	6,4	5,1	0,3	0,2	12,0
Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen [c] n = 10 543	91,7	6,2	1,9	0,1	0,1	8,3
Männern, die Sex mit Männern haben, werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen [d] n = 10 171	71,1	12,7	15,7	0,1	0,3	28,9

Hinweis: Die letzte Spalte „Wusste es noch nicht“ umfasst die Summe der Befragten, die noch nicht wussten, dass die Aussage zutrifft.
[a] fehlende Angaben: n = 20; [b] fehlende Angaben: n = 38; [c] fehlende Angaben: n = 49; [d] fehlende Angaben: n = 58

Insgesamt kannten 3 % der Befragten *keine der vier Aussagen zu Hepatitis*, 6 % kannten *eine*, 11 % *zwei* und 20 % *drei*. Die übrigen 60 % gaben an, *alle vier Aussagen zu Hepatitis bereits gekannt* zu haben.

Am häufigsten unbekannt war die Aussage *„Männern, die Sex mit Männern haben, werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen.“*: Bei 29 % der Befragten bestand hier eine Wissenslücke.

Für regionale Vergleiche wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren prozentualen Anteil der vier Aussagen zu Hepatitis, den die Befragten noch nicht kannten (**Tabelle 6.14** und **Kapitel 9**). Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zu Hepatitis 18 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt.

Wissen über Humane Papillomaviren (HPV)

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?“* Anschließend wurden ihnen die folgenden drei grundlegenden Aussagen zu Humanen Papillomaviren vorgelegt:

- *„Das humane Papillomavirus (HPV) verursacht Anal- und Genitalwarzen.“*
- *„Das humane Papillomavirus (HPV) verursacht verschiedene Krebsarten.“*
- *„Es gibt Impfstoffe gegen das humane Papillomavirus (HPV).“*

Tabelle 6.11b zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht“*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.11b Wissen über Humane Papillomaviren (HPV)

Aussagen zum Wissen über HPV	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
Das humane Papillomavirus (HPV) verursacht Anal- und Genitalwarzen n = 10 569*	54,1	13,5	31,3	0,9	0,2	45,9
Das humane Papillomavirus (HPV) verursacht verschiedene Krebsarten n = 10 519**	55,5	10,5	33,2	0,6	0,2	44,5
Es gibt Impfstoffe gegen das humane Papillomavirus (HPV) n = 10 509***	58,8	10,3	30,2	0,3	0,4	41,2

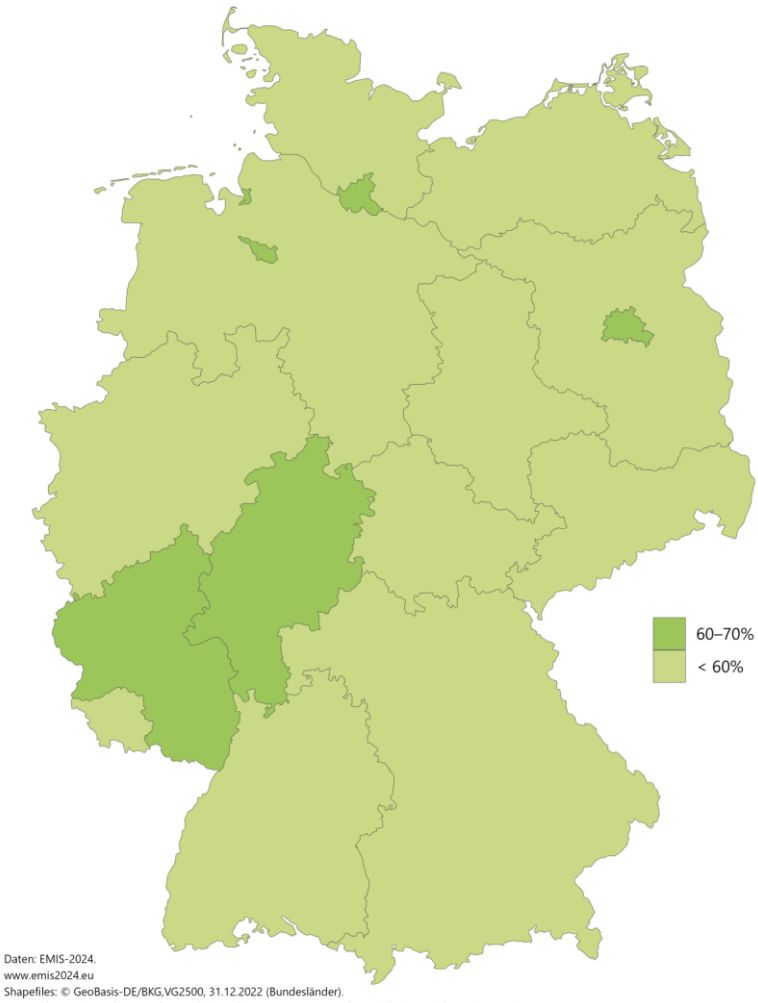
Hinweis: Die letzte Spalte „Wusste es noch nicht“ umfasst die Summe der Befragten, die noch nicht wussten, dass die Aussage zutrifft.
* fehlende Angaben: n = 23; ** fehlende Angaben: n = 73; *** fehlende Angaben: n = 83

Insgesamt kannten 30 % der Befragten *keine der drei Aussagen zu HPV*, 13 % kannten *eine* und 16 % *zwei*. Die übrigen 42 % gaben an, *alle drei Aussagen zu HPV bereits gekannt* zu haben. Abweichungen von 100 % sind rundungsbedingt. Am häufigsten unbekannt war, dass Humane Papillomviren (HPV) Anal- und Genitalwarzen verursachen; bei 46 % der Befragten bestand hier eine Wissenslücke.

Für regionale Vergleiche wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren prozentualen Anteil der drei Aussagen

zu HPV, den die Befragten noch nicht kannten (**Tabelle 6.14 und Kapitel 9**). Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zu HPV 43 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt. **Karte 6.8** zeigt die Bekanntheit der HPV-Impfung, die innerhalb Deutschlands nur geringfügig variierte.

Karte 6.8 Anteil, dem die HPV-Impfung bekannt ist (N = 10 509)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

Wissen über Mpox

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?“* Anschließend wurden ihnen die folgenden drei grundlegenden Aussagen über Mpox vorgelegt:

- *„Seit dem Beginn des Ausbruchs im Jahr 2022 haben sich vorwiegend Männer, die Sex mit Männern haben [und trans Personen], mit Mpox (‚Affenpocken‘) infiziert.“*
- *„Mpox wird hauptsächlich beim Sex oder bei engem körperlichem Kontakt übertragen.“*
- *„Es gibt eine Impfung gegen Mpox, die das Erkrankungsrisiko deutlich reduziert.“*

Tabelle 6.11c zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht“*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Tabelle 6.11c Wissen über Mpox

Aussagen zum Wissen über Mpox	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
	% aller Befragten					
Seit dem Beginn des Ausbruchs im Jahr 2022 haben sich vorwiegend Männer, die Sex mit Männern haben [und trans Personen], mit Mpox (‚Affenpocken') infiziert n = 10 414*	80,1	7,4	11,6	0,2	0,8	38,8
Mpox wird hauptsächlich beim Sex oder bei engem körperlichem Kontakt übertragen n = 10 540**	80,7	7,6	11,3	0,1	0,3	19,3
Es gibt eine Impfung gegen Mpox, die das Erkrankungsrisiko deutlich reduziert n = 10 527***	78,0	7,0	14,5	0,1	0,5	22,0

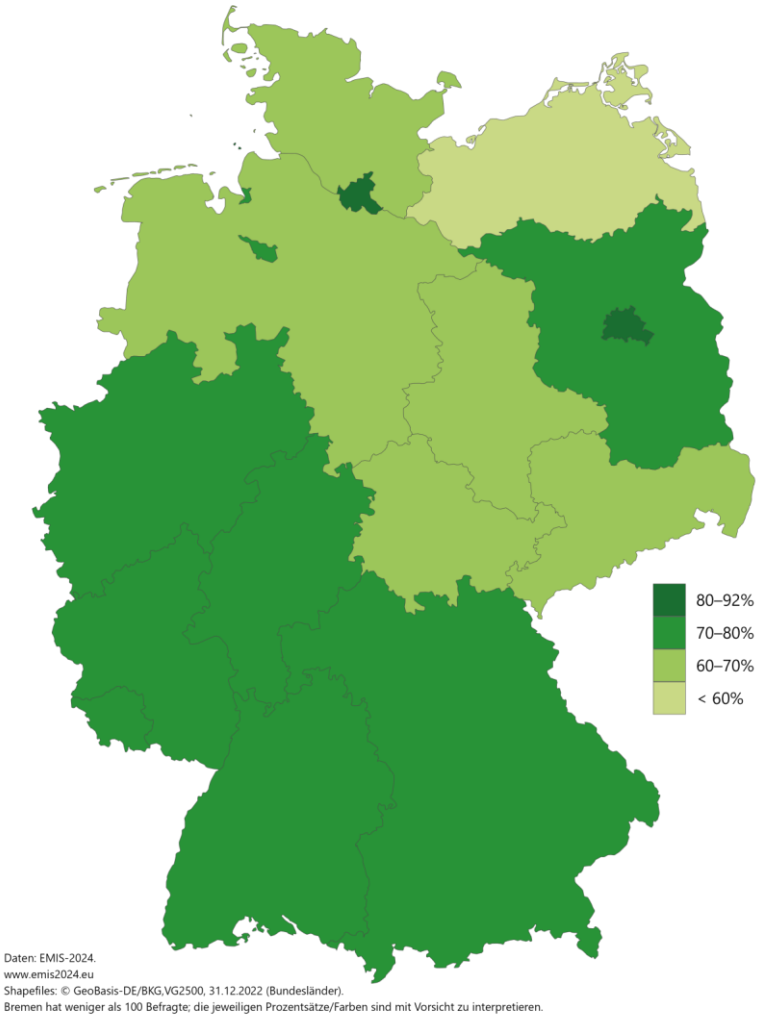
Hinweis: Die letzte Spalte „Wusste es noch nicht“ umfasst die Summe der Befragten, denen nicht bereits bekannt war, dass die Aussage zutrifft.
* fehlende Angaben: n = 26; ** fehlende Angaben: n = 52; *** fehlende Angaben: n = 65

Insgesamt kannten 12 % der Befragten *keine der drei Aussagen zu Mpox*, 7 % kannten *eine* und 11 % *zwei*. Die übrigen 70 % gaben an, *alle drei Aussagen zu Mpox bereits gekannt* zu haben. Weitgehend unbekannt war, dass seit dem neuartigen Ausbruch im Jahr 2022 vor allem Männer, die Sex mit Männern haben, und trans Personen von Mpox betroffen waren; bei 39 % der Befragten bestand hier eine Wissenslücke.

Für regionale Vergleiche wurde als zusammenfassender Indikator die *Wissenslücke (%)* berechnet. Sie entspricht dem mittleren prozentualen Anteil der drei Aussagen zu Mpox, den die Befragten noch nicht kannten (**Tabelle 6.14 und Kapitel 9**). Deutschlandweit betrug die Wissenslücke zu Mpox 20 %. Regionale Unterschiede dieses Indikators werden in **Abschnitt 6.7** am Ende dieses Kapitels dargestellt.

Karte 6.9 zeigt deutliche regionale Unterschiede in der Bekanntheit der Mpox-Impfung innerhalb Deutschlands.

Karte 6.9 Anteil, dem die Mpox-Impfung bekannt ist (N = 10 527)



6.6.2 Unkenntnis, wo Impfungen gegen Hepatitis A/B oder Mpox erhältlich sind

Befragte, die nicht gegen Hepatitis A geimpft waren (und nicht wussten, dass sie immun waren; n = 1326; 13 %), die die Impfserie nicht abgeschlossen hatten oder ihren Impfstatus gegen Hepatitis A nicht kannten (zusammen 30 % aller Befragten), wurden gefragt: *„Wissen Sie, wo Sie sich gegen Hepatitis A und B impfen lassen können?“*

Entsprechend wurden Befragte, die nicht gegen Hepatitis B geimpft waren (und nicht wussten, dass sie immun waren), die die Impfserie nicht abgeschlossen hatten, bei denen die Impfung zu keiner Immunantwort geführt hatte oder die ihren Impfstatus gegen Hepatitis B nicht kannten (zusammen 32 % aller Befragten), gefragt: *„Wissen Sie, wo Sie sich gegen Hepatitis A und B impfen lassen können?“*

Befragte, die nicht gegen Mpox geimpft waren (insgesamt 67 %), wurden gefragt: *„Wissen Sie, wo Sie eine Mpox-Impfung bekommen könnten?“*

Tabelle 6.12 zeigt die Antworten auf diese drei Fragen.

Tabelle 6.12 Kenntnis darüber, wo Impfungen gegen Hepatitis A/B oder Mpox erhältlich sind

Kenntnis darüber, wo man sich impfen lassen kann gegen…	… Hepatitis A/B (%) (ohne Geimpfte und Personen mit natürlicher Immunität) N = 3805*	…Mpox (%) (ohne Geimpfte und Personen mit natürlicher Immunität) N = 7120**
Nein	18,5	40,3
Ja	63,5	46,1
Nicht sicher	18,0	13,7
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 7; **fehlende Angaben: n = 24.

Von den Befragten, für die eine Impfung gegen Hepatitis A und/oder B infrage kam, wussten 18 % nicht, wo sie ein entsprechendes Impfangebot in Anspruch nehmen konnten; weitere 18 % waren sich nicht sicher. Bei der Mpox-Impfung lagen die entsprechenden Anteile bei 40 % beziehungsweise 14 %.

6.6.3 Schutzmaßnahmen im Falle von Mpox-Ausbrüchen

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt:

„Wenn es zu einer raschen Zunahme von Mpox-Fällen in Ihrem Umfeld käme, wie wahrscheinlich würden Sie eine der folgenden Maßnahmen ergreifen?“

- *„Mich impfen lassen.“*
- *„Orte vermeiden, an denen spontaner Sex möglich ist.“*
- *„Die Zahl meiner Sexualpartner*innen reduzieren / Gruppensex vermeiden.“*
- *„Vermehrt Kondome beim Analverkehr verwenden.“*

Die Verteilung der Antworten ist in **Tabelle 6.13** dargestellt

Tabelle 6.13 Schutzmaßnahmen vor Mpox

Schutzmaßnahmen im Falle von Mpox-Ausbrüchen	Sehr unwahrscheinlich	Eher unwahrscheinlich	Weder noch	Eher wahrscheinlich	Sehr wahrscheinlich
	% aller Befragten				
Mich impfen lassen. n = 7125 [a]	11,0	7,4	5,8	28,4	47,5
Orte vermeiden, an denen spontaner Sex möglich ist n = 10 508[b]	9,7	13,2	14,0	26,7	36,4
Die Zahl meiner Sexualpartner*innen reduzieren / Gruppensex vermeiden n = 10 516[c]	9,4	11,8	11,6	28,2	38,9
Vermehrt Kondome beim Analverkehr verwenden n = 10 512[d]	12,6	10,4	9,2	17,2	50,6

[a] fehlende Angaben: n = 19; [b] fehlender Angaben: n = 84; [c] fehlende Angaben: n = 76; [d] fehlende Angaben: n = 80.

Deutschlandweit zeigten die Befragten eine hohe Bereitschaft, bei einem erneuten Mpox-Ausbruch Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Am höchsten war die Bereitschaft, sich gegen Mpox impfen zu (76 %) lassen, sowie beim Analverkehr häufiger Kondome zu verwenden (68 %).

6.7 Regionale Unterschiede bei Bedarfen

Tabelle 6.14 Regionale Unterschiede bei Bedarfen

Deutschland	Befragte	Mittelwert SIHS[a]	% über eigenen Drogenkonsum besorgt	% ohne Kontrolle über Safer Sex	% ohne Kontrolle über ungewollten Sex
Gesamt	**10 592**	**1,0**	**4,4**	**12,5**	**14,3**
Bundesländer					
Baden-Württemb.	1223	1,1	2,9	12,6	14,2
Bayern	1435	1,0	2,9	13,6	15,4
Berlin	1570	0,9	8,2	12,2	14,8
Brandenburg	218	1,2	3,2	15,1	21,1
Bremen	89	0,8	(2,2)	(12,4)	(18,0)
Hamburg	438	0,8	5,5	12,1	11,6
Hessen	834	1,0	4,0	11,8	14,7
Mecklenburg-V.	107	1,2	4,7	13,1	13,1
Niedersachsen	667	1,1	2,4	12,0	13,0
Nordrhein-Westf.	2336	1,0	4,8	11,6	13,3
Rheinland-Pfalz	343	1,2	3,5	11,4	11,7
Saarland	127	1,2	3,9	14,2	13,4
Sachsen	495	1,2	4,4	14,1	16,6
Sachsen-Anhalt	171	1,2	6,4	15,2	17,1
Schleswig-Holstein	324	1,1	1,5	13,0	14,8
Thüringen	160	1,1	1,9	13,1	12,0
Städte					
Düsseldorf	176	1,0	9,1	11,9	19,9
Frankfurt	252	1,0	5,2	8,3	13,5
Hannover	124	1,0	0,8	12,1	15,3
Köln	551	0,8	5,6	10,7	13,3
Leipzig	144	1,2	6,2	12,5	17,4
München	488	0,9	4,5	10,3	12,1
Stuttgart	159	1,1	6,3	15,7	13,3

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] Kurzskala (0–6) zur verinnerlichten Homonegativität. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 6.14 Regionale Unterschiede bei Bedarfen (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% Wissens, lücke: HIV-/STI-Übertra-gung [a]	% U=U nicht bekannt	% Wissens-lücke: PrEP [b]	% PrEP nicht bekannt	% Wissens lücke: HIV-Test/-Behand-lung [c]	% nicht be-kannt, wo HIV-Test möglich
Gesamt	**10 592**	**11,7**	**16,9**	**26,7**	**19,7**	**7,1**	**7,8**
Bundesländer							
Baden-Württemb.	1223	11,7	17,6	26,7	21,7	7,1	9,6
Bayern	1435	11,7	16,5	26,7	19,8	7,1	7,7
Berlin	1570	6,7	9,3	16,7	10,4	4,3	3,3
Brandenburg	218	11,7	19,3	30,0	23,5	7,1	10,6
Bremen	89	8,3	(11,2)	26,7	(19,5)	5,7	(9,0)
Hamburg	438	6,7	10,3	20,0	14,2	4,3	3,0
Hessen	834	10,0	16,2	26,7	20,2	5,7	6,5
Mecklenburg-V.	107	15,0	28,0	43,3	(35,7)	11,4	16,8
Niedersachsen	667	13,3	22,1	30,0	23,6	8,6	10,3
Nordrhein-Westf.	2336	10,0	16,5	23,3	18,5	5,7	7,7
Rheinland-Pfalz	343	11,7	16,6	26,7	18,5	7,1	7,9
Saarland	127	15,0	19,7	30,0	21,5	8,6	9,4
Sachsen	495	13,3	25,2	33,3	24,9	10,0	12,9
Sachsen-Anhalt	171	11,7	28,0	33,3	28,9	10,0	12,3
Schleswig-Holstein	324	16,7	31,0	36,7	31,5	11,4	11,1
Thüringen	160	15,0	18,1	36,7	33,3	8,6	11,2
Städte							
Düsseldorf	176	8,3	14,8	16,7	10,3	5,7	1,7
Frankfurt	252	8,3	13,1	20,0	13,1	5,7	3,2
Hannover	124	10,0	8,9	16,7	11,2	4,3	8,9
Köln	551	6,7	8,6	16,7	13,1	4,3	3,1
Leipzig	144	11,7	16,1	23,3	14,8	7,1	6,2
München	488	8,3	11,5	20,0	16,6	4,3	3,3
Stuttgart	159	10,0	12,6	23,3	14,3	4,3	2,5

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] Wissenslücke (%) auf Grundlage von 6 Items; [b] Wissenslücke (%) auf Grundlage von 3 Items; [c] Wissenslücke (%) auf Grundlage von 7 Items. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stich-proben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 6.14 Regionale Unterschiede bei Bedarfen (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% Wissenslücke: Hepatitis [a]	% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	% Wissenslücke: HPV [b]	% HPV-Impfung nicht bekannt	% Wissenslücke: Mpox [b]	% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	% Mpox-Impf. nicht bekannt
Gesamt	**10 592**	**17,5**	**11,4**	**43,3**	**41,2**	**20,0**	**22,0**	**40,2**
Bundesländer								
Baden-Württemb.	1223	20,0	12,7	46,7	44,5	23,3	24,5	47,8
Bayern	1435	20,0	10,7	46,7	42,6	20,0	22,3	42,0
Berlin	1570	15,0	7,8	36,7	33,5	10,0	8,4	19,6
Brandenburg	218	17,5	10,1	46,7	40,6	23,3	25,8	47,2
Bremen	89	15,0	(11,2)	40,0	(31,8)	20,0	(20,7)	(39,8)
Hamburg	438	15,0	7,1	40,0	39,7	10,0	10,8	27,2
Hessen	834	15,0	9,8	40,0	38,8	20,0	23,0	43,0
Mecklenburg-V.	107	25,0	22,4	46,7	41,1	36,7	41,1	56,6
Niedersachsen	667	22,5	16,5	46,7	46,0	30,0	31,9	51,2
Nordrhein-Westf.	2336	17,5	10,5	43,3	40,6	20,0	20,6	37,8
Rheinland-Pfalz	343	17,5	13,4	43,3	38,6	20,0	23,5	44,4
Saarland	127	17,5	11,8	46,7	47,2	23,3	24,6	50,4
Sachsen	495	22,5	14,5	53,3	48,5	33,3	35,2	53,7
Sachsen-Anhalt	171	20,0	22,4	50,0	47,1	33,3	38,5	54,7
Schleswig-Holstein	324	20,0	13,9	53,3	49,1	30,0	33,4	51,7
Thüringen	160	22,5	18,9	50,0	49,7	36,7	35,8	57,5
Städte								
Düsseldorf	176	15,0	7,4	43,3	44,9	13,3	15,9	30,7
Frankfurt	252	12,5	7,6	36,7	37,3	13,3	14,9	34,3
Hannover	124	17,5	11,3	36,7	32,3	16,7	16,9	36,9
Köln	551	12,5	6,7	36,7	34,6	13,3	11,7	22,0
Leipzig	144	22,5	11,1	53,3	48,6	23,3	27,8	49,0
München	488	15,0	4,1	40,0	34,0	13,3	12,5	27,2
Stuttgart	159	17,5	12,6	43,3	42,9	20,0	22,0	41,1

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] Wissenslücke (%) auf Grundlage von 4 Items; [b] Wissenslücke (%) auf Grundlage von 3 Items. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 6.14 Regionale Unterschiede bei Bedarfen (Fortsetzung)

Germany	Befragte	% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [a]	% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung befürchtet [a]	% homo-/transneg. verbale Belästigung erlebt [a]	% homo-/transneg. Gewalt erlebt [a]	% gefühlte Unsicherheit im öffentlichen Raum [a]
Gesamt	**10 592**	**6,6**	**9,8**	**21,2**	**3,2**	**27,5**
Bundesländer						
Baden-Württemberg	1223	6,5	10,1	18,6	3,4	26,6
Bayern	1435	6,9	10,9	19,2	2,3	25,8
Berlin	1570	5,9	7,0	24,5	2,8	32,0
Brandenburg	218	5,5	9,2	17,4	3,7	22,9
Bremen	89	(7,9)	(14,6)	(31,5)	(5,6)	(39,3)
Hamburg	438	5,3	6,6	22,8	2,3	32,2
Hessen	834	7,1	10,1	19,4	4,3	28,3
Mecklenburg-Vorpommern	107	7,5	12,1	22,4	3,7	25,2
Niedersachsen	667	6,1	10,0	23,4	4,6	25,6
Nordrhein-Westfalen	2336	6,7	9,1	22,7	3,2	28,0
Rheinland-Pfalz	343	7,6	12,2	19,0	3,2	24,5
Saarland	127	7,1	8,7	18,9	2,4	21,3
Sachsen	495	8,3	14,5	19,0	4,2	23,8
Sachsen-Anhalt	171	7,0	11,1	19,9	1,2	23,4
Schleswig-Holstein	324	8,0	15,1	19,8	4,9	23,5
Thüringen	160	5,0	6,9	18,8	1,2	26,2
Städte						
Düsseldorf	176	5,1	8,5	18,2	5,7	31,8
Frankfurt	252	7,1	7,9	19,8	5,6	31,7
Hannover	124	7,3	7,3	24,2	5,6	29,0
Köln	551	6,2	6,0	24,7	3,4	30,1
Leipzig	144	8,3	11,8	20,8	3,5	25,7
München	488	4,9	6,6	18,0	2,0	25,2
Stuttgart	159	5,0	3,8	15,1	2,5	26,4

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).
[a] letzte 12 Monate

Literatur

1. Pachankis JE, Clark KA, Burton CL, Hughto JMW, Branstrom R, Keene DE. Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *J Pers Soc Psychol*. 2020;119(3):713–40. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31928026

2. Berg RC, Ross MW, Weatherburn P, Schmidt AJ. Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Soc Sci Med*. 2013;78: 61–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23261257

3. Tran H, Ross MW, Diamond PM, Berg RC, Weatherburn P, Schmidt AJ. Structural validation and multiple group assessment of the short internalized homonegativity scale in homosexual and bisexual men in 38 European countries: Results from the European MSM Internet Survey. *J Sex Res*. 2018;55(4-5):617–29. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29058473

4. Anderson C, John OP, Keltner D, Kring AM. Who attains social status? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(1):116–32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11474718

5. Green AI. Sexual fields: *Toward a sociology of collective sexual live*. Chicago: University of Chicago Press; 2013.

6. Vandello JA, Bosson JK, Cohen D, Burnaford RM, Weaver JR. Precarious manhood. *J Pers Soc Psychol*. 2008;95(6):1325–39. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19025286

7. Vernazza P, Bernard EJ. HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement–eight years later. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14246. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26824882

Kapitel 7: Interventionen

Intervenieren bedeutet, sich an einer Aktivität zu beteiligen, um den Verlauf von Ereignissen zu beeinflussen und dadurch ein bestimmtes Ergebnis wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher zu machen. Im Rahmen von EMIS sind relevante Interventionen Handlungen anderer, die die in **Kapitel 6** beschriebenen Bedarfe der Gesundheitsförderung entweder unterstützen oder untergraben.

Interventionen können positiv sein (indem sie Bedarfe aufgreifen) oder negativ (indem sie deren Deckung beeinträchtigen und dadurch ungedeckte Bedarfe schaffen). Zu den positiven Interventionen gehören Bildung, Gesundheits- und soziale Angebote sowie die vielfältigen Formen gegenseitiger Unterstützung innerhalb der Communitys. Negative Interventionen umfassen homonegative Gesetzgebung, Ausgrenzung und Misshandlung. Anders als in früheren Berichten haben wir negative Interventionen in **Kapitel 6** aufgenommen, um die Lesbarkeit sowohl für NGOs (die sich vor allem mit Bedarfen befassen) als auch für europäische oder staatliche Institutionen (die sich vor allem mit der Leistungsfähigkeit von Interventionen des Gesundheitswesens befassen) zu verbessern.

Wirksame Strategien zur Förderung der sexuellen Gesundheit beruhen auf einer einfachen, zugleich aber evidenzbasierten Logik:

1. **Das Bewusstsein für sexuelle Gesundheit stärken (Abschnitt 7.1)**

Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung umfassen die Bereitstellung leicht zugänglicher, fachlich korrekter und kultursensibler Informationen zu HIV, STI, sexuellem Wohlbefinden sowie verfügbaren Präventions- und Versorgungsangeboten. Information- und Aufklärungskampagnen, Programme für und mit Schlüsselpopulationen, Peer-to-Peer-Angebote und aufsuchende Community-Arbeit können Menschen dazu befähigen, informierte Entscheidungen zu treffen, und Stigmatisierung abzubauen.

2. **Impfen, wenn wirksame Impfstoffe verfügbar und empfohlen sind** (Abschnitt 7.2)

Impfungen spielen eine zentrale Rolle bei der Prävention von HPV und Mpox sowie bei Hepatitis A und Hepatitis B. Sie sollten eingesetzt werden, wenn ihre Wirksamkeit belegt ist und ihr Einsatz durch Public-Health-Empfehlungen unterstützt wird.

3. **Schützen, wenn wirksame Schutzmaßnahmen verfügbar sind** (Abschnitte 7.3–7.4)

Schutzmaßnahmen wie die konsequente Verwendung von Kondomen, die HIV-PrEP und – sofern entsprechende Empfehlungen umgesetzt werden – die Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe (Doxy-PEP) sollten gefördert werden, wo ihre Wirksamkeit bei der Verringerung von Übertragungen nachgewiesen ist.

4. **Gezielt testen und behandeln** (Abschnitte 7.6–7.7)

Testangebote sollten sich an der epidemiologischen Situation orientieren, um Infektionen frühzeitig zu erkennen. Behandlungen sollten darauf abzielen, individuelles Leiden zu verringern, und angeboten werden, wenn ein individueller oder bevölkerungsbezogener gesundheitlicher Nutzen belegt ist.

Dieses Kapitel zur Leistungsfähigkeit von Interventionen gliedert sich in Unterkapitel zu Informations- und Aufklärungsangeboten im Bereich HIV und STI, Impfangeboten, Schutzmaßnahmen einschließlich des Zugangs zu Kondomen und PrEP, HIV- und STI-Tests, Behandlungsangeboten, Angeboten im Zusammenhang mit Drogenkonsum sowie regionalen Unterschieden bei den Interventionen.

7.1 Aufklärungsangebote zu HIV und STI

Informationen zur sexuellen Gesundheit – ebenso wie Gesundheitsinformationen im weiteren Sinne – werden eher wahrgenommen, verstanden und befolgt, wenn sie auf die Lebensumstände, Identitäten und (sexuellen) Präferenzen der Zielgruppen zugeschnitten sind. Für schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie für trans und nicht-binäre Menschen sind zielgruppengerechte und inklusive Botschaften besonders wichtig, Nicht zuletzt vor dem Hintergrund langjähriger Stigmatisierung und Fehlinformationen im Zusammenhang mit HIV und anderen STI.

Um zu untersuchen, inwieweit solche zielgerichteten Informationen diese Gruppen derzeit erreichen, wurden cis und trans MSM gefragt: „*Wann haben Sie zuletzt Informationen über HIV oder andere sexuell übertragene Infektionen gesehen oder gehört, die sich speziell an Männer richten, die Sex mit Männern haben?*“; trans und nicht-binäre Studienteilnehmende erhielten dieselbe Frage mit der Formulierung: „*…die sich speziell an trans Personen richten?*“. Beide Gruppen konnten anschließend anhand einer Skala angeben, wie lange dies zurücklag. Die Ergebnisse sind in **Tabelle 7.1** dargestellt.

Tabelle 7.1 Wann fand das letzte Mal eine HIV-/STI-Informationen für MSM bzw. trans Personen statt (MSM, N = 36 648; fehlende Angaben: n = 5; Transgender, N = 572, fehlende Angaben: n = 0)

Letzter Kontakt zu Informationen zu HIV/sexuell übertragenen Krankheiten	% (MSM) N = 10 297*	kumulativ % (MSM)	% (trans/ nicht-binär) N = 572**	kumulativ % (trans/ nicht-binär)
In den letzten 24 Stunden	7,8	7,8	2,6	2,6
In den letzten 7 Tagen	19,1	26,9	6,1	8,7
In den letzten 4 Wochen	23,7	50,6	9,4	18,1
In den letzten 6 Monaten	24,9	75,5	13,3	31,4
In den letzten 12 Monaten	12,4	87,9	8,7	40,1
In den letzten 5 Jahren	6,5	94,4	5,9	46,0
Vor mehr als 5 Jahren	3,0	97,4	1,7	47,7
Niemals	2,5	100,0	52,1	100,0
Gesamt	**100,0**		**100,0**	

*fehlende Angaben: n = 5; **fehlende Angaben: n = 0

Eine deutliche Mehrheit der cis und trans MSM (88 %) hatte in den letzten 12 Monaten MSM-spezifische Informationen zu HIV oder STI gesehen oder gehört; etwa die Hälfte (51 %) hatte solche Informationen in den letzten vier Wochen wahrgenommen. Unter trans und nicht-binären Befragten lagen die entsprechenden Anteile für transspezifische Informationen bei 40 % bzw. 18 %.

Fasst man die Antworten von MSM sowie trans und nicht-binären Befragten zusammen, hatten 87 % in den letzten 12 Monaten MSM- oder transspezifische Informationen zu HIV oder STI gesehen oder gehört. **Karte 7.1** zeigt die berichtete Wahrnehmung MSM- oder transspezifischer Informationen zu HIV und STI mit nur geringen regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.1: Anteil, der in den letzten 12 Monaten Informationen über HIV oder STI gesehen oder gehört hat (N = 10 592)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

7.1.1 IWWIT

Die bekannteste Initiative zur sexuellen Gesundheit für in Deutschland lebende MSM wird von *der Deutschen Aidshilfe* organisiert. Die nationale Kampagne zur Förderung der sexuellen Gesundheit von MSM „*Ich weiß, was ich tu*“ (IWWIT) wurde im Oktober 2008 in Deutschland ins Leben gerufen [1]. Sie richtet sich in erster Linie an Männer, die Sex mit Männern haben, und fördert HIV-Prävention, Safer Sex und sexuelle Selbstbestimmung. Seit ihrer Gründung hat IWWIT ihre Aktivitäten kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut und ist zu einem zentralen Bestandteil der Arbeit *der Deutschen Aidshilfe* zur Förderung der sexuellen Gesundheit und des Wohlbefindens innerhalb der schwulen Community geworden. Im Jahr 2023 feierte die Kampagne ihr 15-jähriges Jubiläum und blickte damit auf anderthalb Jahrzehnte der Interessenvertretung und Aufklärung zurück.

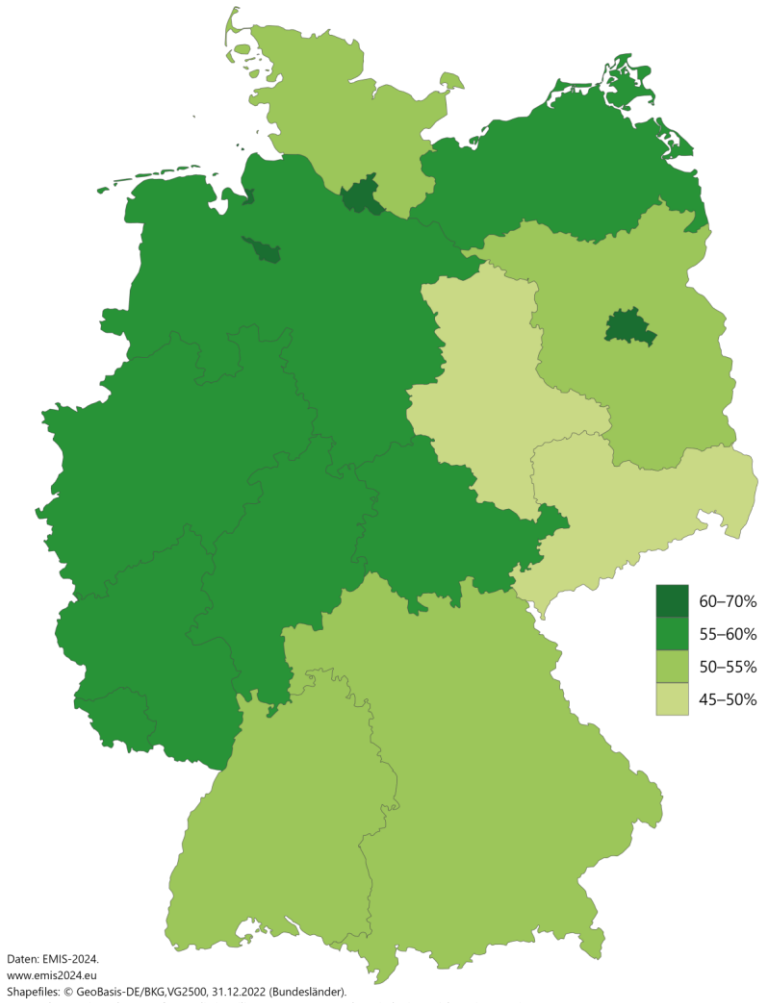
Die in Deutschland lebenden Teilnehmenden der EMIS-2024-Studie, die angaben, eine männliche Geschlechtsidentität zu haben und sich nicht als heterosexuell zu identifizieren, wurden gefragt, ob sie die nationale Kampagne zur sexuellen Gesundheit für MSM, IWWIT, kennen. Insgesamt antworteten 57 % mit „*Ja*“. In den einzelnen Bundesländern reichte dieser Anteil von 48 % in Sachsen-Anhalt bis zu 70 % in Hamburg (**Karte 7.1b**), was erhebliche geografische Unterschiede unter den Befragten verdeutlicht.

In dieser nicht repräsentativen Stichprobe von MSM in Deutschland gaben die meisten Befragten an, die nationale Kampagne zur sexuellen Gesundheit für MSM, IWWIT, zu kennen. Diese Daten sollten mit Vorsicht interpretiert werden: Sie geben keinen Aufschluss darüber, wie häufig sich die Befragten mit der Kampagne beschäftigt haben, ob sie deren Website besucht haben, was sie davon halten oder wann sie erstmals davon erfahren haben.

Der Bekanntheitsgrad war im Allgemeinen höher bei älteren Befragten, bei denjenigen, die sich als schwul oder homosexuell identifizieren, bei in Deutschland geborenen und/oder Deutsch sprechenden Teilnehmenden, und niedriger bei trans Männern. Die Kampagne scheint zudem insbesondere Männer zu erreichen, die mit HIV leben, sowie diejenigen, die HIV-PrEP anwenden. Um diese Muster besser zu verstehen, untersuchen die folgenden Abschnitte den Bekanntheitsgrad von IWWIT in Bezug auf Alter, sexuelle und geschlechtliche Identität, Migrationshintergrund sowie HIV-Status und PrEP-Anwendung und heben dabei wesentliche Unterschiede zwischen diesen Gruppen hervor.

Karte 7.1b zeigt den Anteil der Befragten, die IWWIT kennen, wobei es innerhalb Deutschlands moderate Unterschiede gibt.

Karte 7.1b: Anteil, der die nationale Kampagne (IWWIT) zur Förderung der sexuellen Gesundheit bei MSM kennt (N = 10 160)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

7.1.1.1 IWWIT und Alter

Befragte, die IWWIT kannten, waren im Durchschnitt älter: Ihr medianes Alter lag bei 45 Jahren (IQR: 36–54), *vs.* 40 Jahren (IQR: 28–52) bei denjenigen, die IWWIT nicht kannten. In der jüngsten Altersgruppe (16–19 Jahre) kannten 15 % IWWIT. Dieser Anteil stieg mit zunehmendem Alter kontinuierlich an und erreichte bei den 30- bis 34-Jährigen 60 %; in höheren Altersgruppen blieb er weitgehend stabil.

7.1.1.2 IWWIT und sexuelle Identität / Geschlechtsidentität

Unter den in Deutschland lebenden Befragten bezeichneten sich 77 % als „schwul“ oder „homosexuell“. Dieser Anteil war unter Befragten, die IWWIT kannten, deutlich höher (87 %) als unter denjenigen, die IWWIT nicht kannten (71 %). Der Anteil der Befragten, die sich als Teil der Trans-Community identifizierten, war unter denjenigen, die IWWIT kannten, etwas geringer (1,5 %) als unter denjenigen, die IWWIT nicht kannten (2,5 %). Die Frage zu IWWIT wurde trans Frauen und nicht-binären AFAB-Personen nicht angezeigt, sodass sich diese Angaben ausschließlich auf trans Männer beziehen.

7.1.1.3 IWWIT und Migration

Von den in Deutschland lebenden Befragten waren 12 % im Ausland geboren. Diejenigen, die IWWIT kannten, waren seltener im Ausland geboren (9 %) als diejenigen, die die Kampagne nicht kannten (16 %). Dieses Muster deckt sich mit den Sprachdaten: Befragte, die IWWIT kannten, füllten den Fragebogen häufiger auf Deutsch aus als in einer der 34 anderen verfügbaren Sprachen (95 % *vs.* 87 %), was darauf hindeutet, dass der Bekanntheitsgrad der Kampagne unter in Deutschland geborenen und deutschsprachigen Befragten höher ist.

7.1.1.4 HIV-Diagnose und PrEP-Anwendung

Insgesamt gaben 12 % der in Deutschland lebenden Befragten an, mit HIV zu leben. Dieser Anteil war bei denjenigen, die IWWIT kannten (17 %), deutlich höher als bei denjenigen, die IWWIT nicht kannten (6 %). Ein ähnlicher Trend war bei der Anwendung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zu beobachten. Während insgesamt 27 % der Befragten angaben, PrEP zu nutzen, war der Anteil bei denjenigen, die IWWIT kannten (34 %), deutlich höher als bei denjenigen, die IWWIT nicht kannten (19 %).

7.2 Impfinterventionen

Für Hepatitis A und B, das humane Papillomavirus (HPV) sowie Mpox stehen wirksame Impfstoffe zur Verfügung. Impfstoffe gegen HPV sind bereits seit vielen Jahren im Einsatz, doch die Impfempfehlungen und Erstattungsregelungen für MSM und trans Personen unterscheiden sich in den europäischen Ländern erheblich. Ein attenuierter Pockenvirus-Impfstoff wurde zum Schutz vor Mpox zugelassen, doch seine Verfügbarkeit während des europäischen Mpox-Ausbruchs im Jahr 2022 variierte erheblich zwischen den einzelnen Ländern. Die Absolvierung eines vollständigen Impfzyklus – sei es gegen Hepatitis, HPV oder Mpox – kann als eine Form von präventivem Sexualverhalten angesehen werden. In diesem Zusammenhang wird die selbst angegebene Durchimpfungsrate als Ergebnis einer Intervention im Bereich der öffentlichen Gesundheit und nicht als individuelle Verhaltensentscheidung dargestellt.

Allen Studienteilnehmenden wurden folgende Fragen gestellt:

- *„Sind Sie gegen Hepatitis A geimpft?"*
- *„Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?"*
- *„Sind Sie nach Mai 2022 gegen Mpox geimpft worden?"*

Allen Teilnehmenden, die wussten, dass es Impfstoffe gegen HPV gibt, wurde folgende Frage gestellt:

- *„Sind Sie gegen HPV geimpft?"*

Die angebotenen Antwortmöglichkeiten und die jeweiligen Anteile sind in den **Tabellen 7.2–7.4** aufgeführt.

7.2.1 Angebote zur Hepatitis-Impfung

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Wurde Ihnen jemals von einem Gesundheitsdienst (ärztliche Praxis, Krankenhaus, Gesundheitsamt, Checkpoint, usw.) eine Hepatitis-Impfung angeboten?"* Insgesamt antworteten 69 % mit *„Ja"*, 23 % mit *„Nein"* und 7 % mit *„Ich weiß es nicht"* (N = 10 577; fehlende Angaben: n = 15). Unter Ausschluss derjenigen, die dies nicht wussten, hatten 75 % schon einmal von einem Gesundheitsdienst eine Hepatitis-Impfung angeboten bekommen.

7.2.2 Impfung gegen Hepatitis A und B

Unter den Studienteilnehmenden in Deutschland, die bislang keine Hepatitis A bzw. Hepatitis B durchgemacht hatten, gaben 69 % an, eine vollständige Hepatitis-A-Impfserie erhalten zu haben; für Hepatitis B waren es 68 %. Für Hepatitis A wurde die Antwort *„Ja, ich habe alle Impfdosen erhalten"* gewertet, für Hepatitis B zusätzlich die Antwort *„Ja, aber die Impfung war bei mir nicht erfolgreich"*. Da die für eine Hepatitis-B-Impfung empfohlene Anzahl an Impfdosen je nach Alter und Impfstoff variiert und während der Hepatitis-A-Ausbrüche unter MSM im Jahr 2017 [2,3] aufgrund der begrenzten Impfstoffverfügbarkeit die empfohlene Anzahl an Impfdosen von zwei auf eine reduziert wurde [4], wurde im Fragebogen nicht näher definiert, wie viele Impfdosen mit *„alle Impfdosen"* gemeint waren.

Tabelle 7.2 Impfstatus gegen Hepatitis A und B

Hepatitis-Impfstatus	% Hepatitis A N = 10 571*	% Hepatitis B N = 10 578**
Nein, weil ich eine Hepatitis B hatte und nun immun dagegen bin.	3,6	3,1
Nein, und ich weiß nicht, ob ich immun bin.	12,5	12,0
Nein, ich leide an einer chronischen Hepatitis B.	—	0,3
Ja, ich habe alle Impfdosen erhalten.	66,6	64,4
Ja, aber ich habe nicht alle Impfdosen erhalten.	3,2	3,0
Ja, aber die Impfung war bei mir nicht erfolgreich	—	1,7
Ich weiss nicht	14,1	15,5
Gesamt	**100,0**	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 21; ** fehlende Angaben: n = 14.

Angesichts der umfangreichen Medienberichterstattung über Hepatitis-A-Ausbrüche unter MSM in ganz Europa zwischen Juni 2016 und Mai 2017 [4], dürften die Angaben zur Hepatitis-A-Impfung zuverlässiger sein als in früheren Erhebungen (z. B. EMIS-2010). Es bleibt jedoch unklar, wie nachhaltig ein solches, durch die Medien ausgelöstes Bewusstsein auf lange Sicht ist. Die meisten der von den Ausbrüchen betroffenen europäischen Länder empfahlen MSM routinemäßig eine Hepatitis-A-Impfung. Sieben Jahre nach der Medienberichterstattung gaben 69 % der MSM an, geimpft worden zu sein.

Karte 7.2 zeigt die selbstberichtete Hepatitis-A-Impfquote mit moderaten regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.2 Anteil mit vollständiger Hepatitis-A-Impfung, unter Ausschluss von Personen mit früherer Hepatitis A (N = 10 571; fehlende Angaben: n = 21)



Werden Befragte ausgeschlossen, die sich hinsichtlich ihres Hepatitis-A-Impfstatus unsicher waren, steigt der Anteil derjenigen, die angaben, alle Impfdosen erhalten zu haben, von 69 % auf 81 %.

Während die Hepatitis-A-Impfung Erwachsenen mit erhöhtem Infektionsrisiko (z. B. MSM) empfohlen wird, stellt sich die Situation bei Hepatitis B anders dar. Nahezu alle Länder der WHO-Region Europa empfehlen eine allgemeine Hepatitis-B-Impfung im Kindesalter [5]. Jüngere Generationen, die bereits als Kinder gegen Hepatitis B geimpft wurden, sind sich ihres Hepatitis-B-Impfstatus daher möglicherweise nicht immer bewusst.

Karte 7.3 zeigt die selbstberichtete Hepatitis-B-Impfquote mit moderaten regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.3 Anteil mit vollständiger Hepatitis-B-Impfung, unter Ausschluss von Personen mit früherer Hepatitis B (N = 10 578; fehlende Angaben: n = 14)



Werden Befragte ausgeschlossen, die sich hinsichtlich ihres Hepatitis-B-Impfstatus unsicher waren, steigt der Anteil derjenigen, die angaben, alle Impfdosen erhalten zu haben, von 68 % auf 81 %.

7.2.3 HPV-Impfung

Die Impfung gegen das humane Papillomavirus (HPV) wurde in ganz Deutschland als zentrale Maßnahme zur Vorbeugung von HPV-bedingten Krebserkrankungen und Feigwarzen eingeführt. Die meisten europäischen Länder bieten mittlerweile HPV-Impfprogramme für Jugendliche an, die sich in der Regel an Mädchen richten, wobei immer mehr Länder die Impfung auch auf Jungen ausweiten. Trotz dieser Bemühungen variieren die Impfbereitschaft und die Umsetzung der Programme von Land zu Land erheblich, was auf Faktoren wie nationale Politik, Gesundheitsinfrastruktur und öffentliches Bewusstsein zurückzuführen ist. Die Überwachung der Impfquote und das Verständnis der Hindernisse bleiben unerlässlich, um den Nutzen der HPV-Impfung für die öffentliche Gesundheit zu maximieren. Nur Befragte, die wussten, dass es einen Impfstoff gegen HPV gibt, wurden gefragt, ob sie geimpft

seien. **Tabelle 7.3** zeigt die Verteilung der Antworten. Bundesweit gaben 18 % an, mindestens eine Dosis des HPV-Impfstoffs erhalten zu haben, und 27 % sagten, sie hätten sich impfen lassen wollen, wenn der Impfstoff für ihr Geschlecht oder ihre Altersgruppe verfügbar gewesen wäre.

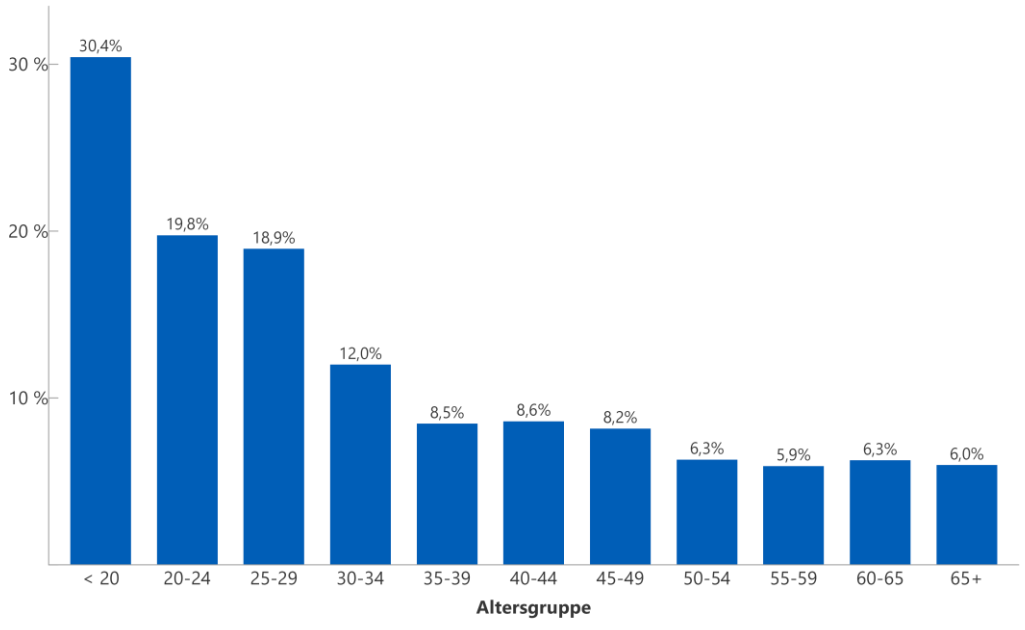
Tabelle 7.3 HPV-Impfstatus (N = 6147)

HPV-Impfstatus	% unter Befragten, denen die HPV-Impfung bereits bekannt war N = 6147*
Nein, ich wollte mich nicht impfen lassen	32,0
Nein, ich wollte mich impfen lassen, mir wurde eine Impfung aber wegen meines Geschlechts oder meines Alters verweigert	27,2
Nein, ich wollte zwar, aber ich konnte es mir nicht leisten	7,5
Ja, mindestens eine Impfdosis	17,8
Ich weiß es nicht	15,4
Gesamt	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 32.

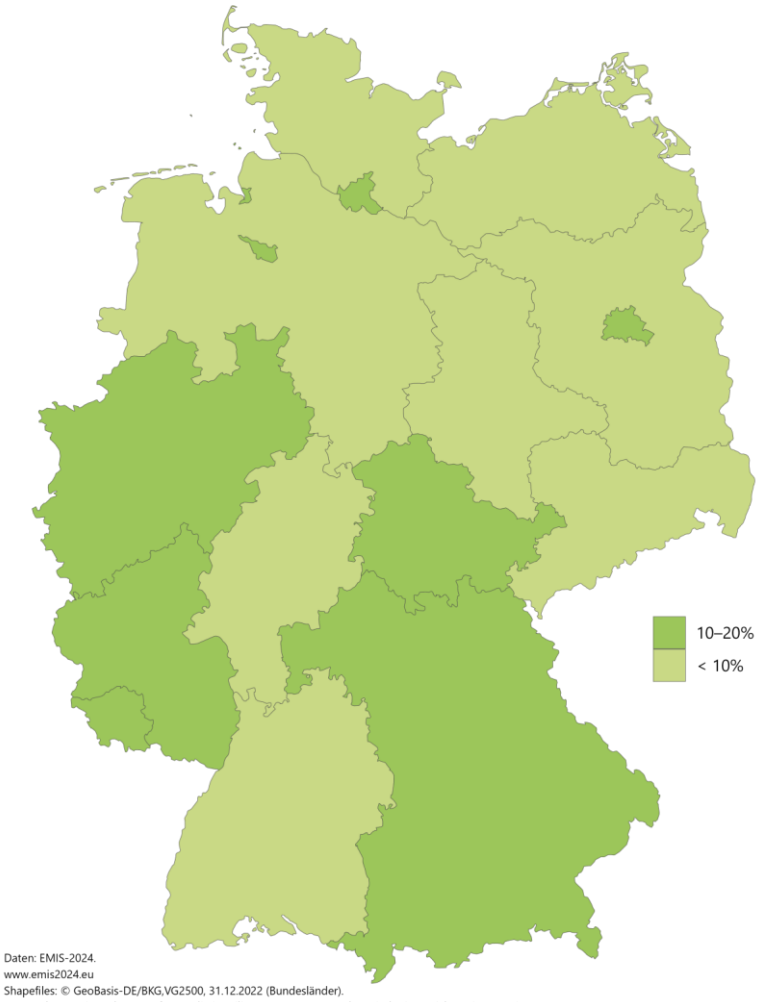
Die Altersempfehlungen für die HPV-Impfung bei Männern unterscheiden sich innerhalb Europas [6]. In den meisten Ländern wird die Impfung Jungen im frühen Jugendalter angeboten, üblicherweise im Alter von 11 bis 14 Jahren; einige Länder sehen jedoch Nachholimpfungen für ältere Jugendliche und junge Erwachsene vor. Im Vereinigten Königreich wird die Impfung beispielsweise MSM und trans Personen bis zum Alter von 45 Jahren empfohlen, in der Schweiz und Italien bis zum Alter von 26 Jahren. In den meisten anderen Ländern liegt die empfohlene Altersobergrenze niedriger. Da Empfehlungen zur HPV-Impfung von Jungen erst spät eingeführt wurden – z. B. 2019 im Vereinigten Königreich [7] und 2015 in der Schweiz und Italien [8,9] – zeigt die Impfquote deutliche Unterschiede nach Alter, wie **Abbildung 7.1** veranschaulicht. Befragte, denen die Existenz einer HPV-Impfung nicht bekannt war, wurden als ungeimpft gewertet.

Abbildung 7.1 Anteil mit mindestens einer HPV-Impfung nach Altersgruppen (N = 10 560; fehlende Angaben: n = 32)



Karte 7.4 zeigt die selbstberichtete HPV-Impfquote mit geringen regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.4 Anteil mit mindestens einer HPV-Impfung
(N = 10 560; fehlende Angaben: n = 32)



Wird die Auswertung der selbstberichteten HPV-Impfung auf Befragte mit männlichem Geburtsgeschlecht beschränkt, sinkt der Gesamtanteil der Geimpften von 17,8 % auf 16,6 %. In den ersten vier Altersgruppen in **Abbildung 7.1** betragen die entsprechenden Anteile 26 %, 17 %, 18 % bzw. 10 %, während die Anteile in den übrigen Altersgruppen unverändert bleiben.

7.2.4 Mpox-Impfung

Mpox entwickelte sich 2022 in Europa zu einem relevanten *Public-Health*-Problem und betraf überwiegend Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) [10,11]. Die Übertragung erfolgte hauptsächlich durch engen körperlichen und sexuellen Kontakt [12–14]. Mehrere europäische Länder reagierten mit gezielten Impfkampagnen und weiteren Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko. Zugleich zeigte der Ausbruch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Vorbereitung auf das Ausbruchsgeschehen, der verfolgten Impfstrategien und der Maßnahmen zur Eindämmung.

Für EMIS-2024 wurde erstmals eine Frage zur Mpox-Impfung aufgenommen: *„Sind Sie nach Mai 2022 gegen Mpox geimpft worden?“* **Tabelle 7.4** zeigt die Antworten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) gab an, keine Impfung gewollt zu haben. Etwa jeder Achte (13 %) hätte sich hingegen impfen lassen wollen, hatte jedoch keinen Zugang zur Impfung.

Tabelle 7.4 Mpox-Impfstatus (N = 10 549)

Mpox-Impfstatus	% aller Befragten*
Nein, ich wollte keine Impfung	54,9
Nein, ich wollte mich impfen lassen, aber es war nicht möglich	12,8
Ja, mit einer Dosis	7,8
Ja, mit zwei Dosen	19,8
Ja, aber ich weiß nicht mehr wie oft	1,0
Ich weiß nicht	3,8
Gesamt	**100,0**

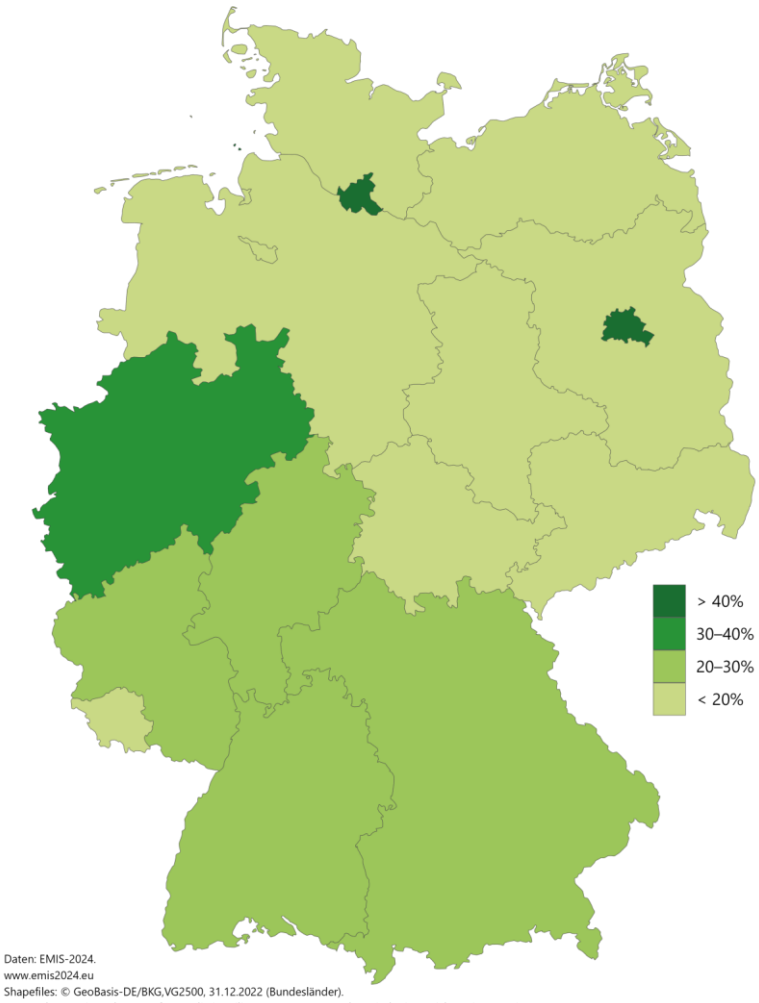
*fehlende Angaben: n = 43.

Noch nicht gegen Mpox geimpfte Befragte wurden gefragt: *„Wissen Sie, wo Sie eine Mpox-Impfung bekommen könnten?“* 40 % antworteten mit *„Nein“*, weitere 14 % waren sich nicht sicher.

Insgesamt gaben 29 % der Befragten an, mindestens eine Mpox-Impfung erhalten zu haben. Eine vollständige Impfserie – definiert als zwei Impfdosen für die meisten Befragten oder eine Impfdosis für Personen ab 50 Jahren – berichteten 24 %.

Karte 7.5 zeigt den Anteil der Befragten, die mindestens eine Impfdosis erhalten hatten, mit deutlichen regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.5 Anteil mit mindestens einer Mpox-Impfung seit 2022
(N = 10 549; fehlende Angaben: n = 43)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

7.3 Schutzinterventionen: Zugang zu Kondomen

In der HIV-Prävention gilt die Verteilung von Kondomen seit jeher als zentrale Maßnahme zur Verbesserung des Zugangs zu Kondomen, und Kondompackungen enthalten häufig Informationen zur Gesundheitsförderung auf oder in ihrer Verpackung. Alle Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Woher haben Sie in den letzten 12 Monaten Kondome bezogen?*“, und wurden gebeten, aus der Liste der Bezugsquellen in **Tabelle 7.5** unten so viele Antworten anzukreuzen, wie zutrafen.

Tabelle 7.5 Bezugsquellen für Kondome in den letzten 12 Monaten (N = 10 576)

Bezugsquelle für Kondome	% aller Befragten*
Online gekauft	24,1
In einem Ladengeschäft gekauft	46,1
Aus dem Automaten gekauft	1,5
Aus Kliniken erhalten	1,9
Aus Gay-/LGBT-Bars/-Clubs	17,0
Aus Saunen erhalten	12,0
Von gemeinnützigen Organisationen erhalten	8,6
Von Freunden/Sexpartnern erhalten	10,9
Sonstiges	2,7
Keine Kondome bekommen	23,4

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 16

Die häufigste Bezugsquelle für Kondome war der Kauf im stationären Handel, den knapp die Hälfte der Befragten (46 %) angab. Die übrigen Befragten bezogen Kondome aus verschiedenen anderen Quellen.

Einer der Indikatoren des *Dublin Declaration Monitoring* zu HIV erfasst das Ausmaß der Kondombewerbung und -verteilung unter MSM. Zur Bildung dieses Indikators wurden Angaben zum kostenlosen Erhalt von Kondomen über Community-Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen zusammengefasst. Insgesamt gaben 27 % der Befragten an, in den vergangenen 12 Monaten aus mindestens einer dieser Quellen kostenlose Kondome erhalten zu haben.

7.4 Schutzinterventionen: HIV-PrEP-Angebote

Die Kenntnis und der Zugang zur HIV-PrEP (Präexpositionsprophylaxe) setzen Informationsangebote sowie Versorgungsstrukturen voraus, über die PrEP bereitgestellt oder darüber informiert wird, wo sie erhältlich ist bzw. wie sie online bezogen werden kann. Während PrEP in einigen Ländern im Rahmen des nationalen Gesundheitssystems verschrieben werden kann, ist dies in anderen Ländern nicht möglich und PrEP muss privat bezogen werden. In manchen Ländern steht keine dieser Möglichkeiten zur Verfügung.

7.4.1 Gesprächsangebote für MSM, trans und nicht-binäre Personen zur PrEP

Alle Studienteilnehmenden ohne HIV-Diagnose wurden gefragt: *„Hat jemals ein*e Mitarbeiter*in eines Gesundheitsdienstes in Deutschland mit Ihnen persönlich über die PrEP gesprochen?“* Diejenigen, die mit *„Ja“* antworteten, wurden anschließend gefragt: *„Bei welchem Gesundheitsdienst hat dieses Gespräch stattgefunden?“* Die

Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 7.6** dargestellt. Insgesamt gaben 33 % an, dass in einer Gesundheitseinrichtung in Deutschland mit ihnen über PrEP gesprochen worden war. Nur wenige Befragte berichteten, in mehr als einer Art von Einrichtung über PrEP gesprochen zu haben. Am häufigsten wurden niedergelassene Ärzt*innen bzw. Hausärzt*innen genannt (29 % aller Befragten ohne HIV-Diagnose), gefolgt von Community-Angeboten außerhalb von Krankenhäusern oder Kliniken (12 %) und ambulanten Angeboten an Krankenhäusern oder Kliniken (1,5 %). Nur wenige Befragte hatten im Rahmen einer geschlechtsangleichenden Gesundheitsversorgung über PrEP gesprochen. Beschränkt man den Nenner jedoch auf Personen, die geschlechtsangleichende Hormone einnahmen, lag dieser Anteil bei 9 %.

Tabelle 7.6 Gesundheitsdienste, in denen mit Studienteilnehmenden über PrEP gesprochen wurde

Gesundheitsdienst, in dem mit Studienteilnehmenden über PrEP gesprochen wurde	% aller Befragten ohne HIV-Diagnose N = 9251*	% der Befragten ohne HIV-Diagnose, mit denen über PrEP gesprochen wurde N = 3022**
	%	%
Allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis	8,7	26,7
Andere fachärztliche Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis	19,6	60,0
Krankenhausambulanz	1,5	4,5
Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint	11,8	36,1
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,1	0,2
Woanders	0,8	2,4

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 1; **fehlende Angaben: n = 44.

7.4.2 Ärztliche Konsultationen vor der Anwendung von PrEP

Der Zugang zur PrEP umfasst nicht nur die Verfügbarkeit der Medikamente, sondern auch die Qualität der Informationen und der begleitenden Beratung. Ein Gespräch mit einer Gesundheitsfachkraft vor Beginn der PrEP kann die Adhärenz, die regelmäßigen Verlaufskontrollen und damit die Wirksamkeit der PrEP beeinflussen. Befragte, die jemals PrEP eingenommen hatten, wurden gefragt: *„Haben Sie mit einer medizinischen Fachperson gesprochen, bevor Sie mit der PrEP begonnen haben?“* Insgesamt antworteten 97 % der Befragten mit PrEP-Erfahrung mit *„Ja“* und gaben an, vor Beginn der PrEP mit einer Gesundheitsfachkraft gesprochen zu haben (N = 3179; fehlende Angaben: n = 1).

7.4.3 Woher werden PrEP-Tabletten bezogen?

Die Bezugswege von PrEP geben Aufschluss über ihre Zugänglichkeit und Bezahlbarkeit sowie darüber, inwieweit die Gesundheitssysteme auf den Bedarf vorbereitet sind. Die Bezugsquellen können Lücken zwischen der regulären Versorgung und dem Bedarf in der Community aufzeigen. Studienteilnehmende, die jemals PrEP eingenommen hatten, wurden gefragt: *„Wo haben Sie die Tabletten für Ihre PrEP erhalten?“* Die Antworten sind in **Tabelle 7.7** dargestellt.

Auch 2024, acht Jahre nach der ersten Einführung von PrEP in Europa (Frankreich) und nach der schrittweisen Einführung und Kostenübernahme durch öffentliche Gesundheitssysteme ab etwa 2016–2018 (z. B. in Belgien, Deutschland, Israel, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden und dem Vereinigten Königreich), bezog in einigen Ländern noch immer ein großer Anteil der Befragten PrEP *„im Rahmen einer PrEP-Studie“*. Deutschlandweit gaben etwa 5 % der Befragten an, PrEP über eine Aidshilfe, oder einen Checkpoint erhalten zu haben. Informelle Bezugswege – etwa die Verwendung von PEP-Tabletten als PrEP, die Einnahme der HIV-Medikamente einer anderen Person oder der Bezug von PrEP-Tabletten aus dem persönlichen Umfeld – wurden deutschlandweit von 3 % der Befragten angegeben.

Tabelle 7.7 Bezugsquellen für PrEP unter Befragten, die jemals PrEP eingenommen hatten

Bezugsquellen für PrEP	% aller Befragten * N = 3180*
PrEP-Studie	3,4
Allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis	22,4
Andere fachärztliche Praxis / HIV-Schwerpunktpraxis	58,7
Krankenhausambulanz	2,9
Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint	4,8
Online-Apotheke/ Ausland	4,2
Stationäre Apotheke	26,8
Ich habe PEP-Tabletten als PrEP genutzt.	0,4
Ich habe HIV-Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt.	0,5
Ich habe die PrEP von einem*einer Freund*in/Partner*in erhalten.	2,5
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,3
Andere Antwort	0,6

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 7412

7.4.4 Unfreiwillige Unterbrechungen der PrEP

Um den Jahreswechsel 2023/2024 kam es bei einigen PrEP-Nutzenden in Europa zu Unterbrechungen der Medikamenteneinnahme. Diese Versorgungsunterbrechungen waren auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Dazu gehörten Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsangeboten während der COVID-19-Pandemie. Hauptursache waren jedoch globale Lieferengpässe bei PrEP-Medikamenten infolge von Problemen bei Produktion, Verpackung und Transportlogistik. Hinzu kamen persönliche und strukturelle Barrieren, die eine kontinuierliche PrEP-Einnahme erschwerten. Kenntnisse über die Häufigkeit und die Gründe solcher Unterbrechungen sind wichtig, um Lücken in der HIV-Prävention zu erkennen und einen bedarfsgerechten und chancengerechten Zugang zur PrEP sicherzustellen. In EMIS-2024 wurden daher alle Studienteilnehmenden, die jemals PrEP eingenommen hatten, gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal eine unfreiwillige Unterbrechung Ihrer PrEP-Medikamentenversorgung erlebt?“*

Rund drei Viertel der Befragten (73 %) antworteten mit „Nie“. Etwa ein Viertel (24 %) berichtete dagegen von einer unfreiwilligen Unterbrechung der PrEP-Einnahme im Zeitraum 2023/2024. Unterbrechungen in anderen Jahren wurden seltener berichtet; ihre Häufigkeit variierte zwischen den Ländern.

7.4.5 Einsatz von Antibiotika zur Vorbeugung bestimmter STI

Doxy-PEP (Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe) ist eine neue Präventionsstrategie, die darauf abzielt, die Inzidenz bestimmter bakterieller STI, insbesondere Syphilis und Chlamydien, zu senken. Dabei wird nach einem sexuellen Kontakt eine Einzeldosis Doxycyclin eingenommen (idealerweise innerhalb von 24 Stunden, spätestens jedoch innerhalb von 72 Stunden). Während Studien aus den Vereinigten Staaten [15] und Frankreich [16] vielversprechende Rückgänge der bakteriellen STI-Raten bei MSM sowie bei einigen trans Frauen gezeigt haben, hat sich dieser Ansatz in Europa noch nicht weit verbreitet. Aktuelle Diskussionen konzentrieren sich auf seine Wirksamkeit, potenzielle Antibiotikaresistenzen [17] und die Frage, wie er in umfassendere Strategien zur sexuellen Gesundheit integriert werden könnte [18]. Es gibt Hinweise darauf, dass andere Antibiotika als Doxycyclin zur STI-Prävention verwendet bzw. missbraucht werden [19].

Befragte, die in den letzten 12 Monaten Antibiotika zur STI-Prophylaxe eingenommen hatten, wurden gefragt: „*Woher haben Sie Ihre Antibiotika?*“ Die Antworten sind in **Tabelle 7.8** zusammengefasst. Da die meisten Antibiotika-Prophylaxen wahrscheinlich als Doxy-PEP eingenommen wurden, verwenden wir diesen Begriff im gesamten Bericht. Bei informeller Anwendung setzen wir den Begriff jedoch in Anführungszeichen (‘ ’), da das genau verwendete Antibiotikum nicht bestätigt werden kann.

Tabelle 7.8 Bezugsquellen für Antibiotika zur Prävention sexuell übertragener Infektionen („Doxy-PEP“)

Antibiotika zur Prävention sexuell übertragener Infektionen („Doxy-PEP“)	% der Befragten, die ‘Doxy-PEP’ anwenden N = 663*
Ärztlich verschrieben, um STI zu verhindern	50,8
Ohne Rezept in einer Apotheke gekauft	6,6
Restbestand früherer Verschreibung	33,0
Von einem*einer Sexpartner*in, Freund*in oder Bekannten	8,2
Von einem Drogen-Dealer	0,5
Im Ausland oder online gekauft	13,3
Andere Quelle	6,3

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 8

Etwa jeder zweite Befragte (51 %) gab an, Doxy-PEP zur Prävention sexuell übertragener Infektionen ärztlich verschrieben bekommen zu haben, und 58 % gaben an, ‘Doxy-PEP’ informell oder ohne Rezept einzunehmen. Diese Kategorien schließen einander aufgrund des Mehrfachauswahlformats der Frage nicht aus. Bei den angegebenen Bezugsquellen für Antibiotika wurden deutschlandweit erhebliche Unterschiede festgestellt.

7.5 Testinterventionen: HIV-Testangebote

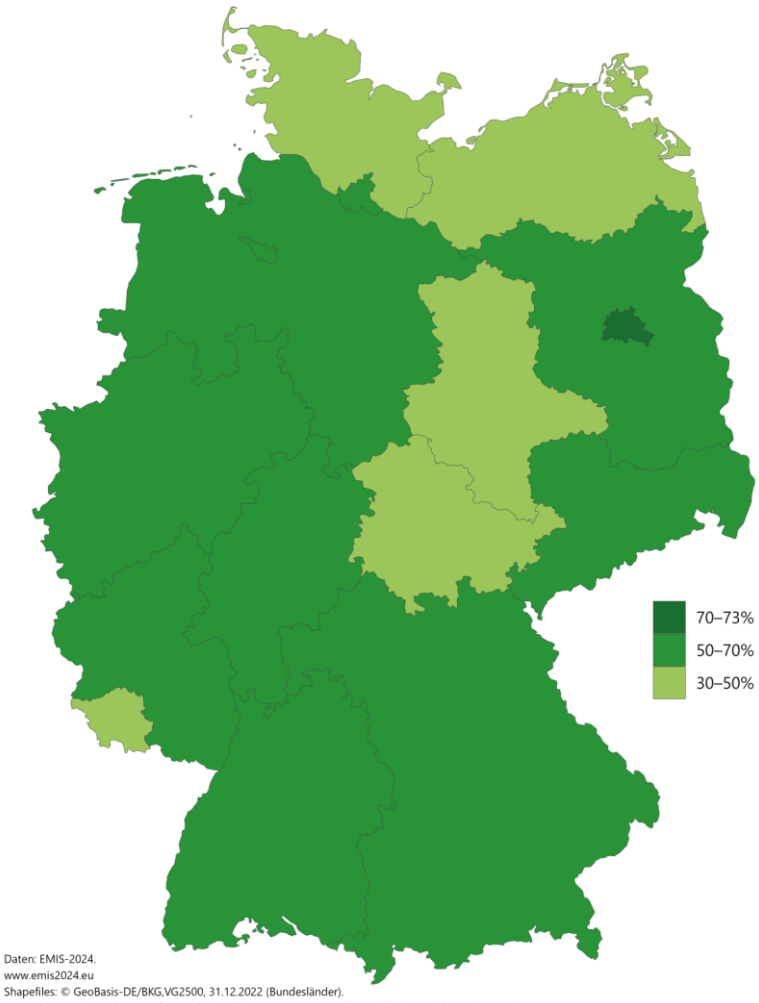
In den letzten Jahren wurden die Vorschriften für HIV-Tests in vielen europäischen Ländern gelockert, so dass HIV-Tests nun in einer Vielzahl von Einrichtungen angeboten werden, darunter communitynahe Testangebote (oft ohne ärztliche Anwesenheit [36], sondern durch geschultes Personal), Selbstentnahme und Selbsttests [20]. In diesem Abschnitt wurde untersucht, inwieweit sich HIV-Tests etablierten, welche Einrichtungen die Tests anboten, ob die Befragten damit zufrieden waren und ob die Gesundheitsdienste HIV-Tests proaktiv angeboten haben.

7.5.1 Angebot und Inanspruchnahme von HIV-Tests

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Haben Sie jemals ein HIV-Testergebnis erhalten?“* Insgesamt gaben 84 % (N = 10 584; fehlende Angaben: n = 8) an, ein Testergebnis erhalten zu haben. Dagegen antworteten 16 %, dass sie noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten zu haben. Von diesen gaben 86 % an, dass ihnen noch nie von einem Gesundheitsdienst ein HIV-Test angeboten worden war (N = 1705, fehlende n = 1). Umgekehrt berichteten 4 %, dass sie *„zu einem HIV-Test gezwungen oder überredet worden“* seien, obwohl sie keinen Test durchführen lassen wollten.

Unter Ausschluss der Befragten, bei denen bereits vor mehr als 12 Monaten HIV diagnostiziert worden war, hatten 60 % (n = 5524) in den vergangenen 12 Monaten ein HIV-Testergebnis erhalten. Einen Vergleich mit der Testung auf andere STI enthält Abschnitt 7.9. **Karte 7.6** zeigt die Inanspruchnahme von HIV-Tests mit geringen regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.6 Anteil mit HIV-Test in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss der zuvor mit HIV-Diagnostizierten (N = 9278)



Daten: EMIS-2024.
www.emis2024.eu
Shapefiles: © GeoBasis-DE/BKG,VG2500, 31.12.2022 (Bundesländer).
Bremen hat weniger als 100 Befragte; die jeweiligen Prozentsätze/Farben sind mit Vorsicht zu interpretieren.

7.5.2 Orte der HIV-Testung und -Diagnose

Die Orte, an denen HIV-Tests angeboten und in Anspruch genommen werden, sind von großer Bedeutung für die Reichweite der Testangebote, einen gleichberechtigten Zugang und die Anbindung an die weitere Versorgung. Die Betrachtung der Orte, an denen HIV-Tests und -Diagnosen erfolgen, gibt Aufschluss sowohl über die Rolle der regulären Gesundheitsversorgung als auch über den Beitrag communitybasierter Angebote.

Studienteilnehmende, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen war, wurden gefragt: *„Wo haben Sie sich das letzte Mal auf HIV testen lassen?“* Befragte mit HIV-Diagnose wurden gefragt: *„Wo erfolgte Ihre HIV-Diagnose?“* Beiden Gruppen wurden die in **Tabelle 7.9** aufgeführten Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Tabelle 7.9 Ort des letzten HIV-Tests bzw. der HIV-Diagnose

Rahmenbedingungen für HIV-Tests	Ort des letzten HIV-Tests N = 7541*	Ort der Erstdiagnose von HIV N = 1285**
Allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis	27,9	30,4
Andere fachärztliche Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis	31,3	24,0
Krankenhausambulanz	3,4	6,1
Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus	3,2	11,8
Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint	20,1	19,8
In einer Blutbank, während der Blutspende	3,8	3,0
Einsendetest	1,8	0,3
Heimtest	5,9	1,7
Bar/Kneipe, Club, Sauna	0,2	0,0
Mobile Teststelle	0,3	0,2
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,1	0,0
Woanders	2,0	2,6
Gesamt	**100,0**	**100,0**

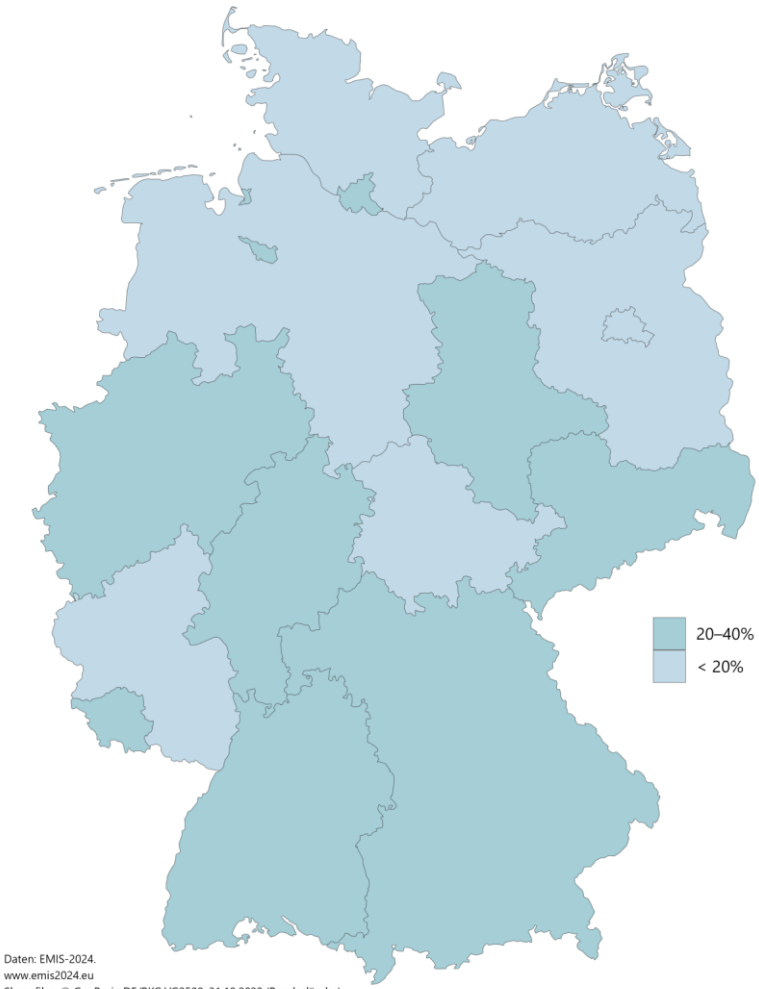
*fehlende Angaben: n = 4; **fehlende Angaben: n = 4

HIV-Tests wurden in unterschiedlichen Einrichtungen und Angeboten durchgeführt, ohne dass eine bestimmte Form eindeutig überwog. Am häufigsten erfolgte der HIV-Test in einer ärztlichen Praxis (allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis oder andere fachärztliche Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis). Dort wurden 59 % der letzten HIV-Tests mit negativem Ergebnis und 54 % der Tests durchgeführt, die zu einer HIV-Diagnose führten. An zweiter Stelle standen Krankenhäuser bzw. Kliniken: Ambulante und stationäre Angebote zusammengenommen machten 7 % der letzten HIV-Tests mit negativem Ergebnis und 18 % der Tests aus, die zu einer HIV-Diagnose führten.

Unsere Daten deuten somit darauf hin, dass HIV-Tests in Deutschland weiterhin überwiegend in der regulären medizinischen Versorgung durchgeführt werden, sei es ambulant im Krankenhaus oder in einer ärztlichen Praxis. Welche dieser beiden Formen der medizinischen Versorgung in einem bestimmten Land überwiegt, hängt wesentlich vom jeweiligen Gesundheitssystem ab.

Am dritthäufigsten wurden HIV-Tests über Gesundheitsämter/Aidshilfen/Checkpoints durchgeführt, einschließlich aufsuchender Angebote (21 %). **Karte 7.7** zeigt den Anteil communitybasierter freiwilliger Beratungs- und Testangebote (CBVCT) am jeweils letzten HIV-Test mit moderaten regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands.

Karte 7.7 Anteil, der beim letzten HIV-Test ein communitybasiertes HIV-Testangebot genutzt hat (N = 8886)



Trotz bestehender Rückstellungskriterien für MSM (bzw. für Personen mit Analverkehr) in vielen europäischen Ländern hatten knapp 4 % ihren letzten (ihren letzten HIV-Test mit negativem Ergebnis im Rahmen einer Blutspende erhalten [21].

HIV-Einsendetests und HIV-Heimtests waren von 1,8 % bzw. 6 % der Befragten genutzt worden, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen war. Unter Befragten mit HIV-Diagnose lagen die entsprechenden Anteile bei 0,3 % bzw. 1,7 %.

Die Präferenzen für künftige HIV-Tests unterschieden sich von den bisherigen Testmustern. Auf die Frage nach der bevorzugten Testmöglichkeit (*„Wo würden Sie am ehesten einen HIV-Test machen, wenn Sie frei wählen könnten?“*) verteilten sich die Antworten insgesamt ähnlich auf die verschiedenen Optionen. Seltener wurde jedoch ein Krankenhaus bevorzugt (1,6 %), während sich höhere Anteile für einen Einsendetest (4 %) oder einen Heimtest (13 %) entschieden.

7.5.3 Akzeptanz der Betreuung nach einem HIV-Test

Die Erfahrung mit einem HIV-Test umfasst mehr als das Testergebnis selbst. Die anschließend angebotene Unterstützung und Information können beeinflussen, wie Menschen ihr Testergebnis einordnen, damit umgehen und weitere Versorgung in Anspruch nehmen. Die Zufriedenheit mit der Unterstützung nach dem Test gibt daher Aufschluss über Stärken und Defizite der bestehenden Testangebote.

Studienteilnehmende, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen war, sowie Befragte mit HIV-Diagnose wurden gefragt: *„Wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung und den Informationen, die Sie bei Ihrem letzten HIV-Test bzw. bei Ihrer HIV-Diagnose erhalten haben?“* Beiden Gruppen wurden die in **Tabelle 7.10** aufgeführten Antwortmöglichkeiten angeboten.

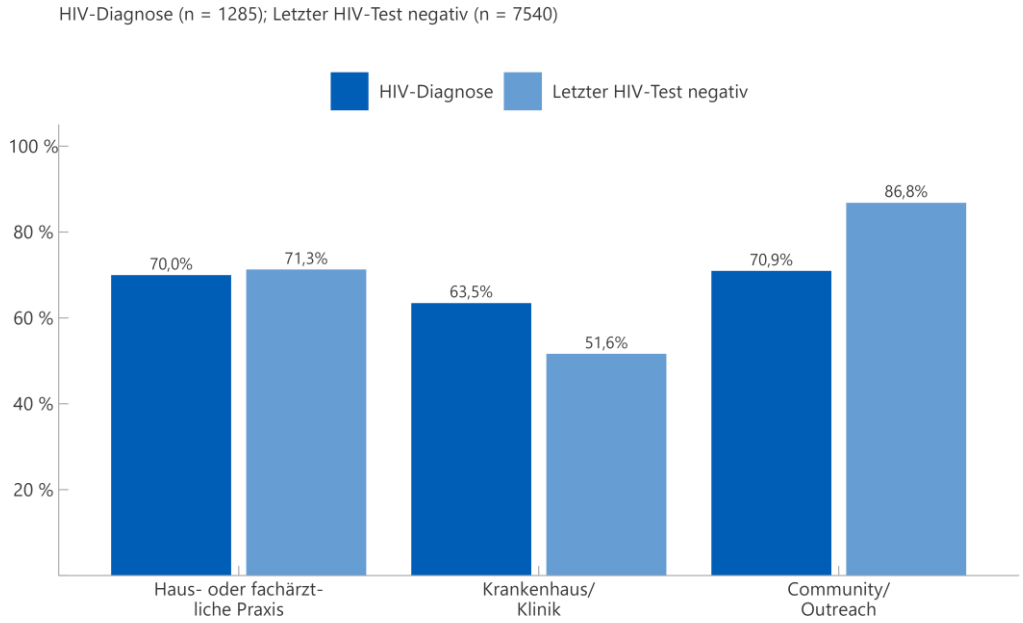
Tabelle 7.10 Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen beim HIV-Test

Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen beim HIV-Test	Letzter HIV-Test negativ (%) (N = 7540)*	HIV-Diagnose (N = 1285)**
Ich habe keine Unterstützung / keine Informationen erhalten	18,2	11,4
Sehr zufrieden	45,2	36,6
Zufrieden	24,9	31,4
Unzufrieden	1,7	7,9
Sehr unzufrieden	1,6	7,2
Ich erinnere mich nicht / Ich habe darüber nicht nachgedacht	8,3	5,5
Gesamt	**100,0**	**100,0**

Bei Befragten mit HIV-Diagnose war es wahrscheinlicher, dass sie Unterstützung oder Informationen erhielten, als bei Befragten ohne HIV-Diagnose. Dennoch erhielt etwa jede neunte Person mit HIV-Diagnose (11 %) keine Unterstützung oder Informationen. Insgesamt waren 15 % der Befragten mit HIV-Diagnose mit der erhaltenen Unterstützung oder den Informationen unzufrieden, gegenüber 3 % der Befragten mit negativem Testergebnis.

Wie **Abbildung 7.2** zeigt, war die Zufriedenheit am höchsten unter Befragten, die angaben, dass ihr letzter HIV-Test von der Community organisiert wurde, deren letzter HIV-Test im Rahmen eines Community-Angebots durchgeführt worden war – entweder in einer Aidshilfe / einem Checkpoint oder im Rahmen aufsuchender Arbeit.

Abbildung 7.2 Anteil derjenigen, die mit der Unterstützung und den Informationen, die sie beim letzten HIV-Test erhalten haben, zufrieden oder sehr zufrieden waren (N = 8825; fehlende Angaben: n = 9)



7.6 Testinterventionen: STI-Testangebote

7.6.1 Kenntnis der sexuellen Orientierung durch die Untersuchenden

Die Kenntnis des Sexualverhaltens der untersuchten Personen kann die Qualität der Versorgung im Bereich der sexuellen Gesundheit beeinflussen, einschließlich der angebotenen Untersuchungen und der Beratung. Die Betrachtung von Offenlegung und Kenntnis kann Barrieren für eine offene Kommunikation und mögliche Lücken bei der Prävention und Behandlung von STI aufzeigen. Studienteilnehmende, die sich in den vergangenen zwölf Monaten auf STI hatten testen lassen, wurden gefragt: *„Kannten die Untersuchenden (Ärzt*innen/Berater*innen usw.) Ihre sexuelle Orientierung?“* **Tabelle 7.11** zeigt die möglichen Antworten und deren Verteilung.

Tabelle 7.11 Kenntnis der sexuellen Orientierung durch die Untersuchenden beim letzten STI-Test (N = 5480)

Kenntnis der sexuellen Orientierung durch die Untersuchenden beim letzten STI-Test	% aller Befragten mit STI-Test in den letzten 12 Monaten N = 5480*
Ja, auf jeden Fall	81,5
Ja, wahrscheinlich	11,0
Nein, sie kannten sie nicht	5,5
Ich weiß nicht, ob sie sie kannten oder nicht	2,0
Gesamt	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 3.

Etwa vier von fünf Befragten (81%), die sich in den letzten 12 Monaten auf STI hatten testen lassen, waren sich sicher, dass die Untersuchenden von ihrer sexuellen Orientierung wussten. Etwa jede 17. Person (6%) gab dagegen an, dass den Untersuchenden ihre sexuelle Orientierung nicht bekannt war.

7.6.2 Inanspruchnahme von STI-Tests

Die Inanspruchnahme von STI-Tests ist für die frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Behandlung vieler STI von zentraler Bedeutung. Sie unterscheidet sich jedoch zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen und im Zeitverlauf. Die Betrachtung sowohl der jemals erfolgten als auch der kürzlich erfolgten Testung kann aufzeigen, welche Gruppen einen besseren Zugang zu regelmäßigen STI-Tests haben und welche sich eher nur bei auftretenden Symptomen testen lassen.

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Haben Sie sich jemals auf andere sexuell übertragene Infektionen (STI) als HIV testen lassen?"* Deutschlandweit antworteten 72 % mit *„Ja"*, 25 % mit *„Nein"* und 3 % mit *„Ich weiß nicht"*. Unter Ausschluss derjenigen, die dies nicht wussten, hatten sich 75 % schon einmal auf andere STI als HIV testen lassen.

Befragte, die mit *„Ja"* geantwortet hatten, wurden anschließend gefragt: *„Wann wurden Sie das letzte Mal auf eine andere sexuell übertragene Infektion (STI) untersucht/getestet?"*

Insgesamt gaben 54 % aller Befragten an, in den letzten 12 Monaten einen STI-Test erhalten zu haben. Dieser Anteil ist in Deutschland seit 2010 gestiegen: von 33 % im Jahr 2010 (N = 47 796) über 40 % im Jahr 2017 (N = 21 323) auf 54 % im Jahr 2024.

Abbildung 7.3 zeigt, wie lange der letzte STI-Test zurücklag, getrennt nach vier Gruppen:

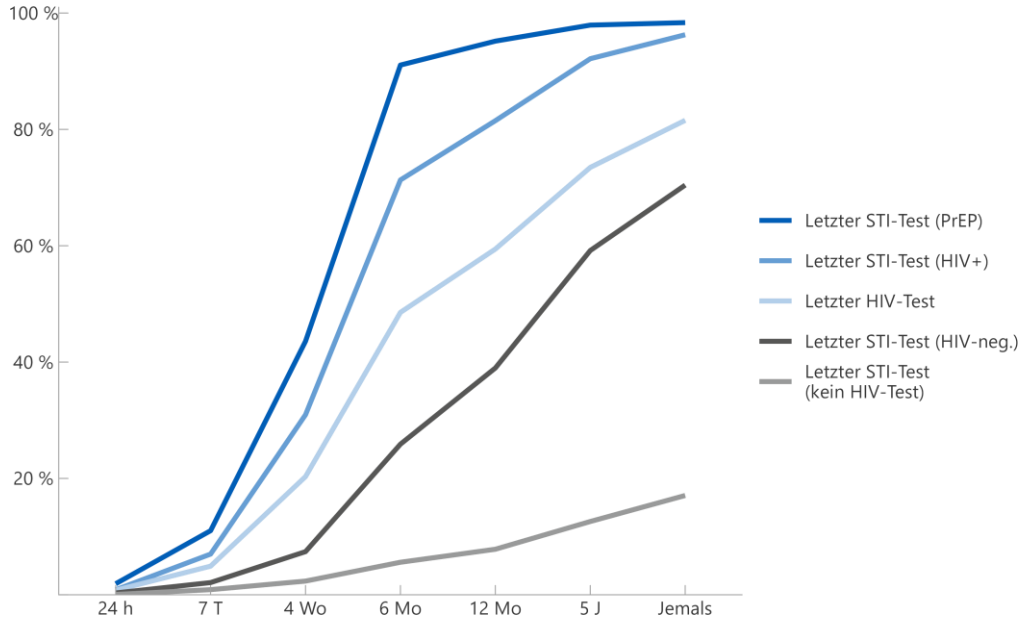
1. PrEP-Nutzende, für die in den meisten europäischen Ländern STI-Screenings alle drei Monate empfohlen werden
2. Befragte mit HIV-Diagnose, für die ein Syphilis-Screening alle sechs Monate empfohlen wird
3. Andere Befragte, die jemals einen HIV-Test hatten
4. Andere Befragte, die noch nie einen HIV-Test hatten

Wie lange der letzte STI-Test in diesen Gruppen zurücklag, wurde anschließend mit dem Zeitpunkt des letzten HIV-Tests unter allen Befragten ohne bereits bestehende HIV-Diagnose verglichen (siehe **Abschnitt 7.5.1**).

Unter den PrEP-Anwendern hatten sich 95 % in den letzten 12 Monaten auf STI testen lassen, gegenüber 81 % der Befragten mit HIV-Diagnose. Unter Befragten ohne PrEP-Nutzung lagen die entsprechenden Anteile bei 39 % unter denjenigen, die bereits einen HIV-Test hatten, und bei 8 % unter denjenigen, die noch nie einen HIV-Test hatten.

Obwohl bakterielle STI wie Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien Infektionen leichter übertragbar und weniger stigmatisiert sind als HIV, berichteten Befragte ohne regelmäßige medizinische Verlaufskontrollen – anders als PrEP-Nutzende und Menschen mit HIV – seltener von STI-Tests als von HIV-Tests. Die meisten medizinischen Leitlinien empfehlen für MSM mit HIV und PrEP-Nutzende routinemäßige Blutuntersuchungen auf Syphilis, was die höheren Testraten in diesen Gruppen erklärt. Viele Leitlinien empfehlen jedoch auch für alle sexuell aktiven MSM ein Syphilis-Screening alle sechs Monate [22].

Abbildung 7.3 Kumulativ: Test auf HIV und andere STI



Studienteilnehmende, die in den letzten 12 Monaten einen STI-Test hatten, wurden gefragt: *„Hatten Sie zu diesem Zeitpunkt irgendwelche Symptome?“* Insgesamt antworteten 83 % mit *„Nein“*, was darauf hindeutet, dass die Untersuchung im Rahmen eines routinemäßigen Screenings erfolgte; 16 % antworteten mit *„Ja“*, was darauf hindeutet, dass Symptome Anlass für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung waren; 0,8 % antworteten mit *„Ich weiß nicht mehr“* (N = 5718; fehlende Angaben: n = 10). Unter Ausschluss derjenigen, die sich nicht erinnerten, waren 83 % der Befragten, die in den letzten 12 Monaten einen STI-Test hatten, bei ihrem letzten Test symptomfrei. Dies deutet darauf hin, dass die meisten STI-Tests unter MSM im Rahmen routinemäßiger Screening Empfehlungen erfolgen.

Um den Beitrag von Screening und Partnerbenachrichtigung zu Diagnosen besser zu verstehen, wurden EMIS-2024-Befragte, bei denen in den letzten 12 Monaten Gonorrhö (n = 1043) bzw. Chlamydien (n = 943) diagnostiziert worden war, gefragt: *„Was war beim letzten Mal, als bei Ihnen Gonorrhö/Chlamydien festgestellt wurde, der Anlass für die Untersuchung?“*

Bei der letzten Gonorrhö Diagnose berichtete etwa die Hälfte (53 %) Symptome (Schmerzen, Ausfluss usw.) als Untersuchungsanlass; 15 % ließen sich aufgrund einer Benachrichtigung durch den/die Sexualpartner*in auf eine mögliche Infektion untersuchen und 31 % im Rahmen einer Routineuntersuchung. Bei der letzten Chlamydien Diagnose berichteten 39 % Symptome, 13 % waren von einem Sexualpartner mit Chlamydien benachrichtigt worden und 47 % hatten sich im Rahmen einer Routineuntersuchung testen lassen. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gonorrhö, insbesondere eine urethrale Gonorrhö, häufiger als eine Chlamydien Infektion mit wahrnehmbaren Symptomen einhergeht.

7.6.3 Inanspruchnahme von Hepatitis-C-Tests

Hepatitis C wird nur selten sexuell übertragen, auch unter MSM [23]. In EMIS-2024 erhielten die Befragten folgende Information: *„Zwar gibt es derzeit keinen Impfstoff gegen Hepatitis C, aber die gute Nachricht ist, dass fast alle Infektionen durch eine tägliche Medikamenteneinnahme über einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen vollständig ausgeheilt werden können. Die meisten Infektionen entstehen durch Kontakt mit Blut aufgrund unsicherer Injektionspraktiken oder aufgrund sexueller Aktivitäten, die zu Blutkontakten führen können. Es wird empfohlen, dass Personen, die solche Praktiken ausüben, sich auf Hepatitis C testen lassen."*

Anschließend wurden alle Studienteilnehmenden gefragt: *„Wann wurden Sie zuletzt auf Hepatitis C getestet?"* Anhand einer Skala konnten sie angeben, wie lange dies zurücklag. Insgesamt hatten sich 34 % der Befragten in den letzten 12 Monaten auf Hepatitis C testen lassen.

Abbildung 7.4 zeigt, wie lange der letzte Hepatitis-C-Test zurücklag, für dieselben vier bereits zuvor dargestellten Gruppen:

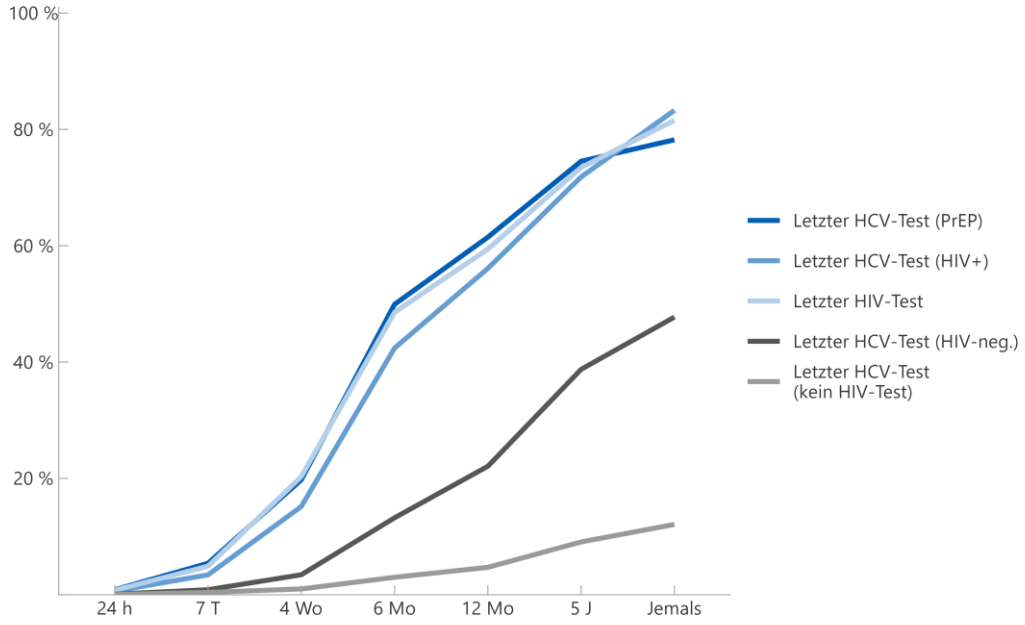
1. PrEP-Nutzende, für die in den meisten europäischen Ländern regelmäßige Hepatitis-C-Tests empfohlen werden
2. Befragte mit HIV-Diagnose, für die ein Hepatitis-C-Test alle sechs Monate empfohlen wird
3. Andere Befragte, die jemals einen HIV-Test hatten
4. Andere Befragte, die noch nie einen HIV-Test hatten

Wie lange der letzte Hepatitis-C-Test in diesen Gruppen zurücklag, wird außerdem mit dem Zeitpunkt des letzten HIV-Tests unter allen Befragten ohne bereits bestehende HIV-Diagnose verglichen (siehe **Abschnitt 7.5.1**).

Unter PrEP-Nutzenden hatten sich 61 % in den letzten 12 Monaten auf Hepatitis C testen lassen, gegenüber 56 % der Befragten mit HIV-Diagnose. Unter Befragten ohne PrEP-Nutzung lagen die entsprechenden Anteile bei 22 % unter denjenigen, die bereits einen HIV-Test hatten, und bei 5 % unter denjenigen, die noch nie einen HIV-Test hatten.

Befragte ohne regelmäßige medizinische Verlaufskontrollen berichteten seltener von Hepatitis-C-Tests als von HIV- oder STI-Tests. Dies dürfte die derzeitige Screening Praxis widerspiegeln: Da Hepatitis C sexuell weniger effizient übertragen wird als HIV, werden regelmäßige Tests vor allem für bestimmte Gruppen empfohlen. Die meisten medizinischen Leitlinien für MSM mit HIV und viele Leitlinien für PrEP-Nutzende empfehlen regelmäßige Hepatitis-C-Tests, was die vergleichsweise höheren Testraten in diesen Gruppen erklärt.

Abbildung 7.4 Kumulativ: Tests auf HIV und Hepatitis C



7.6.4 Bestandteile der STI-Testung

STI-Testung ist kein einheitliches Verfahren, sondern umfasst verschiedene Untersuchungen, die sich je nach körperlichen Voraussetzungen, medizinischen Leitlinien und lokaler Praxis unterscheiden. Die Betrachtung der jeweils durchgeführten Untersuchungen gibt Aufschluss über Umfang und Vollständigkeit der STI-Testung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

7.6.4.1 Untersuchung auf sexuell übertragene Infektionen im Genitalbereich

In EMIS-2024 wurden trans und nicht-binäre Teilnehmende zunächst gebeten anzugeben, welche Körperteile sie haben, damit ihnen die jeweils passenden Fragen zur STI-Testung gestellt werden konnten: *„Damit wir Ihnen die passenden Fragen zu STI-Untersuchungen stellen können und weil Körper unterschiedlich sind, geben Sie bitte an, ob Sie Folgendes haben … (Bitte alles Zutreffende auswählen)“*. Die angezeigten Antwortmöglichkeiten richteten sich nach den zuvor gemachten Angaben zum Geburtsgeschlecht. Bei Befragten mit weiblichem Geburtsgeschlecht (AFAB) waren dies: *„eine Vagina“*, *„eine Vulva ohne Vaginalöffnung“*, *„einen Penis (Klit-Pen/Metoidioplastik)“* und *„einen Penis (Penoid-Aufbau/Phalloplastik)“*. Bei Befragten mit männlichem Geburtsgeschlecht (AMAB) waren es: *„Einen Penis“*, *„Hoden“*, *„Eine (Neo-)Vagina“* und *„Eine (Neo-)Vulva ohne Vaginalöffnung“*.

Anschließend wurden allen Studienteilnehmenden entsprechend ihrer Anatomie Fragen dazu gestellt, welche Untersuchungen im Rahmen einer STI-Testung in den letzten 12 Monaten bei ihnen durchgeführt worden waren. Aufgrund eines technischen Fehlers wurden den Befragten leider zwei Fragen, die in den beiden vorangegangenen EMIS-Wellen gestellt worden waren, **nicht** angezeigt: ob sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen einer STI-Untersuchung eine Blutprobe bzw. eine Urinprobe abgegeben hatten. Die übrigen Fragen und die Verteilung der Antworten sind in **Tabelle 7.12** dargestellt.

Wie oben beschrieben, wurden den Befragten entsprechend ihrer Anatomie unterschiedliche Fragen zu den Bestandteilen der STI-Testung in den letzten 12 Monaten gestellt. Vaginalabstriche weisen für den Nachweis genitaler Gonorrhö- und Chlamydien Infektionen eine höhere Sensitivität auf als Urinproben. Unter Befragten mit Vagina oder entsprechenden Körperteilen (N = 118 mit gültiger Antwort), gaben 75 % an, in den letzten 12 Monaten im Rahmen einer STI-Testung einen Vaginalabstrich erhalten zu haben. Unter Befragten mit Penis oder entsprechenden Körperteilen (N = 5545 mit gültiger Antwort), berichteten dagegen 40 % von einem Harnröhrenabstrich.

Aufgrund des technischen Fehlers lässt sich mit EMIS-2024 jedoch nicht bestimmen, welcher Anteil der Befragten insgesamt auf genitale STI getestet wurde, da die Frage nach der Urinprobe unabhängig von der Anatomie nicht angezeigt wurde.

Tabelle 7.12 Bestandteile der STI-Testung unter Befragten mit STI-Test in den letzten 12 Monaten

Bestandteile der STI-Testung:	Harnröhrenabstrich (%) N = 5545[a]	Untersuchung des Penis (%) N = 5455[b]	Vaginalabstrich (%) N = 118[c]	Vaginale Untersuchung (%) N = 117[d]	Analabstrich (%) N = 5698[e]	Anale Untersuchung (%) N = 5692[f]
Nein	59,2	63,0	23,7	53,0	34,3	68,1
Ja	39,9	35,8	75,4	41,9	65,2	30,4
Ich weiß nicht mehr	0,8	1,2	0,8	5,1	0,5	1,6
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

[a] fehlende Angaben: n = 1; [b] fehlende Angaben: n = 41; [c] fehlende Angaben: n = 0; [d] fehlende Angaben: n = 1; [e] fehlende Angaben: n = 30; [f] fehlende Angaben: n = 36.

7.6.4.2 Analabstrich

Auf Grundlage unserer Publikationen zu EMIS-2010 und EMIS-2017 über Umfang und Ausgestaltung von STI-Testangeboten für schwule und bisexuelle Männer in europäischen Städten [24, 25] empfahlen wir, einen Indikator für umfassende STI-Testung in das ECDC-Monitoring aufzunehmen. Eine umfassende STI-Testung wurde dabei definiert als Angabe der folgenden Untersuchungen in den letzten 12 Monaten: HIV-Test (sofern nicht bereits eine HIV-Diagnose vorlag), Blutuntersuchung auf andere STI, Analabstrich sowie entweder Harnröhren-/Meatusabstrich, Vaginalabstrich oder Urinprobe. Aufgrund des technischen Fehlers, durch den zwei Fragen nicht angezeigt wurden, kann dieser Indikator für EMIS-2024 jedoch nicht mehr gebildet werden.

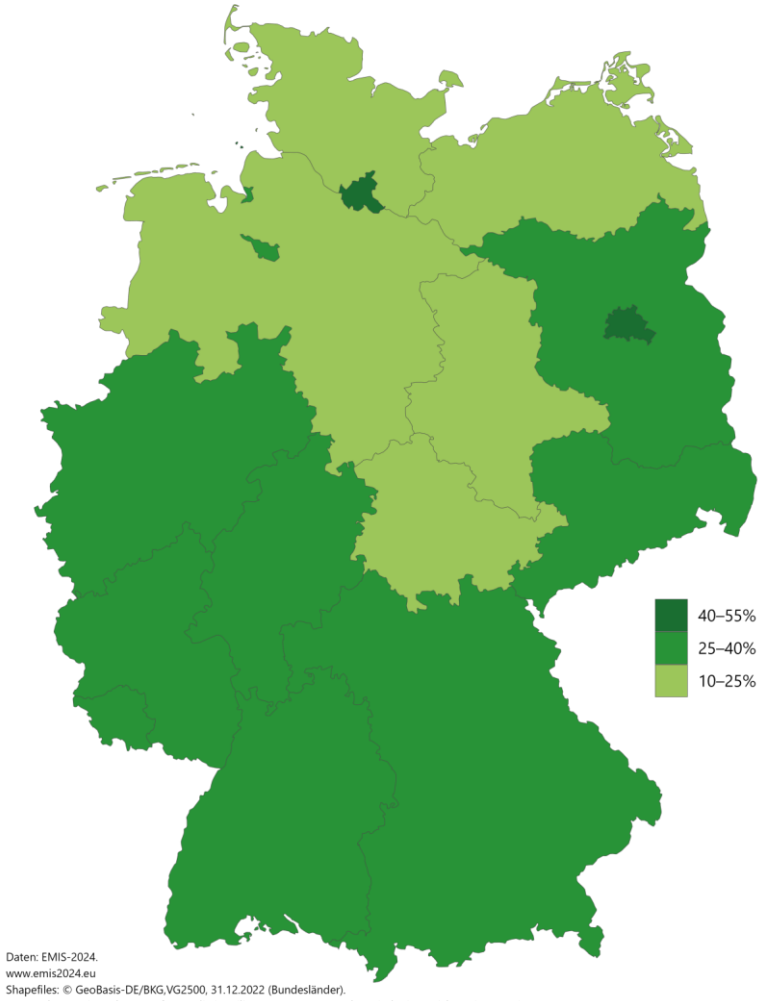
Ob regelmäßige und breit eingesetzte Screenings auf Gonorrhö und Chlamydien einen Nutzen für die öffentliche Gesundheit haben, wird weiterhin kontrovers diskutiert; neuere Forschungsergebnisse legen nahe, dass dies möglicherweise nicht der Fall ist [26–29]. Diese Diskussion berührt jedoch nicht die weiterhin bestehende Notwendigkeit eines Syphilis-Screenings bei MSM. Syphilis wird anhand von Blutproben und nicht mittels Anal-, Genital- oder Rachenabstrichen diagnostiziert. In früheren EMIS-Wellen wurden Blutuntersuchungen auf STI – bei denen davon auszugehen ist, dass sie auch einen Syphilis-Test umfassten – bei nahezu allen STI-Testungen durchgeführt [24, 25]. In EMIS-2017 umfassten 92 % aller berichteten STI-Tests eine Blutuntersuchung [30].

Zwischen 2010 und 2017 nahm die Durchführung von Analabstrichen in europäischen Städten deutlich zu [25]. Kurz nach Abschluss der Feldphase von EMIS-2024 veröffentlichten Belgien und die Niederlande neue Leitlinien, nach denen auf routinemäßiges Screening asymptomatischer Personen verzichtet wird – auch bei MSM. Dies gilt, obwohl asymptomatische Infektionen bei MSM am häufigsten im Oropharynx und im Rektum/Anus auftreten, wo sie häufig keine Symptome verursachen [31].

In EMIS-2017 wurde europaweit bei 37 % aller berichteten STI-Tests in den letzten 12 Monaten ein Analabstrich durchgeführt [30]. In Deutschland lag der entsprechende Anteil bei 36 % (N = 21 323), *vs.* 21 % (N = 47 796) in EMIS-2010 [32]. In EMIS-2024 war dieser Anteil in Deutschland auf 65 % gestiegen**, wobei** ein Stichprobenbias als mögliche Erklärung für Unterschiede in den nicht adjustierten Anteilen nicht ausgeschlossen werden kann. Sofern dieser deutliche Anstieg nicht vollständig auf Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen ist, könnte er zu einem erheblichen Teil die in jüngerer Zeit beobachteten Anstiege diagnostizierter Gonorrhö- und Chlamydien Infektionen in Europa erklären [27, 33], einschließlich Sachsens (dem einzigen Bundesland, in dem Gonorrhö seit 2001 meldepflichtig ist; bundesweit ist eine routinemäßige Meldung bislang noch nicht vollständig umgesetzt).

Die vorstehenden Angaben beziehen sich auf den Anteil der STI-Tests, bei denen ein Analabstrich durchgeführt wurde. **Karte 7.8** zeigt dagegen einen personenbezogenen Indikator: den Anteil aller Befragten – unabhängig davon, ob sie einen STI-Test angegeben hatten –, bei denen in den letzten 12 Monaten ein Analabstrich durchgeführt worden war. Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

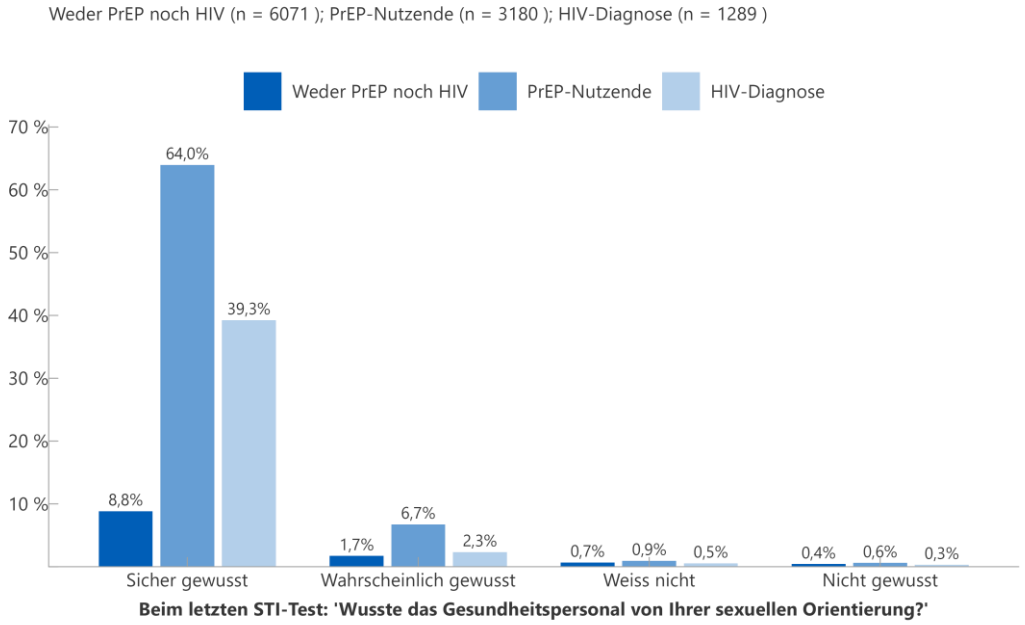
Karte 7.8 Anteil mit Analabstrich im Rahmen einer STI-Untersuchung in den letzten 12 Monaten (N = 10 592)



Ein Analabstrich in den letzten 12 Monaten war sowohl damit assoziiert, ob den Untersuchenden bekannt war, dass die Befragten Sex mit Männern hatten, als auch mit der PrEP-Nutzung bzw. einer medizinischen Versorgung aufgrund einer HIV-Diagnose (**Abbildung 7.5**).

Die 2024 geltenden medizinischen Leitlinien empfahlen Analabstriche für alle PrEP-Nutzenden. Unter PrEP-Nutzenden, bei denen den Untersuchenden bekannt war, dass sie Sex mit Männern hatten, berichteten 64 % einen Analabstrich in den letzten 12 Monaten, *vs.* 0,6 %, wenn dies nicht bekannt war. Unter Befragten ohne PrEP-Nutzung und ohne HIV-Diagnose lagen die entsprechenden Anteile bei 9 % bzw. 0,4 %.

Abbildung 7.5 Analabstrich als Bestandteil von STI-Tests, nach Offenlegung von Sex mit Männern und nach HIV/PrEP-Status (Basis: Befragte mit STI-Test in den letzten 12 Monaten)



7.6.4.3 Körperliche Untersuchung von Genitalien und Anus

Unter Befragten mit Vagina oder entsprechenden Körperteilen (N = 117 mit gültiger Antwort) – darunter keine cis Frauen – berichteten 42 % von einer körperlichen Untersuchung der Vagina, wie sie in der gynäkologischen Versorgung üblich ist. Unter Befragten mit Penis oder entsprechenden Körperteilen (N = 5455 mit gültiger Antwort) gaben dagegen 36 % an, dass ihr Penis körperlich untersucht worden war (**Tabelle 7.12**).

Körperliche Untersuchungen des Anus – die typischerweise der Erkennung von Analwarzen oder nicht übertragbaren Erkrankungen wie Analfissuren dienen – waren dagegen der am seltensten berichtete Bestandteil der STI-Testung. Nur knapp ein Drittel der Befragten (30 %) gab an, eine solche Untersuchung erhalten zu haben (N = 5692). Dieser geringe Anteil spiegelt einen Wandel in der klinischen Praxis wider: Da selbst durchgeführte Analabstriche zunehmend ärztlich durchgeführte Abstriche ersetzt haben, werden umfassende körperliche Untersuchungen des Anus seltener und sind in vielen Versorgungssettings inzwischen eher die Ausnahme als die Regel.

Analfissuren sind ein häufiges anorektales Krankheitsbild und können bei Männern mit rezeptivem Analverkehr auftreten, insbesondere bei weniger erfahrenen Männern. Traumatische Verletzungen des Analkanals – beispielsweise durch Dehnung, Reibung oder das Einführen großer oder harter Gegenstände – können zur Entstehung von Fissuren beitragen.

7.6.5 Partnerbenachtigung bei diagnostizierter Gonorrhö

Die Partnerbenachrichtigung ist ein wichtiger Bestandteil der STI-Prävention und ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und Behandlung, um weitere Übertragungen zu verhindern. Angaben dazu, wie häufig und unter welchen Umständen nach einer Gonorrhö-Diagnose eine Partnerbenachrichtigung erfolgt, geben Aufschluss sowohl über das individuelle Verhalten als auch über die Rolle von Gesundheitsdiensten bei der Unterstützung dieses Prozesses.

Studienteilnehmende, bei denen in den letzten 12 Monaten Gonorrhö diagnostiziert worden war, wurden gefragt: *„Haben Sie (oder Ihr Arzt*Ihre Ärztin) bei Ihrer letzten Gonorrhö-Diagnose ihre letzten Sexpartner informiert, dass sie ebenfalls eine Behandlung (oder einen Test) benötigen?"* Eine identische Frage wurde Befragten gestellt, bei denen in den letzten 12 Monaten Syphilis diagnostiziert worden war. Aufgrund eines technischen Fehlers gingen die Antworten auf diese Frage jedoch verloren.

Tabelle 7.13 Partnerbenachrichtigung bei Gonorrhö Diagnose in den letzten 12 Monaten

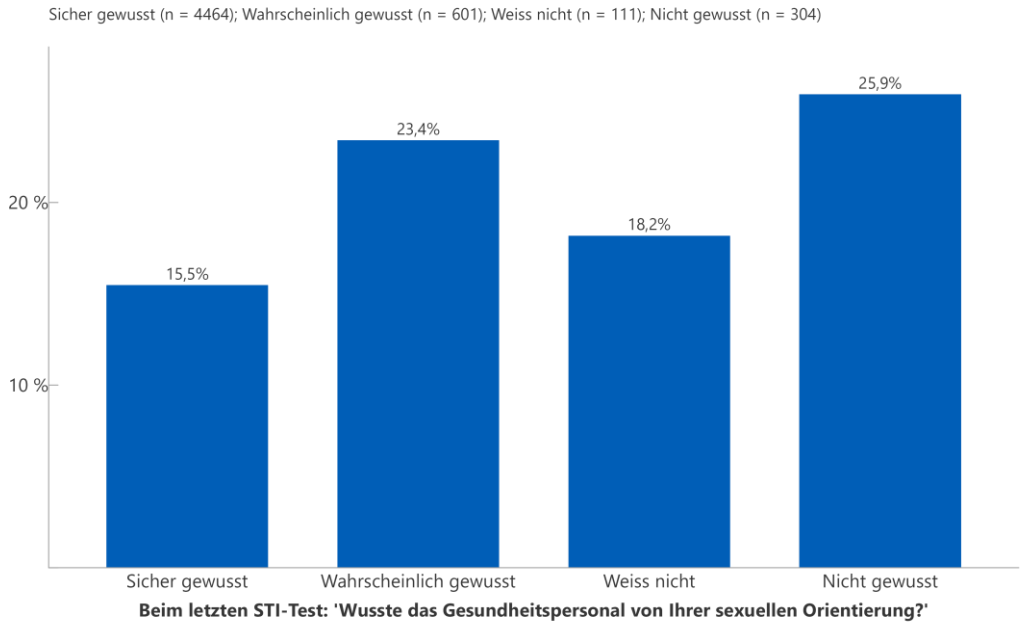
Partnerbenachrichtigung bei Gonorrhö	% der Befragten mit Gonorrhö Diagnose in den letzten 12 Monaten N = 1043*
Nein, keine*r meiner Sexpartner*innen wurde informiert	15,1
Ja, einige meiner letzten Sexpartner*innen wurden informiert	40,1
Ja, all meine letzten Sexpartner*innen wurden informiert	43,3
Ich weiß nicht mehr	1,4
Gesamt	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 0.

Etwa vier von fünf Befragten (83 %), bei denen in den letzten 12 Monaten Gonorrhö diagnostiziert worden war, informierten zumindest einige ihrer Sexpartner darüber, dass sie sich testen oder behandeln lassen sollten (**Tabelle 7.13**).

Partnerbenachrichtigung war damit assoziiert, ob den Untersuchenden bekannt war, dass die Befragten Sex mit Männern hatten. Unter Befragten, die in den letzten 12 Monaten einen STI-Test erhalten hatten und sich sicher waren, dass die Untersuchenden wussten, dass sie Sex mit Männern hatten, informierten 15 % ihre Sexpartner *nicht* über ihre Gonorrhö Diagnose. Dieser Anteil war mit 26% höher bei denjenigen, die angaben, dass den Untersuchenden dies nicht bekannt war (**Abbildung 7.6**). Die Erhebung der Sexualanamnese könnte somit einen direkten Einfluss auf die weitere Übertragung von STI haben.

Abbildung 7.6 Fehlende Partnerbenachrichtigung bei Gonorrhö, nach Offenlegung der homosexuellen Orientierung beim letzten STI-Test



7.7 Behandlungsinterventionen

Der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Behandlung sind zentrale Bestandteile wirksamer Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit. Dieser Abschnitt betrachtet die Behandlung von STI, Virushepatitiden und HIV unter besonderer Berücksichtigung der Einhaltung medizinischer Leitlinien und der Fortschritte bei der Erreichung internationaler Ziele.

7.7.1 Behandlung von sexuell übertragenen Infektionen

Die Inanspruchnahme einer STI-Behandlung war nahezu vollständig. Unter Befragten mit Syphilis- bzw. Gonorrhö Diagnose gaben 98 % bzw. 99 % an, behandelt worden zu sein. Bei Gonorrhö, für deren Behandlung alle europäischen Leitlinien die Gabe von Ceftriaxon als Injektion empfehlen, berichtete etwa ein Viertel der Befragten (27 %), ausschließlich mit oralen Medikamenten behandelt worden zu sein. Weitere 33 % erhielten sowohl orale Medikamente als auch eine Injektion, während 38 % ausschließlich mit einer Injektion behandelt wurden.

7.7.2 Behandlung von Hepatitis B und C

Chronische Virushepatitiden stellen weiterhin ein relevantes Gesundheitsproblem dar; eine wirksame Behandlung kann jedoch langfristige Folgeerkrankungen und weitere Übertragungen verhindern. Im Folgenden betrachten wir den Zugang zur fachärztlichen Versorgung bei Hepatitis B sowie die berichtete Ausheilung einer Hepatitis C nach Behandlung. Von den 30 Befragten in Deutschland, die eine chronische Hepatitis B angaben, befanden sich lediglich 63 % in fachärztlicher Behandlung. Von den 278 Befragten, bei denen jemals Hepatitis C diagnostiziert worden war, gaben 68 % an, dass ihre Infektion durch eine Behandlung ausgeheilt war.

7.7.3 HIV-Monitoring und -Behandlung: Versorgungskaskade

Eine erfolgreiche HIV-Behandlung erfordert sowohl ein konsequentes klinische Monitoring als auch den Zugang zu antiretroviraler Therapie. Die Analyse der HIV-Versorgungskaskade gibt Aufschluss darüber, wie viele Menschen mit diagnostizierter HIV-Infektion in die Versorgung eingebunden sind, diese kontinuierlich in Anspruch nehmen und davon profitieren.

Studienteilnehmende mit HIV (12 % aller Befragten, siehe **Kapitel 3**) wurden gefragt: *„Wann haben Sie zuletzt einen Arzt zur Überwachung Ihrer HIV-Infektion aufgesucht?“*, und es wurde ihnen eine Skala angeboten, um anzugeben, wie lange dies zurückliegt. **Tabelle 7.14** zeigt die Antworten.

Tabelle 7.14 Zeitpunkt der letzten medizinischen Verlaufskontrolle der HIV-Infektion (unter Befragten mit HIV-Diagnose)

Letzte medizinische Verlaufskontrolle der HIV-Infektion N = 1286*	Befragte mit HIV-Diagnose	
	%	Cumulative %
In den letzten 24 Stunden	2,4	2,4
In den letzten 7 Tagen	10,5	12,9
In den letzten 4 Wochen	46,0	58,9
In den letzten 6 Monaten	39,3	98,1
In den letzten 12 Monaten	0,9	99,0
In den letzten 5 Jahren	0,5	99,5
Vor mehr als 5 Jahren	0,3	99,8
Niemals	0,2	100,0
Gesamt	**100,0**	

* fehlende Angaben: n = 3.

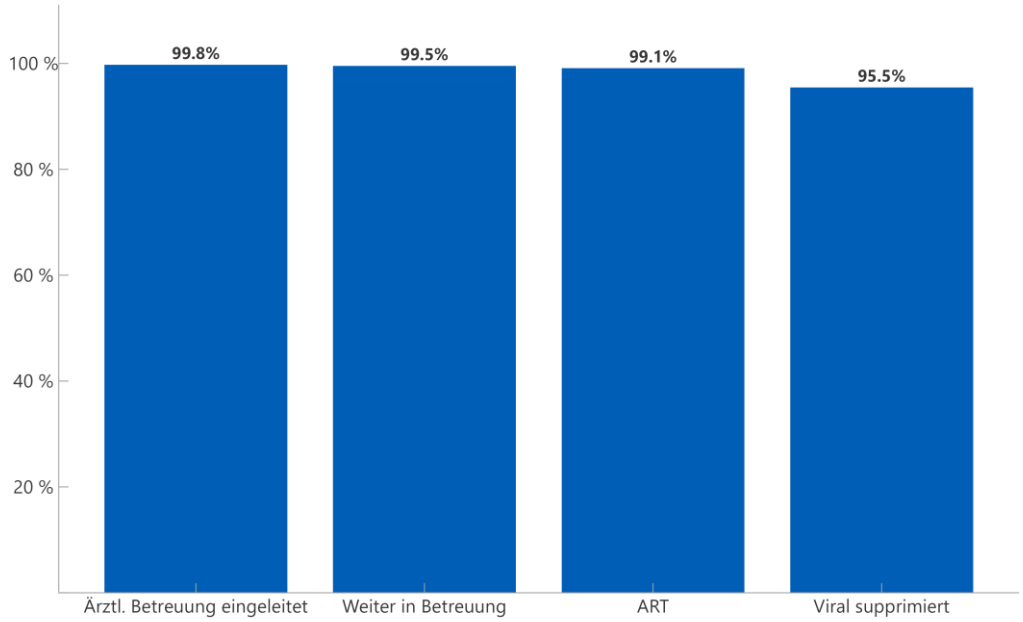
In Europa (und Deutschland) wird bei Menschen unter ART die HIV-RNA routinemäßig alle drei bis sechs Monate bestimmt, zu Beginn der Behandlung und bis zum Erreichen der Virussuppression häufiger [34]. Entsprechend war bei nahezu allen Befragten (98 %) innerhalb der letzten sechs Monate eine medizinische Verlaufskontrolle erfolgt. 1 % gab jedoch an, dass die letzte medizinische Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion mehr als 12 Monate zurücklag oder noch nie erfolgt war.

Für die Bildung der ECDC-Monitoringindikatoren zur HIV-Versorgung definierten wir eine jemals erfolgte medizinische Verlaufskontrolle der HIV-Infektion als **ärztliche Betreuung eingeleitet** (Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade) und eine Verlaufskontrolle in den letzten sechs Monaten als **weiter in Betreuung** (Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade). Der Anteil der MSM mit HIV-Diagnose, bei denen die ärztliche Betreuung eingeleitet wurde und die weiter in Betreuung sind, lässt sich anhand klinischer Daten, etwa aus HIV-Kohortenstudien, nur schwer bestimmen [35]. Nach den oben genannten Definitionen war deutschlandweit bei 100 % die **ärztliche Betreuung eingeleitet**, und 100 % waren **weiter in Betreuung** (**Abbildung 7.7**). Dass der letztgenannte Anteil höher ist als der Anteil mit einer medizinischen Verlaufskontrolle innerhalb der letzten sechs Monate (98 %), liegt daran, dass für den Indikator **weiter in Betreuung** auch der Erhalt einer ART als Hinweis auf eine fortbestehende medizinische Betreuung berücksichtigt wurde. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Viruslast in manchen Versorgungssettings seltener als alle sechs Monate bestimmt wird.

Bei den beiden folgenden Stufen der HIV-Versorgungskaskade erhielten 99 % der Befragten mit HIV-Diagnose eine **ART** (Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade; siehe **Kapitel 5**), und bei 95 % der Befragten mit HIV-Diagnose war die **Viruslast supprimiert** (Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade). Letzteres entspricht 96 % der Befragten unter antiretroviraler Behandlung.

Unter den EMIS-2024-Studienteilnehmenden mit HIV-Diagnose in Deutschland wurden 2024 das zweite (95 % der Menschen mit HIV-Diagnose erhalten ART) und das dritte (95 % der Menschen unter ART sind viral supprimiert) der drei UNAIDS-95-95-95-Ziele erreicht.

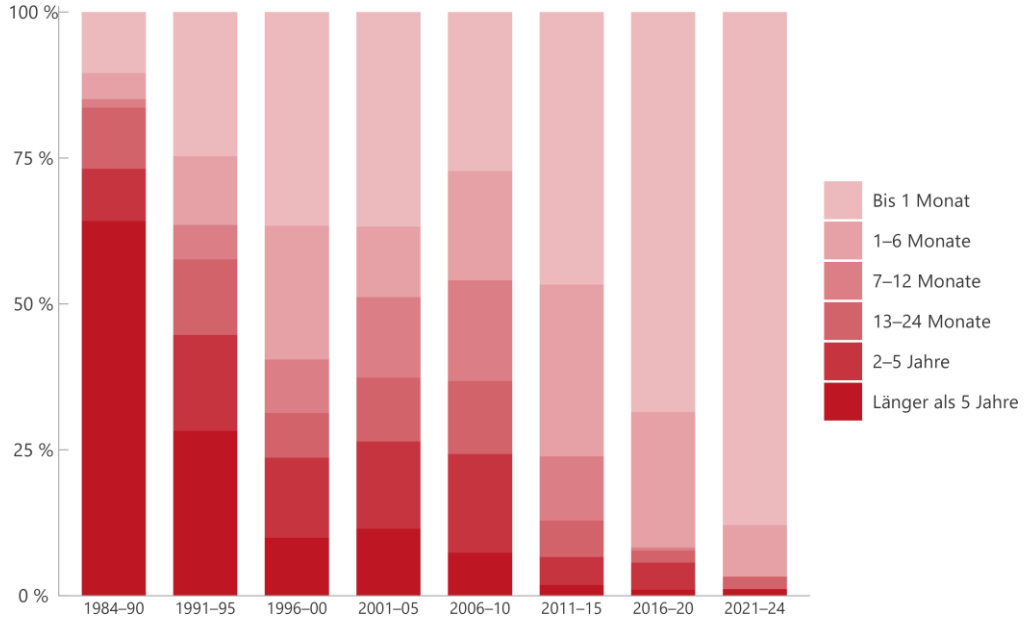
Abbildung 7.7 Klinische Stufen der HIV-Versorgungskaskade für MSM in Deutschland



7.7.4 Zeitpunkt des Beginns der ART

Ein rascher Beginn der antiretroviralen Therapie (ART) nach einer HIV-Diagnose ist sowohl für die individuelle Gesundheit als auch für die Verhinderung weiterer Übertragungen von entscheidender Bedeutung. **Abbildung 7.8** zeigt die Entwicklung des Zeitraums zwischen HIV-Diagnose und ART-Beginn im Zeitverlauf und verdeutlicht sowohl den vorübergehenden Einfluss der 1996 eingeführten Behandlungsstrategie „*Hit hard and early*“ als auch den langfristigen Trend zu einem immer früheren Behandlungsbeginn. Deutschlandweit begannen 88 % der zwischen 2021 und 2024 mit HIV diagnostizierten Befragten innerhalb eines Monats nach der Diagnose mit einer ART, weitere 9 % innerhalb von ein bis sechs Monaten. Im Vergleich zu Befragten, deren HIV-Diagnose in früheren Jahren erfolgt war, wurde die ART damit deutlich häufiger bereits kurz nach der Diagnose begonnen.

Abbildung 7.8 Dauer bis zum ART-Beginn nach Jahr der HIV-Diagnose (N = 1289)



7.7.5 Unfreiwillige Unterbrechung der antiretroviralen Therapie (ART)

Um den Jahreswechsel 2023/2024 kam es bei einigen Menschen in Europa, die eine antiretrovirale Therapie (ART) gegen HIV erhielten, zu Unterbrechungen ihrer Medikamenteneinnahme. Dafür gab es verschiedene Gründe, darunter Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsdiensten während der COVID-19-Pandemie. Hauptursache waren jedoch weltweite Lieferengpässe bei antiretroviralen Medikamenten infolge von Problemen bei Produktion, Verpackung und Transport; hinzu kamen weitere persönliche oder strukturelle Hindernisse für eine kontinuierliche Einnahme.

Die Häufigkeit und die Gründe solcher Unterbrechungen zu erfassen, ist wichtig, um Lücken in der HIV-Versorgungskaskade zu erkennen und einen gleichberechtigten Zugang zur ART sicherzustellen.

In EMIS-2024 wurden alle Studienteilnehmenden unter ART gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal eine unfreiwillige Unterbrechung Ihrer Behandlung mit HIV-Medikamenten erlebt?“* Nahezu alle Befragten (93 %) antworteten mit *„Nie“*; die übrigen berichteten von Unterbrechungen in der Vergangenheit. Etwa eine von 100 Personen (1,4 %) berichtete von einer unfreiwilligen Unterbrechung ihrer lebenswichtigen HIV-Medikamente um den Jahreswechsel 2023/2024. Unterbrechungen in anderen Jahren wurden seltener berichtet und unterschieden sich zwischen den Ländern. Der deutlich geringere Anteil unfreiwilliger ART-Unterbrechungen steht in starkem Gegensatz zu den wesentlich häufiger berichteten unfreiwilligen PrEP-Unterbrechungen.

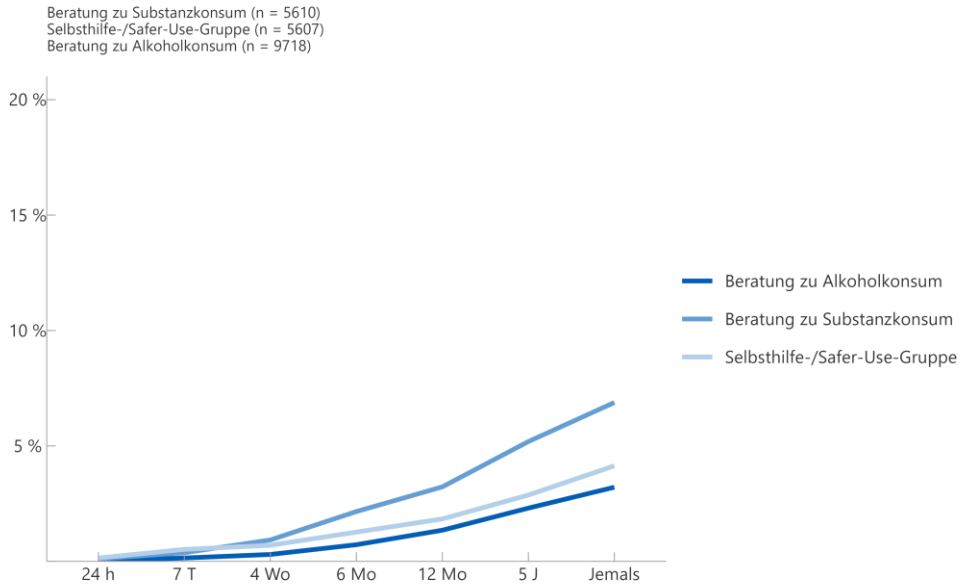
7.8 Angebote bei Alkohol- und Drogenkonsum

Angebote wie Beratung, Einzeltherapie und Gruppensitzungen können Menschen dabei unterstützen, ihren Alkohol- oder Drogenkonsum zu verändern, bis hin zur Abstinenz. Befragten, die in den letzten 12 Monaten Alkohol oder andere Substanzen konsumiert hatten – unabhängig vom Ausmaß des Konsums –, wurden drei Fragen zur Inanspruchnahme entsprechender Angebote gestellt:

- *„Haben Sie jemals eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen aufgesucht, weil Sie sich Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht haben?"*
- *„Haben Sie jemals eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen aufgesucht, weil Sie sich Sorgen hinsichtlich Ihres Drogenkonsums (außer Alkohol/ Nikotin) gemacht haben?"*
- *„Haben Sie jemals eine Drogen-Selbsthilfegruppe oder eine Drogenberatungsstelle aufgesucht, weil Sie sich Sorgen hinsichtlich Ihres Drogenkonsums gemacht haben (abgesehen von Alkohol- oder Nikotinentwöhnung)?"*

Bei jeder Frage konnten die Studienteilnehmenden anhand einer Skala angeben, wie lange dies zurücklag. **Abbildung 7.9** zeigt für die drei Angebote sowohl die Anteile für die einzelnen Antwortkategorien als auch die kumulierten Anteile der Befragten, die das jeweilige Angebot innerhalb der angegebenen Zeiträume in Anspruch genommen hatten.

Abbildung 7.9 Kumulativ: Nutzung von Gesundheitsangeboten wegen Drogen/Alkohol (bei Konsumierenden)



Unter den Befragten, die in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert hatten (92 % der deutschen Stichprobe), hatten 0,03 % wegen Sorgen hinsichtlich ihres Alkoholkonsums eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen aufgesucht. Unter Befragten, die in den letzten 12 Monaten illegale Drogen einschließlich Cannabis konsumiert hatten, hatten etwa eine von 33 Personen (3 %) wegen Sorgen hinsichtlich ihres Drogenkonsums eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen aufgesucht. Etwa eine von 50 Personen (1,8 %) hatte wegen ihres Drogenkonsums eine Drogen-Selbsthilfegruppe oder eine Drogenberatungsstelle aufgesucht.

7.9 Regionale Unterschiede bei Interventionen

Tabelle 7.15 Regionale Unterschiede bei Interventionen

Deutschland	Befragte	% mit Kontakt zu spezifischen Informationen über HIV/STI [a]	% mit Angebot einer Hepatitis-Impfung [b]	% vollständige HAV-Impfserie [c]	% vollständige HBV-Impfserie [d]	% mindestens eine HPV-Impfung	% mindestens eine Mpox-Impfung [e]
Gesamt	**10 592**	**86,8**	**69,4**	**69,1**	**68,4**	**10,3**	**28,5**
Bundesländer							
Baden-Württemb.	1223	87,1	67,8	67,3	65,6	9,2	22,0
Bayern	1435	87,9	69,2	67,3	67,8	10,2	24,8
Berlin	1570	91,0	80,3	77,6	77,1	14,3	53,0
Brandenburg	218	86,7	70,2	67,8	66,7	8,7	19,2
Bremen	89	(77,5)	(68,5)	(68,2)	(66,3)	(10,1)	(19,3)
Hamburg	438	92,2	76,0	74,2	75,4	11,0	43,2
Hessen	834	85,3	71,8	71,1	71,0	9,8	27,0
Mecklenburg-V.	107	80,4	57,9	56,3	55,4	8,4	10,4
Niedersachsen	667	81,9	56,6	58,8	59,1	7,8	16,9
Nordrhein-Westf.	2336	87,6	68,7	71,0	69,3	10,5	30,3
Rheinland-Pfalz	343	86,6	61,8	64,8	65,8	10,2	23,1
Saarland	127	85,0	66,7	65,6	65,3	10,2	10,2
Sachsen	495	82,2	69,4	71,8	68,0	7,7	12,0
Sachsen-Anhalt	171	81,3	58,0	54,0	54,5	6,4	11,2
Schleswig-Holstein	324	78,4	60,5	59,9	58,2	7,7	18,0
Thüringen	160	81,9	63,7	60,8	60,8	10,6	6,9
Städte							
Düsseldorf	176	88,6	71,0	76,8	75,9	9,7	40,9
Frankfurt	252	87,7	76,1	77,3	77,7	8,7	41,4
Hannover	124	89,5	64,5	62,1	68,3	11,3	25,4
Köln	551	91,8	78,2	84,3	82,3	12,5	47,4
Leipzig	144	88,2	70,6	70,4	69,6	9,7	10,5
München	488	90,2	79,9	81,2	80,4	13,3	41,4
Stuttgart	159	89,9	71,7	70,1	70,3	5,7	29,1

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).

[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B;
[e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Erkrankung. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 7.15 Regionale Unterschiede bei Interventionen (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% mit Beratung zu PrEP [a]	% mit HIV-Test [b]	% CBVCT [c]	% mit Einsendetest [c]	% mit Heimtest [c]	% mit STI-Test [d]	% mit Analabstrich [d]
Gesamt	**10 592**	**32,7**	**59,5**	**20,4**	**1,6**	**5,3**	**54,1**	**35,1**
Bundesländer								
Baden-Württemb.	1223	28,2	55,4	24,7	2,1	6,9	47,3	31,5
Bayern	1435	31,3	60,4	20,3	3,7	5,6	53,6	31,5
Berlin	1570	49,6	72,7	15,0	0,6	2,8	71,0	53,2
Brandenburg	218	24,5	53,6	15,9	1,1	7,4	46,3	30,3
Bremen	89	(28,6)	(50,6)	(28,4)	(4,1)	(8,1)	(52,8)	(33,7)
Hamburg	438	42,6	68,1	23,5	0,5	2,5	63,5	44,1
Hessen	834	28,8	56,1	22,0	1,9	6,0	51,4	35,3
Mecklenburg-V.	107	(12,2)	(42,9)	(17,3)	(0,0)	(9,3)	37,4	15,9
Niedersachsen	667	26,0	53,6	18,5	1,9	5,1	41,8	19,5
Nordrhein-Westf.	2336	36,4	61,7	21,2	1,1	5,3	57,3	36,9
Rheinland-Pfalz	343	25,7	60,3	18,5	2,1	9,4	49,0	30,0
Saarland	127	19,6	49,5	(21,6)	(1,0)	(3,1)	50,4	31,5
Sachsen	495	24,2	52,9	27,2	1,1	5,0	50,1	32,3
Sachsen-Anhalt	171	16,1	44,7	22,5	1,6	7,0	35,1	13,5
Schleswig-Holstein	324	24,4	46,8	16,9	0,8	4,5	38,0	22,2
Thüringen	160	15,4	47,6	16,9	1,7	7,6	36,2	20,0
Städte								
Düsseldorf	176	50,0	73,5	25,6	0,0	4,3	67,0	43,8
Frankfurt	252	41,1	67,4	24,0	1,3	3,1	68,7	50,4
Hannover	124	46,2	65,0	16,7	0,9	2,8	58,1	22,6
Köln	551	47,3	70,9	16,5	0,8	2,8	71,0	44,3
Leipzig	144	33,6	62,5	13,3	0,8	5,8	57,6	42,4
München	488	43,5	69,1	20,1	2,9	2,9	63,7	40,4
Stuttgart	159	27,4	54,0	28,4	1,4	4,3	46,5	30,8

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).

[a] jemals durch einen Gesundheitsdienst; [b] letzte 12 Monate, ohne Befragte mit früherer Diagnose; CBVCT: *community-based voluntary counselling and testing* (d.h. in einem Gesundheitsamt, einer Aidshilfe oder einem Checkpoint, [c] beim letzten STI-Test; [d] letzte 12 Monate. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Tabelle 7.15 Regionale Unterschiede bei Interventionen (Fortsetzung)

Deutschland	Befragte	% mit Partner-benachrichti-gung bei Gonor-rhö [a]	% ärztliche Betreuung eingeleitet [b]	% weiter in Betreuung [c]	% viral sup-primiert [d]	% mit Drogenber-atung/-selbsthilfe [a]
Gesamt	**10 592**	**83,4**	**99,8**	**99,5**	**95,4**	**1,8**
Bundesländer						
Baden-Württemb.	1223	(83,9)	100,0	99,1	98,2	1,6
Bayern	1435	74,0	100,0	100,0	95,3	0,4
Berlin	1570	85,2	100,0	100,0	95,3	4,0
Brandenburg	218	[70,0]	(100,0)	(95,5)	(95,5)	(0,0)
Bremen	89	[87,5]	[100,0]	[100,0]	[100,0]	(2,3)
Hamburg	438	(88,0)	(100,0)	(100,0)	(94,4)	1,5
Hessen	834	(77,2)	100,0	100,0	94,9	0,7
Mecklenburg-V.	107	[75,0]	[100,0]	[100,0]	[100,0]	(2,3)
Niedersachsen	667	(87,8)	(100,0)	(100,0)	(95,6)	2,6
Nordrhein-Westf.	2336	88,3	99,7	99,7	96,0	1,5
Rheinland-Pfalz	343	(92,6)	(97,1)	(94,2)	(91,0)	0,6
Saarland	127	[57,1]	[100,0]	[100,0]	[100,0]	(0,0)
Sachsen	495	(81,4)	(100,0)	(100,0)	(92,9)	2,6
Sachsen-Anhalt	171	[83,3]	[95,0]	[95,0]	[90,0]	(2,7)
Schleswig-Holstein	324	[86,7]	(100,0)	(100,0)	(96,3)	0,7
Thüringen	160	[55,6]	[100,0]	[100,0]	[86,7]	(2,8)
Städte						
Düsseldorf	176	(88,9)	(96,7)	(96,7)	(96,7)	(1,0)
Frankfurt	252	(70,6)	(100,0)	(100,0)	(92,1)	0,7
Hannover	124	[78,6]	[100,0]	[100,0]	[100,0]	(0,0)
Köln	551	(88,1)	100,0	100,0	100,0	3,1
Leipzig	144	[81,2]	[100,0]	[100,0]	[100,0]	(1,3)
München	488	(77,4)	(100,0)	(100,0)	(100,0)	0,3
Stuttgart	159	[90,0]	(100,0)	(100,0)	(95,7)	(4,9)

Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie weniger als 100 beträgt (N < 100).

[a] letzte 12 Monate; [b] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [c] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [d] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose. Bei der Interpretation regionaler Unterschiede sind die teilweise geringen Fallzahlen und Unterschiede in der Zusammensetzung der regionalen Stichproben zu berücksichtigen. Siehe hierzu Tabelle 3.15, den Hinweis zur Vergleichbarkeit zu Beginn von Kapitel 3 sowie die Analysen gesundheitlicher Ungleichheiten in Kapitel 9.

Literatur

1. Deutsche Aidshilfe (German AIDS Federation). *IWWIT: Ich weiss was ich tu (I know what I'm doing).* Berlin: Deutsche Aidshilfe; [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.iwwit.de

2. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mardh O, Varela C, Avellon A, *et al.* Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Euro Surveill.* 2018;23(33). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30131095

3. Zimmermann R, Faber M, Dudareva S, Ingiliz P, Jessen H, Koch J, *et al.* Hepatitis A outbreak among MSM in Berlin due to low vaccination coverage: Epidemiology, management, and successful interventions. *Int J Infect Dis.* 2021; 103:146–53. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33207272

4. WHO Regional Office for Europe. *Hepatitis A outbreaks in the European Region mostly affecting men who have sex with men*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.who.int/news/item/07-06-2017-hepatitis-a-outbreaks-mostly-affecting-men-who-have-sex-with-men-european-region-and-the-americas

5. Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, Duffell E, Severi E, Mozalevskis A, *et al.* Self-reported Hepatitis A and B vaccination coverage among men who have sex with men (MSM), associated factors and vaccination recommendations in 43 countries of the WHO European Region: Results from the European MSM Internet Survey, EMIS-2017. *Euro Surveill.* 2024;29(45). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39512170

6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Guidance on HPV vaccination in EU countries: Focus on boys, people living with HIV and 9-valent HPV vaccine introduction*. Stockholm: ECDC; 2020 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-on-HPV-vaccination-in-EU-countries2020-03-30.pdf

7. NHS. *HPV vaccine*. National Health Service (UK); 2023. Available from: https://www.nhs.uk/vaccinations/hpv-vaccine/?utm

8. Swiss Federal Office of Public Health FOPH. *[HPV: Complementary vaccination recommendation for boys and men aged 11 to 26 years].* Bulletin. 2015; 10:141–149 [Article in French and German]. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/Q2Kasul9eo7d/bu-10-25.pdf

9. Licata F, Scicchitano CA, Caracciolo MR, Bianco A. Evaluating HPV vaccination behavior and willingness to be vaccinated and associated factors among university students in Italy. *Vaccines* (Basel). 2025;13(4). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40333312

10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Public health considerations for mpox in EU/EEA countries – April 2023*. Stockholm: ECDC; 2023 [cited 2026 Aug 17]. Available from: : https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-considerations-mpox-eueea-countries

11. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and WHO-Europe. *Mpox, joint epidemiological overview*, 30 January 2025. Stockholm: ECDC; 2025. Available from: https://monkeypoxreport.ecdc.europa.eu

12. Orviz E, Negredo A, Ayerdi O, Vazquez A, Munoz-Gomez A, Monzon S, *et al.* Monkeypox outbreak in Madrid (Spain): Clinical and virological aspects. *J Infect.* 2022;85(4):412–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35830908

13. Candela C, Raccagni AR, Bruzzesi E, Bertoni C, Rizzo A, Gagliardi G, *et al.* Human monkeypox experience in a tertiary level hospital in Milan, Italy, between May and October 2022: Epidemiological features and clinical characteristics. *Viruses*. 2023;15(3). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36992376

14. Salvo PF, Farinacci D, Lombardi F, Ciccullo A, Tamburrini E, Santangelo R, *et al.* Clinical presentation of human monkeypox virus infection during the 2022 outbreak: Descriptive case series from a large Italian research hospital. *Virol J.* 2023;20(1):214. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37723564

15. Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, Cohen S, Grabow C, Brown CE, *et al.* Postexposure doxycycline to prevent bacterial sexually transmitted infections. *N Engl J Med.* 2023;388(14):1296–306. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37018493

16. Molina JM, Bercot B, Assoumou L, Rubenstein E, Algarte-Genin M, Pialoux G, *et al.* Doxycycline prophylaxis and meningococcal group b vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC): A multicentre, open-label, randomised trial with a 2 x 2 factorial design. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(10):1093–104. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38797183

17. Vanbaelen T, Manoharan-Basil SS, Kenyon C. Doxy-PEP could select for ceftriaxone resistance in Neisseria gonorrhoeae. *Lancet Infect Dis*. 2025;25(6): e316. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40280141

18. Werner RN, Schmidt AJ, Potthoff A, Spornraft-Ragaller P, Brockmeyer NH, German STI Society. Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (doxy-PEP, doxy-PrEP). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22(3):466–78. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38123738

19. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Public health considerations on the use of doxycycline for post-exposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections in the EU/EEA.* Stockholm: ECDC; 2026 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sti-cases-continue-rise-across-europe

20. Schmidt AJ, Kantwerk C, Kimmel S, Osswald W, Kohl J, Ahrens J, *et al. HIV- and STI-testing in community-based VCT centres in Germany. Half-Year Report 1/2025*. Berlin: Deutsche Aidshilfe; 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://profis.aidshilfe.de/wp-content/uploads/2025/07/CBVCT_sam_Report_2025-1-EN.pdf

21. Schink SB, Offergeld R, Schmidt AJ, Marcus U. Blood donor deferral policies across Europe and characteristics of men who have sex with men screened for human immunodeficiency virus in blood establishments: Data from the European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS). *Blood Transfus*. 2018;16(1):7–16. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28488974

22. Balakrishna S, Salazar-Vizcaya L, Schmidt AJ, Kachalov V, Kusejko K, Thurnheer MC, *et al.* Assessing the drivers of syphilis among men who have sex with men in Switzerland reveals a key impact of screening frequency: A modelling study. *PLoS Comput Biol*. 2021;17(10):e1009529. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34699524

23. Schmidt AJ, Weatherburn P, Wang H, Lutz T, Schewe K, Mauss S, *et al.* Still trouble with bleeding: Risk factors for HCV transmission in men who have sex with men and behavioural trajectories from 2019 to 2021. *HIV Med*. 2024;25(8):976–89. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38803112

24. Schmidt AJ, Hickson F, Weatherburn P, Marcus U. Comparison of the performance of STI screening services for gay and bisexual men across 40 European cities. Results from the European MSM Internet Survey. *Sex Transm Infect*. 2013;89(7):575–582 (http://sti.bmj.com/content/89/7/575).

25. Doran J, Weatherburn P, Hickson F, Marcus U, Reid D, Schmidt AJ. An update on the performance of STI services for gay and bisexual men across European cities: Results from the 2017 European MSM Internet Survey. *Sex Transm Infect*. 2021;97(3):201–8.

26. Kenyon C, Herrmann B, Hughes G, Vries HJC de. Management of asymptomatic sexually transmitted infections in europe: Towards a differentiated, evidence-based approach. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;34:100743. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37927435

27. Schmidt AJ, Marcus U. What's on the rise in Sexually Transmitted Infections? *Lancet Reg Health Eur*. 2023;34:100764. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37927434

28. Vanbaelen T, Van Dijck C, De Baetselier I, Florence E, Reyniers T, Vuylsteke B, *et al.* Screening for STIs is one of the main drivers of macrolide consumption in PrEP users. *Int J STD AIDS*. 2021;32(12):1183–4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34139924

29. Vanbaelen T, Tsoumanis A, Florence E, Van Dijck C, Huis In 't Veld D, Sauvage AS, *et al.* Effect of screening for neisseria gonorrhoeae and chlamydia trachomatis on incidence of these infections in men who have sex with men and transgender women taking HIV pre-exposure prophylaxis (the gonoscreen study): Results from a randomised, multicentre, controlled trial. *Lancet HIV*. 2024;11(4):e233–44. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38423024

30. 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 (ECDC); 2019 [cited 2026 Aug 17]. Report No.: ISBN 978-92-9498-341-1. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2017

31. Dudareva-Vizule S, Haar K, Sailer A, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Marcus U, *et al.* Prevalence of pharyngeal and rectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among men who have sex with men in Germany. *Sex Transm Infect*. 2014;90(1):46–51.

32. The EMIS Network. *EMIS-2010 – the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://www.emis-project.eu/european-report-2010

33. Nerlander L, Champezou L, Gomes Dias J, Aspelund G, Berlot L, Constantinou E, *et al.* Sharp increase in gonorrhoea notifications among young people, EU/EEA, July 2022 to June 2023. *Euro Surveill*. 2024;29(10). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38456219

34. European AIDS Clinical Society (EACS). *Guidelines version 13.0.* Brussels: EACS; 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://eacs.sanfordguide.com

35. Kohler P, Schmidt AJ, Cavassini M, Furrer H, Calmy A, Battegay M, *et al.* The HIV care cascade in Switzerland: Reaching the UNAIDS/WHO targets for patients diagnosed with HIV. *AIDS*. 2015;29(18):2509–15. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26372488

36. Cremer A, Reintjes R, Schulte B, Kantwerk C, Schmidt AJ. Auswirkungen der Aufhebung des Arztvorbehaltes für HIV-, Hepatitis-C- und Syphilis-Schnelltests in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes [Impact of a national policy change on rapid diagnostic testing for HIV, hepatitis C and syphilis by lay providers in community-based organisations and local public health centres: a cross-sectional study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2025;68(10):1194–1203. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40828249

Kapitel 8: Trans-Community

Dieses Kapitel enthält Daten zu unseren Variablen für die Teilstichprobe der trans und nicht-binären Befragten. Wir haben vier Untergruppen identifiziert:

1. Trans Männer, die „*Mann*“ als Geschlechtsidentität und „*weiblich*“ als bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht angaben;
2. Trans Frauen, die „*Frau*“ als Geschlechtsidentität und „*männlich*“ als bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht angaben;
3. nicht-binäre AFAB-Personen, die „*Nicht-binär*“ als Geschlechtsidentität und „*weiblich*“ als bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht angaben;
4. nicht-binäre AMAB-Personen, die „*Nicht-binär*“ als Geschlechtsidentität und „*männlich*“ als bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht angaben [1].

Wir haben uns dafür entschieden, die nicht-binären Personen diesen beiden zuletzt genannten Untergruppen zuzuordnen, um Themen, die sich in Abhängigkeit von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht deutlich unterscheiden können – beispielsweise Erkrankungen und Verhaltensweisen –, besser untersuchen und darstellen zu können [2].

Die Bedarfe und Verhaltensweisen von trans und nicht-binären Menschen können sich von denen cisgeschlechtlicher MSM unterscheiden. Einige unserer Variablen untersuchten daher spezifische Aspekte, die für diese Gruppen relevant sind:

(a) geschlechtsangleichendeVersorgung,
(b) transnegative Diskriminierung,
(c) transnegativer Missbrauch
(d) gefühlte Zugehörigkeit zur Trans-Community.

In diesem Kapitel betrachten wir daher die entsprechenden binären Indikatoren unter trans und nicht-binären Befragten. Der Kürze halber bezeichnen wir die vier betrachteten Gruppen im Folgenden zusammenfassend als *„Transgender-Gruppen“*.

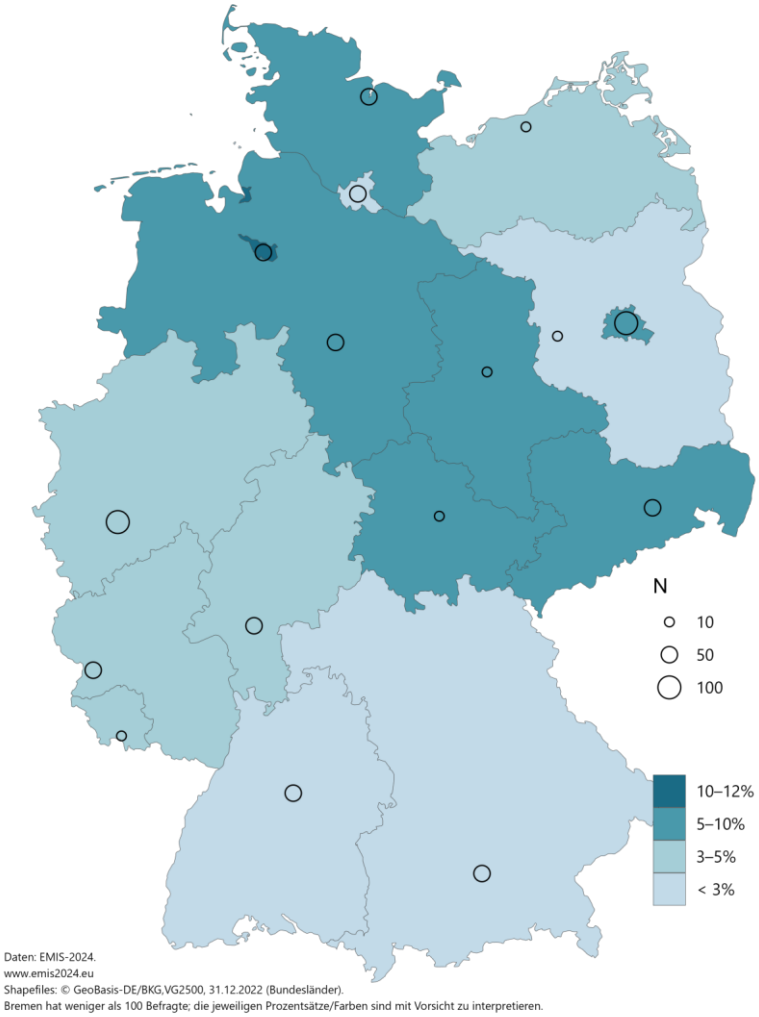
Für die vier Transgender-Gruppen berichten wir insgesamt 90 Gesundheitsindikatoren:

- 16 demografische Indikatoren,
- 17 Morbiditätsindikatoren,
- 27 Verhaltensindikatoren,
- 12 Bedarfsindikatoren und
- 18 Interventionsindikatoren.

8.1 Demografie

Die in diesem Abschnitt berichteten Variablen beziehen sich auf Merkmale der Studienteilnehmenden und ihrer Lebenssituation, die durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht verändert werden können oder in der Regel nicht verändert werden sollen. Mit anderen Worten gibt es bei diesen Fragen keine „bevorzugte" Antwort, auch wenn sich die Zielsetzungen einzelner Programme auf diese Merkmale beziehen können. Aus Sicht der Förderung sexueller Gesundheit beschreiben die in diesem Abschnitt berichteten Merkmale teilweise wichtige Zielgruppen für Interventionen (z. B. trans Frauen). **Karte 8.1** zeigt Anzahl und Anteil der trans und nicht-binären Befragten, die sich zugleich der Trans-Community zugehörig fühlten, und verdeutlicht damit erhebliche regionale Unterschiede innerhalb Deutschlands.

Karte 8.1 Anzahl der trans und nicht-binären Befragten, die sich als Teil der Trans-Community verstehen und Anteil an der Stichprobe nach Bundesland (N = 575)

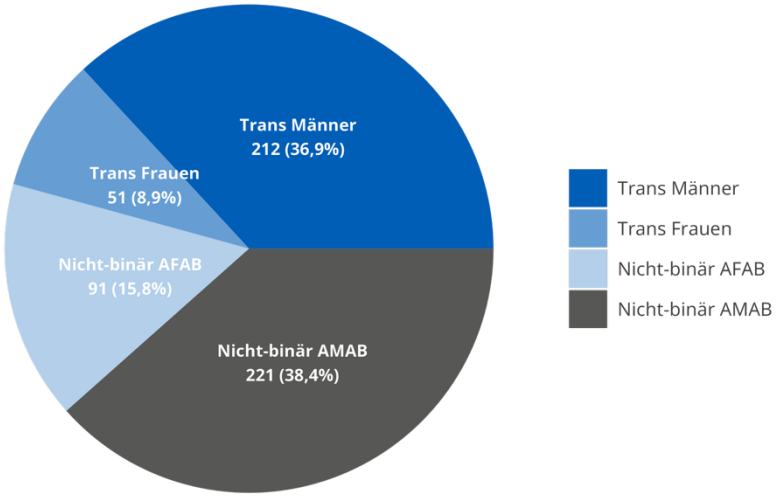


Der Anteil trans und nicht-binärer Befragter (einschließlich Befragter, denen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde) war in Bremen besonders hoch: Sie stellten dort 11 der insgesamt 89 Befragten.

8.1.1 Transgender-Gruppen

In diesem Abschnitt werden die demografischen Merkmale von 575 in Deutschland lebenden Befragten beschrieben: 212 trans Männer, 51 trans Frauen, 91 nicht-binäre AFAB-Personen und 221 nicht-binäre AMAB-Personen.

Abbildung 8.1 Anzahl trans und nicht-binärer Befragter (N = 575)



Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Was ist Ihre Geschlechtsidentität?"* Als Antwortmöglichkeiten standen *„Mann"*, *„Frau"* und *„Nicht-binär"* zur Verfügung. Anschließend wurden sie gefragt: *„Welches Geschlecht wurde Ihnen bei Geburt zugewiesen?"* mit den Antwortmöglichkeiten *„männlich"* und *„weiblich"*.

Befragte, die als Geschlechtsidentität *„Mann"* und als bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht *„weiblich"* angegeben hatten, wurden als *„Trans Männer"* kategorisiert. Befragte mit der Geschlechtsidentität *„Frau"* und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht *„männlich"* wurden als *„Trans Frauen"* kategorisiert. Befragte mit der Geschlechtsidentität *„Nicht-binär"* wurden danach unterschieden, welches Geschlecht ihnen bei der Geburt zugewiesen worden war: *nicht-binär AFAB* bei *„weiblich"* und *nicht-binär AMAB* bei *„männlich"*.

Die trans und nicht-binäre Teilstichprobe bestand überwiegend aus trans Männern (37 %) und nicht-binären AMAB-Befragten (38 %). Weitere 16 % waren nicht-binäre AFAB-Befragte und 9 % trans Frauen.

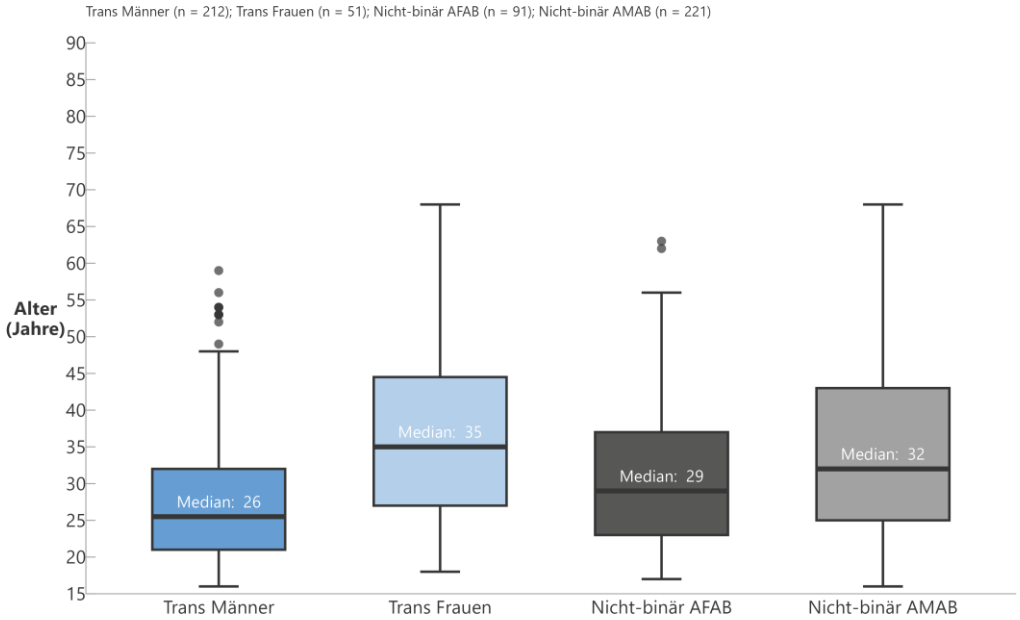
Befragte, deren angegebene Geschlechtsidentität von dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abwich (d. h. die nicht die Kombination *„Mann–männlich"* oder *„Frau–weiblich"* angegeben hatten), wurden gefragt: *„Sie haben angegeben, dass Ihre Geschlechtsidentität vom Ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht abweicht: Identifizieren Sie sich als Teil der Trans-Community?"* Als Antwortmöglichkeiten standen *„Ja"*, *„Nein"* und *„Ich weiß nicht"* zur Verfügung.

Hohe Anteile der trans Männer und trans Frauen identifizierten sich als Teil der Trans-Community (92 % bzw. 94 %). Unter nicht-binären Befragten waren diese Anteile niedriger. Von den nicht-binären AFAB-Befragten identifizierten sich 86 % als Teil der Trans-Community, während 11 % sich nicht sicher waren. Unter den nicht-binären AMAB-Befragten identifizierten sich 46 % als Teil der Trans-Community, 24 % waren sich nicht sicher und 30 % gaben ausdrücklich an, sich nicht als Teil der Trans-Community zu identifizieren. **Dies ist relevant, da viele der nachfolgenden Fragen nur Befragten gestellt wurden, die sich als Teil der Trans-Community identifizierten.**

8.1.2 Alter

Das mediane Alter der trans und nicht-binären Befragten lag bei 29 Jahren (IQR: 23–38) und damit deutlich niedriger als in der cisgeschlechtlichen Teilstichprobe (Median: 40 Jahre). Trans Frauen und nicht-binäre AMAB-Befragte waren mit einem medianen Alter von 35 bzw. 32 Jahren älter. Trans Männer und nicht-binäre AFAB-Befragte waren dagegen mit einem medianen Alter von 26 bzw. 29 Jahren jünger. **Abbildung 8.2** veranschaulicht diese Unterschiede.

Abbildung 8.2 Altersverteilung, nach Transgender-Gruppen



8.1.3 Migrationsgeschichte

Allen Studienteilnehmenden wurde die Frage gestellt: „*Wurden Sie in Deutschland geboren?*“; als Antwortmöglichkeiten standen „*Ja*“ oder „*Nein*“ zur Auswahl. Insgesamt gaben 12 % an, dass sie nicht in dem Land geboren wurden, in dem sie derzeit leben. Alle Studienteilnehmende wurden gefragt: „*In welchem Land wurden Sie geboren? (Falls das Land nicht mehr existiert, wählen Sie bitte das Land, das Ihrem Geburtsland am ehesten entspricht)*“ und erhielten eine Liste von Ländern zur Auswahl. **Tabelle 8.1** fasst die Antworten nach Kontinenten zusammen (sowohl für diejenigen, die in Deutschland geboren wurden, als auch für diejenigen, die nicht in Deutschland geboren wurden).

Tabelle 8.1 Migrationsgeschichte (N = 575)

Geburtsland nach Kontinenten*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Kontinentaleuropa	98,1	88,2	97,8	93,7	95,5
Weitere Länder in der Europäischen WHO-Region: Armenien, Aserbaidschan, Zypern, Georgien, Israel, Kasachstan, Türkei; sowie franz. bzw. brit. Überseegebiete	0,0	2,0	0,0	1,4	0,7
Nordamerika und Karibik	0,5	2,0	2,2	0,5	0,9
Südamerika	0,0	2,0	0,0	2,3	1,0
Afrika	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2
Asien	0,9	3,9	0,0	2,3	1,6
Australien und Ozeanien	0,0	2,0	0,0	0,0	0,2
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0.

Nahezu alle trans und nicht-binären Befragten (96 %) waren in Europa geboren. Unter den außerhalb Europas geborenen Befragten waren Asien und Südamerika die häufigsten Geburtsregionen. Alle Studienteilnehmenden, die nicht in ihrem Wohnsitzland geboren waren, wurden gefragt: *„Warum sind Sie nach Deutschland gekommen?“* Die Antwortmöglichkeiten und ihre Verteilung sind in **Tabelle 8.2** dargestellt.

Tabelle 8.2 Grund für die Migration

Grund für die Migration	Trans Männer (%) N = 12	Trans Frauen (%) N = 10	Nicht-binär AFAB (%) N = 10	Nicht-binär AMAB (%) N = 39	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 71*
Ich bin bereits als Kind hierhergekommen.	16,7	22,2	44,4	17,1	21,5
Zum Studieren	58,3	22,2	22,2	40,0	38,5
Zum Arbeiten	41,7	33,3	11,1	40,0	35,4
Um näher bei meinem*meiner Partner*in zu sein	16,7	22,2	0,0	8,6	10,8
Um offener als schwuler/bisexueller/trans Mensch leben zu können	33,3	33,3	22,2	42,9	36,9
Um Asyl zu beantragen	16,7	0,0	11,1	14,3	12,3
Ich kam als Flüchtling.	8,3	0,0	11,1	8,6	7,7
Ich wurde gegen meinen Willen hierhergebracht.	0,0	0,0	0,0	2,9	1,5
Andere Antwort	0,0	11,1	11,1	17,1	12,3

Hinweis: Die Zeilenprozente ergeben nicht 100 %, da mehrere Antworten möglich waren.
*fehlende Angaben: n = 6.

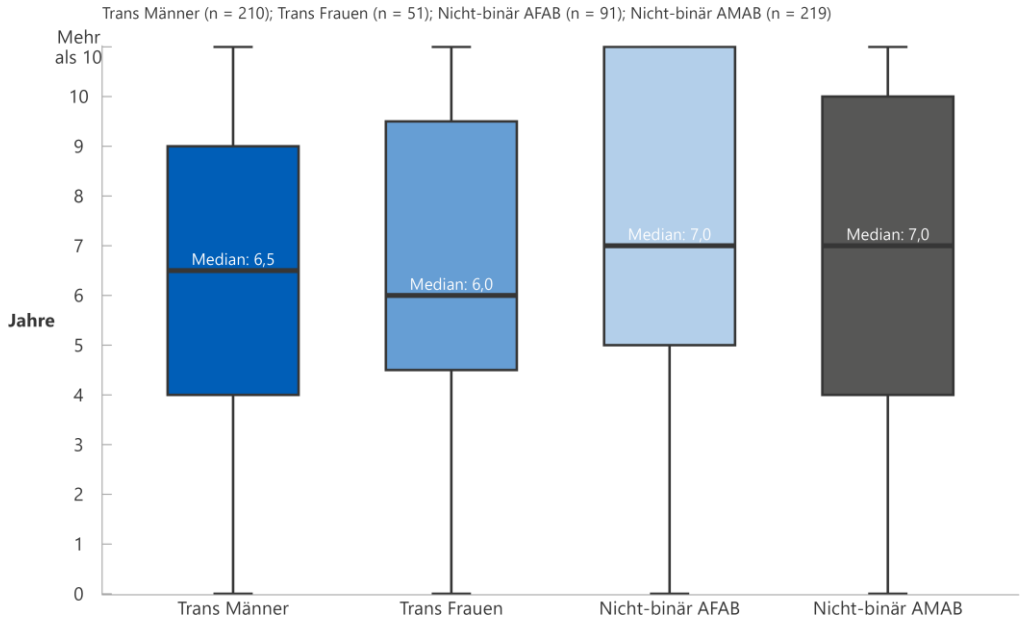
Die drei am häufigsten genannten Gründe für die Migration nach Deutschland unter trans und nicht-binären Befragten waren *„zum Studieren“* (38 %), *„um offener als schwuler/bisexueller/trans/queerer Mensch leben zu können“* (37 %) und *„zum Arbeiten“* (35 %). 12 % waren nach Deutschland gekommen, um Asyl zu beantragen, und 8 % als Geflüchtete.

8.1.4 Bildung

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: „*Wie viele Jahre haben Sie seit Ihrem 16. Lebensjahr Vollzeit in Schule, einer Ausbildung oder an einer (Fach-)Hochschule zugebracht?*“ **Abbildung 8.3** vergleicht die mediane Anzahl der Jahre in Vollzeitausbildung nach dem 16. Lebensjahr zwischen den vier Transgender-Gruppen. Zwar gibt es internationale Empfehlungen für die Zuordnung von Ausbildungsjahren zu ISCED-Bildungsabschlüssen [3], in diesem Bericht wird jedoch unmittelbar die Anzahl der Jahre in Vollzeitausbildung nach dem 16. Lebensjahr dargestellt.

Unter trans und nicht-binären Befragten lag die mediane Dauer der Vollzeitausbildung nach dem 16. Lebensjahr bei sieben Jahren und unterschied sich nur wenig zwischen den Gruppen. Die große Mehrheit (98 %) gab an, nach dem 16. Lebensjahr zumindest zeitweise eine Vollzeitausbildung absolviert zu haben; 62 % berichteten mehr als fünf Jahre. Im gesamten Bericht werden Befragte mit mehr als fünf Jahren Vollzeitausbildung nach dem 16. Lebensjahr als Befragte mit höherer Bildung eingestuft.

Abbildung 8.3 Jahre in Ausbildung/Studium nach dem 16. Lebensjahr



Anschließend wurden die Teilnehmenden gefragt: „*Was beschreibt Ihre derzeitige berufliche Stellung am besten?*“, und wir haben die Antwortmöglichkeiten in **Tabelle 8.3** aufgeführt.

Tabelle 8.3 Derzeitige berufliche Stellung

Derzeitige berufliche Stellung N = 572*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Vollzeitbeschäftigt	33,8	35,3	22,0	30,0	30,6
Teilzeitbeschäftigt	11,9	25,5	24,2	19,1	17,8
Selbstständig	3,3	7,8	8,8	9,1	6,8
Arbeitslos	7,1	9,8	5,5	8,6	7,7
Studierend	30,5	11,8	30,8	19,1	24,5
Berentet/(Früh)Pension	1,0	3,9	0,0	2,3	1,6
Längerfristig krankgeschrieben / Erwerbsunfähigkeits-	6,7	2,0	3,3	5,9	5,4
Anderes	5,7	3,9	5,5	5,9	5,6
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 3.

Die meisten trans und nicht-binären Befragten befanden sich entweder noch in Ausbildung/Studium (24 %) oder waren vollzeitbeschäftigt (31 %); 8 % waren arbeitslos. Dieses Muster entspricht der vergleichsweisen jungen Altersstruktur der Befragten.

8.1.5 Finanzielle Situation

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: „*Welche der folgenden Aussagen entspricht Ihrer gefühlten Einkommenssituation am besten?*“; als Antwortmöglichkeiten wurden die in **Tabelle 8.4** aufgeführten Optionen angeboten.

Tabelle 8.4 Gefühlte Einkommenssituation

Financial coping N = 569*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein sehr komfortables Leben.	3,8	9,8	5,5	7,8	6,2
Mein aktuelles Einkommen erlaubt mir ein komfortables Leben.	30,8	23,5	40,7	35,2	33,5
Mit meinem aktuellen Einkommen kann ich zwar nicht komfortabel leben, muss mich aber auch nicht abkämpfen	37,5	47,1	37,4	32,9	36,6
Mit meinem aktuellen Einkommen komme ich kaum über die Runden.	19,2	15,7	9,9	16,0	16,2
Mit meinem aktuellen Einkommen komme ich gar nicht über die Runden.	8,7	3,9	6,6	8,2	7,7
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 6.

Während 24 % der trans und nicht-binären Befragten finanzielle Schwierigkeiten hatten, lag dieser Anteil unter Befragten im Langzeitkrankenstand oder im vorzeitigen Ruhestand aus gesundheitlichen Gründen bei 25 % und unter Arbeitslosen bei 26 %. Insgesamt gaben 40 % an, mit ihrem derzeitigen Einkommen gut zurechtzukommen.

8.1.6 Sexuelle Orientierung

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: „*Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich selbst definieren?*“ Die in **Tabelle 8.5** aufgeführten Antwortmöglichkeiten dargestellten Antwortmöglichkeiten wurden angeboten. In der trans und nicht-binären Teilstichprobe bezeichneten sich 28 % als *bisexuell* und 30 % als *schwul/lesbisch oder homosexuell*. Trans Männer (41 %) und nicht-binäre AMAB-Befragte (33 %) bezeichneten sich häufiger als *schwul/lesbisch oder homosexuell* als nicht-binäre AFAB-Befragte (13 %) und trans Frauen (6 %). Über alle vier Gruppen hinweg bezeichneten sich lediglich 1,9 % als *heterosexuell*; unter trans Frauen war dieser Anteil mit 18 % am höchsten. Insgesamt bevorzugten 28 % eine *andere, nicht in der Liste aufgeführte Bezeichnung*, und 13 % verwendeten *keine Bezeichnung*.

Tabelle 8.5 Sexuelle Identität

Sexuelle Identität N = 575*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Schwul/lesbisch/homosexuell	40,6	5,9	13,2	33,0	30,3
Bisexuell	32,5	31,4	25,3	22,6	27,5
Heterosexuell	0,0	17,6	0,0	0,9	1,9
Andere Bezeichnung	16,5	31,4	45,1	29,9	27,5
Für gewöhnlich benutze ich keine Bezeichnung	10,4	13,7	16,5	13,6	12,9
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* fehlende Angaben: n = 0.

8.1.7 Partnerschaftsstatus

Allen Studienteilnehmenden wurde die Frage gestellt: „*Sind Sie derzeit in einer festen Beziehung mit einem*einer Partner*in/Ehepartner*in, das heißt: Sie sind kein ‚Single‘?*“ Dabei standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: „*Nein, ich bin Single*“, „*Ja, ich lebe in einer festen Beziehung*“, „*Ich bin mir nicht sicher/es ist kompliziert*“. Teilnehmende, die angaben, in einer festen Beziehung zu leben, wurden anschließend gefragt: „*Sind Sie derzeit in einer festen Beziehung mit … (Mehrere Angaben möglich)?*“ und erhielten folgende Antwortmöglichkeiten: „*Einem Mann*“, „*Mehreren Männern*“, „*Einer nicht-binären Person*“, „*Mehreren nicht-binären Personen*“, „*Einer Frau*“, „*Mehreren Frauen*“ (**Tabelle 8.6**).

Tabelle 8.6 Anteil mit einem aktuellen ‚festen Partner‘ und Art der Partnerschaft

Derzeitige Partnerschaft		Art der Partnerschaft	
N = 575*	%	N = 230	%
Alleinstehend	50,8		
Feste Beziehung	40,0	Ein Mann	52,6
		Mehrere Männer	7,4
		Eine nicht-binäre Person	20,4
		Mehrere nicht-binäre Personen	7,4
		Eine Frau	27,0
		Mehrere Frauen	2,2
Kompliziert	9,2		
Gesamt	**100,0**		

* fehlende Angaben: n = 0

8.1.8 Transaktionaler Sex

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal einen Mann für Sex bezahlt? Unter Bezahlung verstehen wir, dass Sie ihm Geld, Drogen, Geschenken oder Gefälligkeiten für Sex gegeben haben.“*; und: *„Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Mann für Sex bezahlt? Unter Bezahlung verstehen wir, dass Ihnen Geld, Drogen, Geschenke oder Gefälligkeiten für Sex gegeben wurden.“*

Unter trans und nicht-binären Befragten hatten mehr Personen Geld für Sex erhalten als selbst für Sex bezahlt – sowohl jemals (20 % *vs.* 6 %) als auch in den letzten 12 Monaten (8 % *vs.* 2 %).

Dieses Muster zeigte sich in allen vier Gruppen. Zwischen den Gruppen bestanden jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Befragten, die Geld für Sex erhalten bzw. selbst für Sex bezahlt hatten (**Abbildung 8.4**).

Bezahlung für Sex erhalten

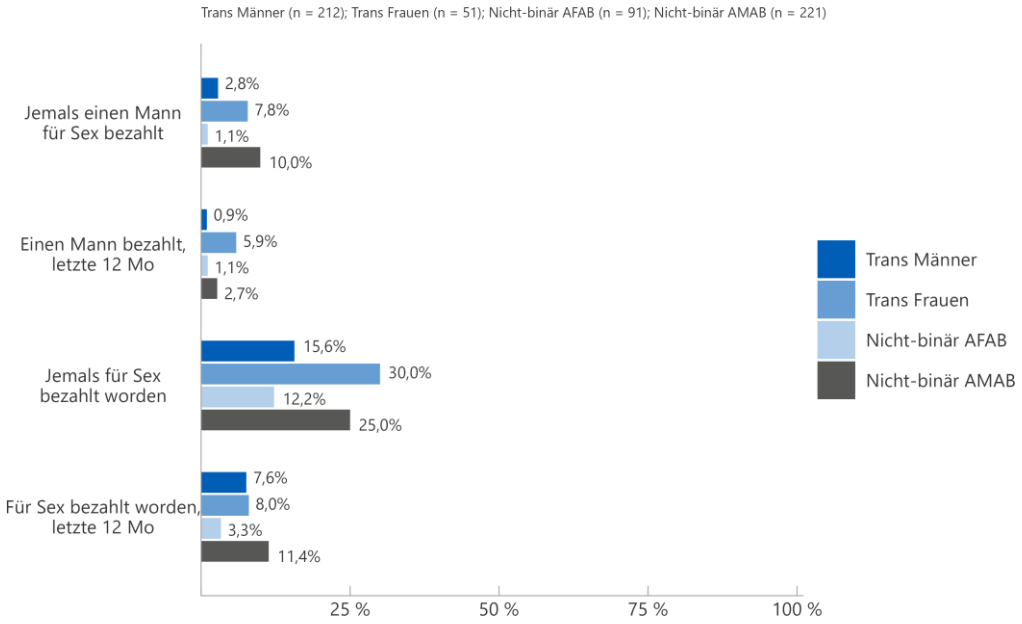
Trans Frauen hatten am häufigsten Geld von einem Mann für Sex erhalten, sowohl jemals (30 %) als auch in den letzten 12 Monaten (8 %).

Für Sex bezahlt

Nicht-binäre AMAB-Befragte berichteten am häufigsten, einem Mann Geld für Sex gegeben zu haben, sowohl jemals (10 %) als auch in den letzten 12 Monaten (3 %).

Von den trans Frauen hatten 8 % jemals einem Mann Geld für Sex gegeben. Unter trans Männern lag dieser Anteil bei 3 % und unter nicht-binären AFAB-Befragten bei 1,1 %.

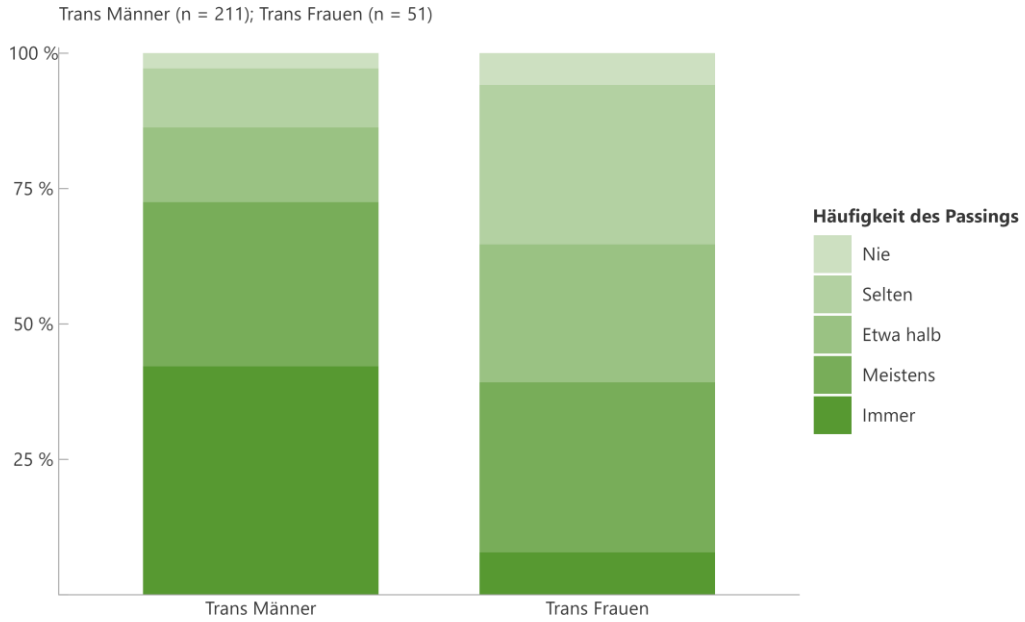
Abbildung 8.4: Transaktionaler Sex, nach Transgender-Gruppe



8.1.9 Passing

Angesichts der Rolle, die dies für andere Variablen wie psychische Gesundheit und Diskriminierung spielen kann, haben wir (binäre) trans Personen gefragt: *„Wie oft erleben Sie ‚Passing'?"*. Mit *„Passing"* meinen wir, dass sie von Fremden gemäß ihrer Geschlechtsidentität und nicht gemäß dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht wahrgenommen werden (z. B. wird ein trans Mann von jemandem, der nicht weiß, dass er trans ist, als Mann und nicht als Frau eingestuft). Folgende Antworten waren möglich: *„Immer"*, *„meistens"*, *„in Hälfte der Fälle"*, *„selten"* und *„nie"*. **Abbildung 8.5** zeigt die Antworten.

Abbildung 8.5: Passing (als eigene Geschlechtsidentität wahrgenommen werden)



Etwa drei von vier Befragten (74 %) berichteten, mindestens die Hälfte der Zeit als ihrem Geschlecht entsprechend wahrgenommen zu werden („Passing"). Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen: Unter trans Männern lag dieser Anteil bei 86 %, unter trans Frauen bei 65 %.

8.2 Morbiditäten

Morbidität umfasst sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Das übergeordnete Ziel von Gesundheitsprogrammen besteht darin, Morbidität zu verringern und zu verhindern. EMIS-2024 erfasste zwei Bereiche der Morbidität im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit: Psychische Gesundheit und sexuell übertragene Infektionen.

8.2.1 Psychische Gesundheit

Trans und nicht-binäre Menschen weisen im Allgemeinen eine schlechtere psychische Gesundheit auf als cisgeschlechtliche Menschen [4, 5]. Sie sind häufiger psychisch belastet und erhalten häufiger Diagnosen psychischer Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. Zudem treten Suizidgedanken bei ihnen häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung [6–8].

8.2.1.1 Angstzustände/Depressionen

Zur Erfassung des psychischen Wohlbefindens verwendeten wir den *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4) [9], ein kurzes klinisches Screening Instrument zur gemeinsamen Erfassung von Angst- und Depressionssymptomen. Das Instrument dient nicht der Diagnosestellung und kann die Prävalenz psychischer Belastungen überschätzen; aufgrund seiner Kürze und einfachen Interpretierbarkeit wurde es dennoch für die Erhebung ausgewählt.

Allen Studienteilnehmenden wurde die Frage gestellt: *„Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?“* Dabei standen die folgenden vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: *„Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung“*, *„sorgenvolle Gedanken, die sich nicht stoppen oder kontrollieren lassen“*; *„wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten“*; *„Gefühle der Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit“*. Die Antwortmöglichkeiten lauteten: *„Gar nicht“* (0 Punkte); *„An einzelnen Tagen“* (1 Punkt); *„An mehr als der Hälfte der Tage“* (2 Punkte); *„Beinahe jeden Tag“* (3 Punkte). Die Gesamtpunktzahl ergibt einen Wert von 0 bis 12, der in vier Kategorien eingeteilt werden kann. **Tabelle 8.7** zeigt den Anteil der trans und nicht-binären Befragten in jeder Kategorie zusammen mit der Standardauslegung dieser validierten Skala.

Tabelle 8.7 PHQ-4-Score (Angst und Depression)

PHQ-4-Score	Interpretation	N*	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)
0–2	Normal	127	22,3	19,6	27,5	16,5	26,1
3–5	Leichte Angst/Depression	206	36,2	40,2	21,6	40,7	33,9
6–8	Mittelschwere Angst/ Depressi-	110	19,3	20,6	15,7	22,0	17,9
9–12	Schwere Angst-Depression	126	22,1	19,6	35,3	20,9	22,0
Gesamt		**569**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 6.

Etwa zwei von fünf trans und nicht-binären Befragten (41 %) berichteten in den letzten zwei Wochen mindestens *moderate* Angst- und Depressionssymptome; 22 % wiesen *schwere* Angst- und Depressionssymptome auf. Zwischen den Gruppen zeigten sich nur geringe Unterschiede.

8.2.1.2 Suizidgedanken

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Wie oft haben Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt?“*, gefolgt von der Aussage: *„Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich selbst verletzen möchten“* (**Tabelle 8.8a**), sowie *„Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen“* (**Tabelle 8.8b**). Die letzte Spalte enthält jeweils den Anteil für alle trans nicht nicht-binären Befragten.

Tabelle 8.8a Gedanken an Tod oder Selbstverletzung in den letzten zwei Wochen (N = 573)

Gedanken daran, dass Sie lieber tot wären oder sich selbst verletzten möchten?*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Überhaupt nicht	63,5	43,1	60,4	59,5	59,7
An manchen Tagen	24,2	27,5	29,7	24,1	25,3
An mehr als der Hälfte der Tage	5,7	19,6	4,4	7,3	7,3
Fast jeden Tag	6,6	9,8	5,5	9,1	7,7
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2.

Tabelle 8.8b Suizidgedanken in den letzten zwei Wochen (N = 573)

Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen?*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Überhaupt nicht	81,5	56,9	76,9	71,8	74,9
An manchen Tagen	10,4	31,4	19,8	19,1	17,1
An mehr als der Hälfte der Tage	2,8	7,8	1,1	5,0	3,8
Fast jeden Tag	5,2	3,9	2,2	4,1	4,2
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2.

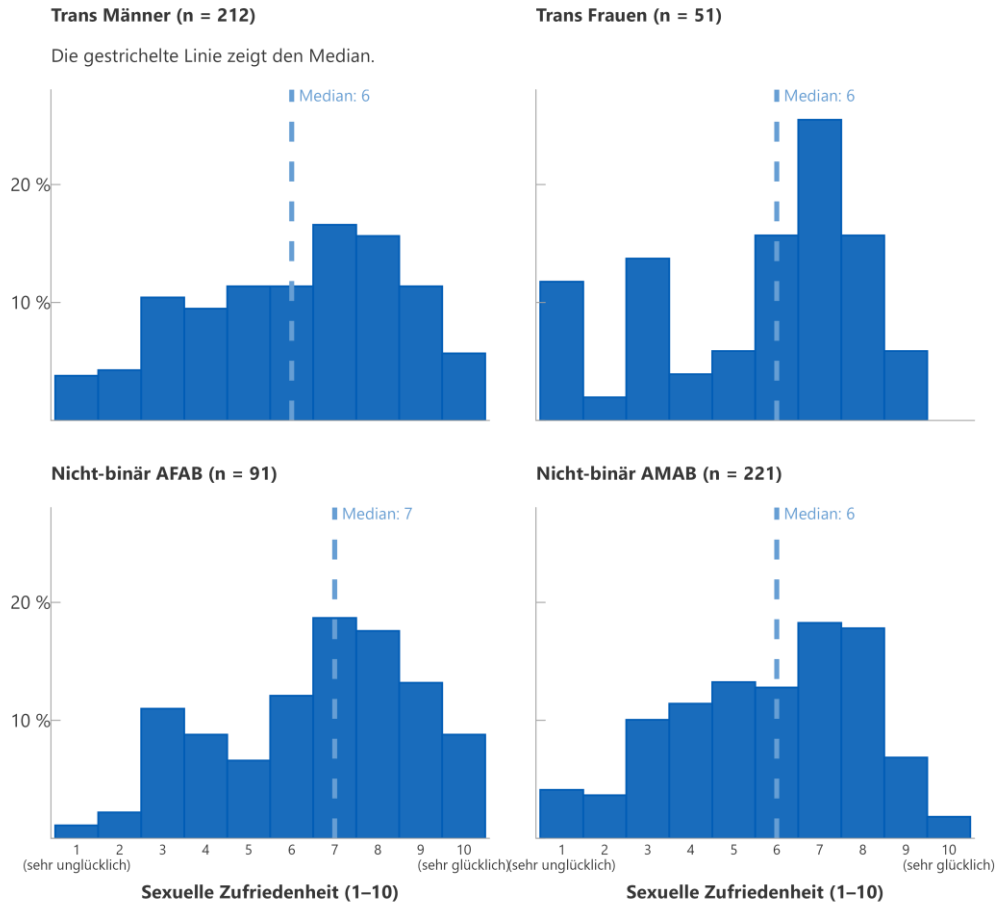
Insgesamt berichteten 40 % der trans und nicht-binären Befragten, in den vergangenen zwei Wochen durch Gedanken daran, lieber tot zu sein oder sich auf irgendeine Weise selbst zu verletzen, belastet gewesen zu sein. Darüber hinaus berichteten 25 %, durch Gedanken daran, sich selbst das Leben zu nehmen, belastet gewesen zu sein. Zwischen den vier Gruppen zeigten sich nur geringe Unterschiede.

8.2.1.3 Sexuelle (Un-)Zufriedenheit

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Auf einer Skala von 1 bis 10 (1: maximal unzufrieden; 10: maximal zufrieden): Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexleben?“*.

Insgesamt erreichten 28 % der trans und nicht-binären Befragten einen Wert von 4 oder weniger, was auf Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben hinweist. Der Median lag bei 6. **Abbildung 8.6** zeigt die Verteilung der Zufriedenheit mit dem Sexualleben in den vier Gruppen.

Abbildung 8.6: Sexuelle Zufriedenheit (Selbsteinschätzung auf einer Skala von 1 bis 10), nach Transgender-Gruppe



8.2.1.4 Alkoholabhängigkeit (CAGE4)

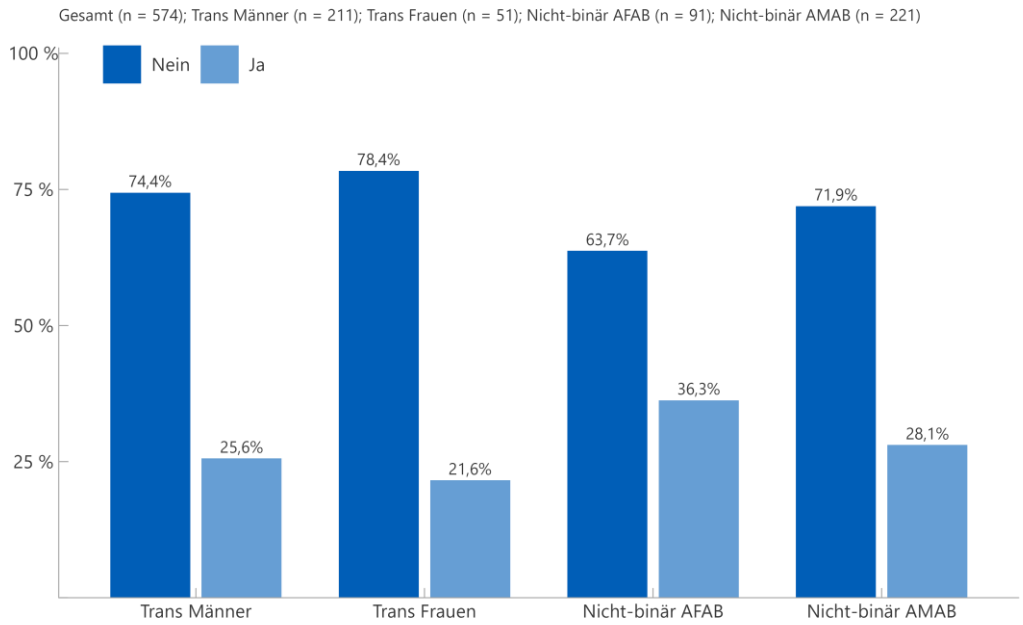
Wir verwendeten das CAGE4-Screeninginstrument zur Erfassung von Alkoholabhängigkeit [10]. Obwohl dieses Instrument nicht zur Diagnose gedacht ist und die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit möglicherweise überschätzt, wurde es aufgrund seiner Kürze und einfachen Auswertbarkeit ausgewählt.

Studienteilnehmende wurden gefragt: *„Bezogen auf Ihren Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten…“,* gefolgt von vier Fragen, die sie mit *„Ja“* oder *„Nein“* beantworten konnten:

- *“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?“*

Die Antwort *„Ja“* auf mindestens zwei Aussagen gilt als positives CAGE-Screening auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit. Insgesamt wiesen 28 % der trans und nichtbinären Befragten ein positives Screening-Ergebnis auf. **Abbildung 8.7** zeigt die Ergebnisse für die vier Gruppen.

Abbildung 8.7 Potenzielle Alkoholabhängigkeit (CAGE-4), nach Transgender-Gruppe

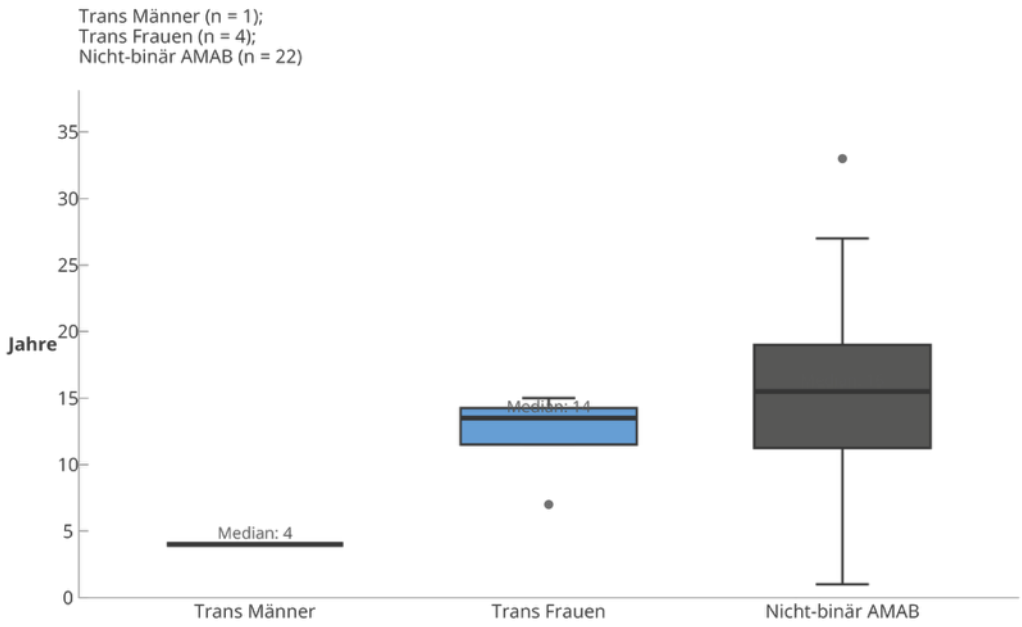


8.2.2 Diagnose von HIV, anderen STI, und Virushepatitis

HIV-Diagnose

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Wurde bei Ihnen jemals HIV diagnostiziert?“* Insgesamt antworteten 5 % (n = 27) der trans und nicht-binären Befragten mit *„Ja“*. Die meisten Befragten mit HIV-Diagnose waren nicht-binäre AMAB-Befragte (n = 22); hinzu kamen vier trans Frauen und ein trans Mann. Damit entfielen vier der fünf HIV-Diagnosen unter binären trans Befragten auf trans Frauen. Unter nicht-binären AFAB-Befragten wurde keine HIV-Diagnose berichtet. Befragte mit HIV-Diagnose wurden nach dem Jahr ihrer Diagnose gefragt, sodass die mediane Zeit seit der HIV-Diagnose berechnet werden konnte (**Abbildung 8.8**). Die mediane Zeit seit der HIV-Diagnose betrug insgesamt 14 Jahre und war unter nicht-binären AMAB-Befragten mit 16 Jahren ähnlich. Bei trans Männern lag die HIV-Diagnose mit median vier Jahren weniger lange zurück. Eine HIV-Neudiagnose, definiert als erstmalige HIV-Diagnose innerhalb der letzten 12 Monate, berichteten 0,4 % der trans und nicht-binären Befragten.

Abbildung 8.8 Leben mit HIV-Diagnose in Jahren

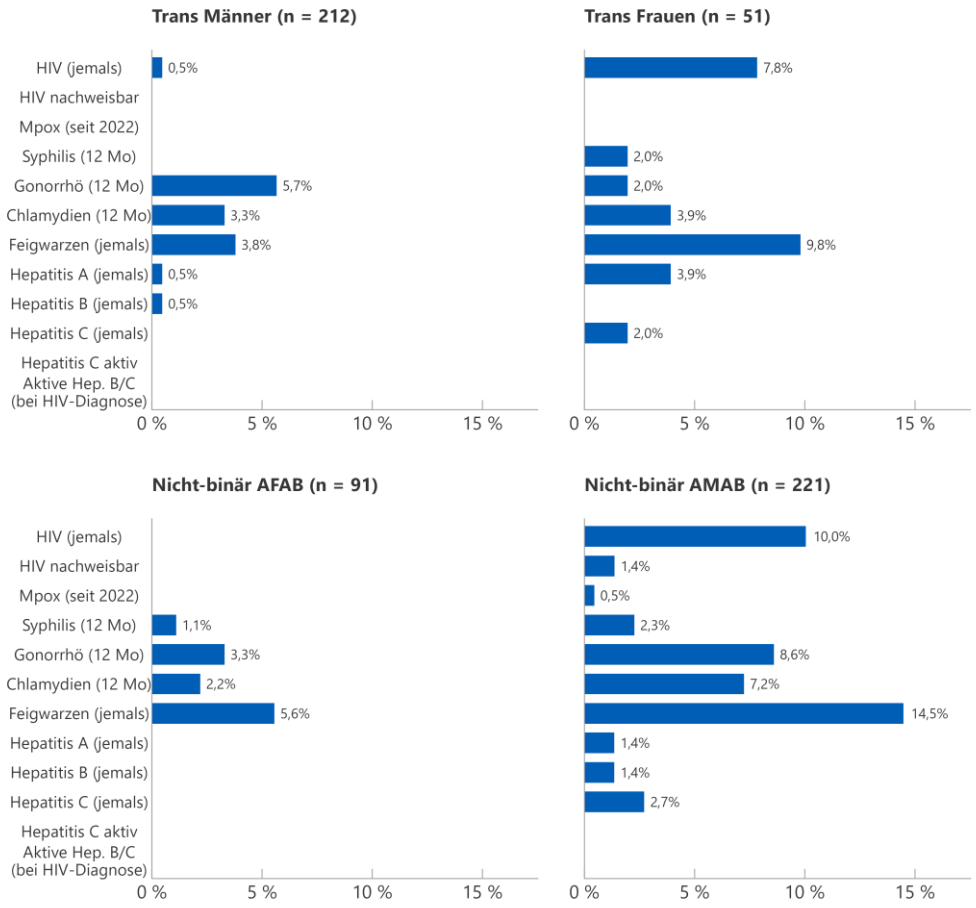


Diagnosen von sexuell übertragenen Infektionen und Virushepatitiden

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: „*Wurde bei Ihnen jemals Syphilis festgestellt?*“; identische Fragen wurden zu „*Gonorrhö*“, „*Chlamydien oder LGV*“, „*Anus- oder Genitalwarzen*“ und „*Hepatitis C*“ gestellt. Die Teilnehmenden wurden zudem zu ihrem Impfstatus in Bezug auf Hepatitis A und B befragt: „*Sind Sie gegen Hepatitis A geimpft?*“ (eine identische Frage wurde zu Hepatitis B gestellt). Zu den Antwortmöglichkeiten gehörten: *„Nein, weil ich Hepatitis A [bzw. B] hatte und nun immun dagegen bin“*. Da eine Hepatitis-B-Infektion chronisch verlaufen kann, gab es hier zusätzlich die Antwortmöglichkeit: *„Nein, ich leide an einer chronischen Hepatitis B“*. Zudem wurden sie gefragt: *„Hatten Sie seit 2022 eine Mpox-Diagnose ('Affenpocken')?“*

Unter den trans und nicht-binären Befragten berichteten insgesamt 1,2 % eine Syphilisdiagnose, 6 % eine Gonorrhö Diagnose und 5 % eine Chlamydien Diagnose (einschließlich LGV) in den letzten 12 Monaten. Darüber hinaus gaben 9 % an, dass bei ihnen jemals Anal- oder Genitalwarzen diagnostiziert worden waren. Eine jemalige Diagnose einer Virushepatitis berichteten 1 % für Hepatitis A, 0,7 % für Hepatitis B und 1,2 % für Hepatitis C. Letzterer Anteil entspricht in etwa Schätzungen für die Allgemeinbevölkerung in Deutschland [11]. **Abbildung 8.9** zeigt die selbstberichteten Diagnosen von HIV, STI und Virushepatitiden in den vier Gruppen.

Abbildung 8.9: Erfahrungen mit HIV, ausgewählten STI, und Virushepatitis



Unter trans Männern hatten 0,5 % eine HIV-Diagnose erhalten, und 4 % berichteten von einer früheren Diagnose von Anal- oder Genitalwarzen. In den letzten 12 Monaten waren Gonorrhö (6 %) und Chlamydien Infektionen (3 %) die am häufigsten berichteten bakteriellen STI.

Bei trans Frauen waren Anal- oder Genitalwarzen die häufigste jemals berichtete STI-Diagnose (10 %), gefolgt von HIV (8 %). Unter den in den letzten 12 Monaten berichteten Diagnosen war Gonorrhö die häufigste bakterielle STI (2 %). Auch Syphilis wurde bei 2 % in den letzten 12 Monaten diagnostiziert und bleibt damit ein wichtiges Ziel des STI-Screenings in dieser Gruppe.

Nicht-binäre AFAB-Befragte zeigten ein ähnliches Muster wie trans Männer. Anal- oder Genitalwarzen waren die häufigste jemals berichtete STI-Diagnose (6 %), während Gonorrhö (3 %) und Chlamydien Infektionen (2 %) in den letzten 12 Monaten ähnlich häufig berichtet wurden.

Nicht-binäre AMAB-Befragte wiesen bei allen berichteten STI die höchsten Anteile auf. Anal- oder Genitalwarzen waren die häufigste jemals berichtete Diagnose (14 %), gefolgt von HIV (10 %). Unter den in den letzten 12 Monaten berichteten Diagnosen waren Gonorrhö (9 %) und Chlamydien Infektionen (7 %) die häufigsten bakteriellen STI. Syphilis wurde bei 2 % diagnostiziert, was ihre weiterhin bestehende Bedeutung für das STI-Screening in dieser Gruppe unterstreicht.

8.3 Schutz- und Risikoverhalten

In diesem Abschnitt werden Risiko- und Schutzverhaltensweisen beschrieben, also Verhaltensweisen, die zu den oben beschriebenen Erkrankungen und Beeinträchtigungen beitragen oder deren Auftreten verringern können. Erfasst wurden zwei Bereiche des Risikoverhaltens (Sexualverhalten, Drogenkonsum und deren Kombination) sowie vier Bereiche des Schutzverhaltens (Einnahme antiretroviraler Medikamente, Austausch von Informationen zum HIV-Status, Kondomgebrauch und Impfungen).

8.3.1 Einnahme von HIV-Medikamenten bei trans und nicht-binären Befragten mit HIV

Insgesamt berichteten 5 % (n = 27) der trans- und nicht-binären Befragten, mit einer HIV-Diagnose zu leben. Durch eine antiretrovirale Therapie (ART) kann die HIV-Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden; damit ist HIV sexuell nicht übertragbar [12,13]. Die Einnahme von HIV-Medikamenten stellt für Menschen mit HIV-Diagnose daher eine Form des Schutzverhaltens zur Verhinderung von HIV-Übertragungen dar.

Alle Studienteilnehmenden, bei denen jemals HIV diagnostiziert worden war, wurden gefragt: *„Haben Sie jemals eine gegen HIV gerichtete Behandlung mit Medikamenten (ART, HAART, Kombinationstherapie) bekommen?“* Die 23 trans und nicht-binären Befragten, die angaben, jemals eine ART eingenommen zu haben, wurden anschließend gefragt: *„Erhalten Sie derzeit eine gegen HIV gerichtete medikamentöse Behandlung?“* Die Verteilung der Antworten auf die vier Gruppen ist in **Tabelle 8.9** dargestellt.

Tabelle 8.9 Einnahme einer antiretroviralen Therapie (ART) nach Transgender-Gruppe

ART-Einnahme *	Trans Männer (%) N = 1	Trans Frauen (%) N = 4	Nicht-binär AFAB (%) N = 0	Nicht-binär AMAB (%) N = 22	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 27
Jemals ART eingenommen	100,0	100,0		86,4	88,5
Davon: derzeit ART eingenommen	*100,0*	*100,0*		*100,0*	*100,0*
Davon: nicht mehr eingenommen					
Ich weiss nicht mehr				4,5	3,8
Nie ART eingenommen				9,1	7,7
Gesamt	**100,0**	**100,0**		**100,0**	**100,0**

*Jemals ART eingenommen, fehlende Angaben: n = 1; derzeit ART eingenommen, fehlende Angaben: n = 0

8.3.2 Inanspruchnahme von PrEP (HIV-Präexpositionsprophylaxe)

Allen Studienteilnehmenden wurde die Frage gestellt: *„Haben Sie jemals versucht, die PrEP zu bekommen?“*. Anschließend wurden sie gefragt: *„Haben Sie jemals die PrEP eingenommen?“* Die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 8.10** dargestellt.

Tabelle 8.10 Nutzung von PrEP bei trans und nicht-binären Befragten ohne HIV-Diagnose (N = 544)

Einnahme von PrEP bei Befragten ohne HIV-Diagnose*	Trans Männer (%) N = 209	Trans Frauen (%) N = 47	Nicht-binär AFAB (%) N = 91	Nicht-binär AMAB (%) N = 197	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 544
Nein	88,5	85,1	90,1	74,6	83,6
Ja, täglich, und ich nehme sie dauerhaft	6,2	8,5	5,5	14,2	9,2
Ja, ich habe die PrEP früher genommen, aber ich nehme sie nicht	3,3	2,1	3,3	3,6	3,3
Ja, bei Bedarf, aber nicht jeden Tag	1,9	4,3	1,1	7,6	4,1
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 2.

Siebzehn Prozent (n = 90) der trans und nicht-binären Befragten gaben an, jemals PrEP eingenommen zu haben. Von ihnen nahmen 56 % PrEP zum Befragungszeitpunkt dauerhaft täglich ein. Nicht-binäre AMAB-Befragte wiesen die höchste PrEP-Nutzung auf und stellten 56 % der PrEP-Nutzenden in der trans und nicht-binären Teilstichprobe.

8.3.3 Inanspruchnahme von PEP (HIV-Postexpositionsprophylaxe)

Studienteilnehmende, die noch nie einen HIV-Test gemacht hatten, sowie diejenigen, deren letztes Testergebnis HIV-negativ war, wurden gefragt: *„Haben Sie jemals eine PEP genommen?“*, die Antwortmöglichkeiten sind in **Tabelle 8.11** aufgeführt.

Tabelle 8.11 Einnahme von PEP bei trans und nicht-binären Befragten (N = 546)

Einnahme von PEP bei Befragten ohne HIV-Diagnose*	Trans Männer (%) N = 211	Trans Frauen (%) N = 47	Nicht-binär AFAB (%) N = 91	Nicht-binär AMAB (%) N = 197	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 546
Nein, ich hielt das nie für notwendig	88,6	80,9	91,2	75,1	83,7
Nein, ich konnte keine bekommen	5,7	8,5	4,4	9,6	7,2
Nein, ich hätte die Möglichkeit gehabt, habe mich aber dagegen entschieden	1,9	0,0	0,0	3,6	2,0
Ja, einmal	1,9	4,3	4,4	5,6	3,9
Ja, mehr als einmal genommen	1,4	6,4	0,0	5,6	3,1
Ich weiß nicht mehr	0,5	0,0	0,0	0,5	0,4
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0.

Insgesamt hatten 7 % der trans und nicht-binären Befragten jemals eine PEP eingenommen, 3 % hatten mehr als einmal eine PEP eingenommen, und 7 % hatten eine PEP erhalten wollen, konnten sie jedoch nicht bekommen. Unter den Befragten, die eine PEP erhalten wollten, aber nicht bekommen konnten, waren knapp die Hälfte (49 %) nicht-binäre AMAB-Befragte und knapp ein Drittel (31 %) trans Männer.

8.3.4 Sexualpraktiken mit nicht-festen Partnern

Studienteilnehmende, die angaben, Sex mit nicht-festen männlichen Partnern zu haben, wurden gefragt: „*Wenn Sie an den Sex denken, den Sie mit nicht-festen männlichen Partnern haben, wie lange ist es her, dass Sie das letzte Mal Folgendes gemacht haben? Bitte geben Sie das letzte Mal an, bei dem Sie etwas gemacht haben, auch wenn es nicht typisch für Sie war.)*“ Anschließend wurde ihnen die folgende Liste vorgelegt (im Fragebogen in einer an die Bedürfnisse der Befragten angepassten Sprache formuliert):

(1) gemeinsame Masturbation,

(2) aufnehmender Oralverkehr (oral rezeptiv in der Abbildung unten),

(3) einführender Oralverkehr (oral insertiv in der Abbildung unten),

(4) rimmen (orale Stimulation des Anus eines Mannes),

(5) gerimmt werden (orale Stimulation des eigenen Anus),

(6) einführender Analverkehr (anal insertiv in der Abbildung unten),

(7) aufnehmender Analverkehr (anal rezeptiv in der Abbildung unten),

(8) einführendes Fisten (fisten insertiv in der Abbildung unten),

(9) aufnehmendes anales Fisten (fisten anal rezeptiv in der Abbildung unten).

Teilnehmende, die zuvor angegeben hatten, eine Vagina und keinen Penis zu haben, erhielten zusätzliche Fragen zu rezeptivem Vaginalverkehr und Fisten:

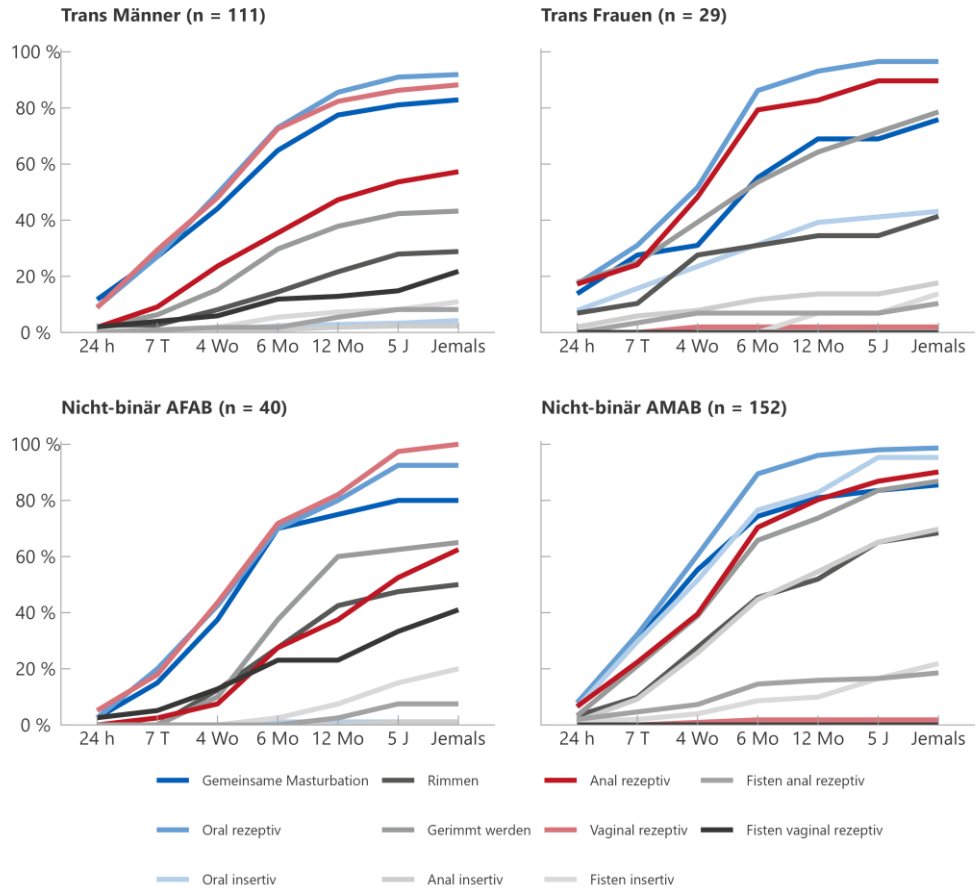
(10) aufnehmender Vaginalverkehr (nur bei Befragten mit einer Vagina oder Neo-Vagina; vaginal rezeptiv in der Abbildung unten),

(11) aufnehmendes vaginales Fisten (nur für Befragte mit einer Vagina oder Neo-Vagina; fisten vaginal rezeptiv in der Abbildung unten)

In allen vier Gruppen war rezeptiver Oralsex die am häufigsten berichtete Sexualpraktik; insgesamt gaben 95 % an, jemals rezeptiven Oralsex gehabt zu haben. Bei trans Männern und nicht-binären AFAB-Befragten war rezeptiver Vaginalverkehr die zweithäufigste Sexualpraktik (88 % bzw. 100 %), während bei trans Frauen rezeptiver Analverkehr an zweiter Stelle stand (90 %). Bei nicht-binären AMAB-Befragten war insertiver Oralsex die zweithäufigste Sexualpraktik (95 %).

Abbildung 8.10 zeigt für die vier Gruppen, wie lange die jeweils letzte Ausübung der elf Sexualpraktiken zurücklag.

Abbildung 8.10 Kumulativ: Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern, nach Transgender-Gruppe



Etwa drei von fünf trans Männern (57 %) und ein ähnlicher Anteil der nicht-binären AFAB-Befragten (62 %) gaben an, jemals rezeptiven Analverkehr gehabt zu haben.

Etwa vier von fünf trans und nicht-binären Befragten berichteten, jemals gegenseitige Masturbation praktiziert zu haben (83 % der trans Männer, 76 % der trans Frauen, 80 % der nicht-binären AFAB-Befragten und 86 % der nicht-binären AMAB-Befragten).

Trans Frauen berichteten am häufigsten, jemals rezeptives anales Fisten praktiziert zu haben (10 %). Bei trans Männern und nicht-binären AFAB-Befragten war rezeptives vaginales Fisten (27 %) häufiger als rezeptives anales Fisten (8 %). Rimming wurde häufiger von trans Frauen (41 % hatten jemals aktiv und 79 % jemals rezeptiv Rimming praktiziert) und nicht-binären AMAB-Befragten (68 % bzw. 87 %) berichtet als von trans Männern (29 % bzw. 43 %) oder nicht-binären AFAB-Befragten (50 % bzw. 65 %).

8.3.5 Substanzkonsum bei trans und nicht-binären Befragten

Die Erfassung des Substanzkonsums hatte für das EMIS-Netzwerk hohe Priorität. Der Konsum legaler und illegaler Drogen wurde anhand von Selbstangaben erhoben. Durch die Erfassung des jeweils letzten Konsumzeitpunkts wurden mögliche Verzerrungen durch länger zurückliegende Erinnerungen begrenzt; das anonyme, selbstständig ausgefüllte Onlineformat dürfte zudem Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit reduziert haben. Trotz umfassender Übersetzungs- und Harmonisierungsverfahren können jedoch geringfügige Unterschiede im Verständnis drogenbezogener Begriffe zwischen verschiedenen Sprachen und kulturellen Kontexten nicht ausgeschlossen werden. Diese könnten die Vergleichbarkeit der Angaben zwischen den Ländern beeinflusst haben.

8.3.5.1 Konsum legaler Substanzen

Alle Studienteilnehmende wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal ... konsumiert?*“, gefolgt von fünf Subtanzen, deren Besitz in den meisten Ländern Europas nicht illegal ist:

- Alkohol
- Tabakprodukte
- Poppers (Nitrit-Inhalationsmittel)
- Viagra, Cialis, Levitra oder andere Medikamente, die zur Erreichung oder Aufrechterhaltung einer Erektion eingesetzt werden
- Beruhigungsmittel oder Tranquilizer (z. B. Valium, Rivotril, Rohypnol, Xanax, Seduxen, Phenazepam)

Tabelle 8.12 zeigt die kumulierten Anteile der trans und nicht-binären Befragten, die den Konsum der jeweiligen Substanz für zunehmend längere Zeiträume berichteten. Die beiden untersten Zeilen zeigen bedingte Anteile: den Anteil der Befragten mit jemaligem Konsum, die die jeweilige Substanz auch in den letzten 12 Monaten konsumiert hatten (als Indikator für *fortgesetzten Konsum*), sowie den Anteil der Befragten mit Konsum in den letzten 12 Monaten, die die jeweilige Substanz auch in den letzten sieben Tagen konsumiert hatten (als Indikator für *häufigeren Konsum*).

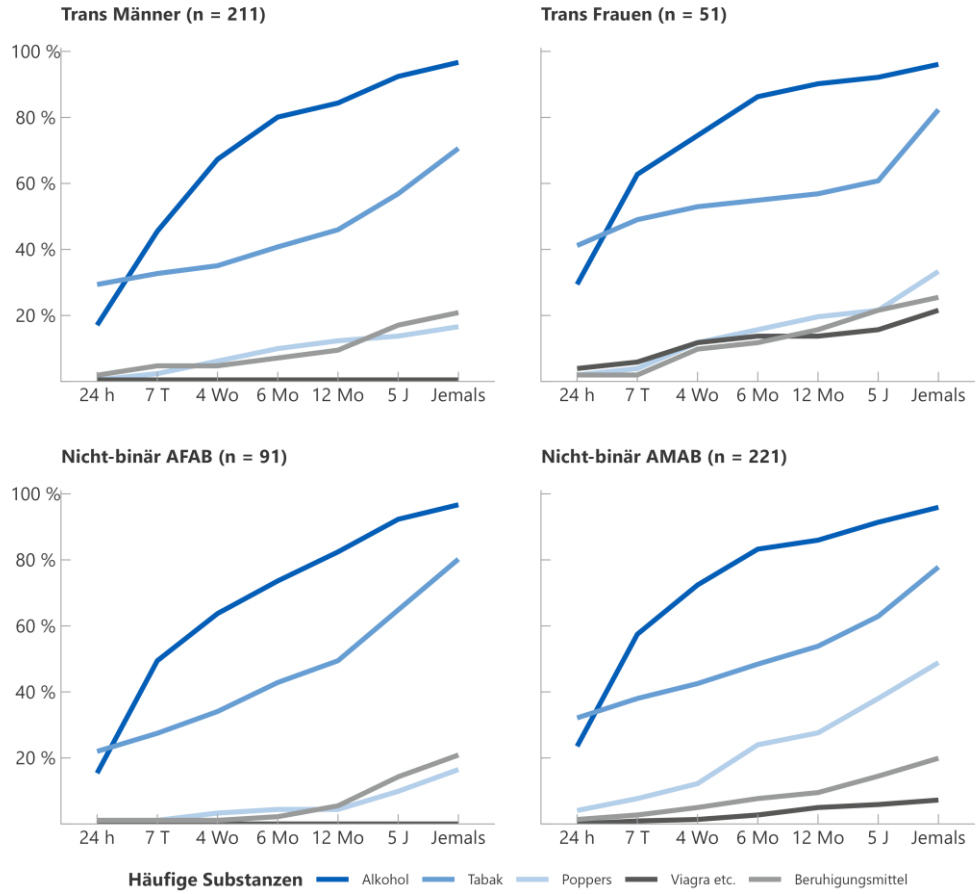
Tabelle 8.12 Zeitpunkt des letzten Konsums legaler Substanzen

Letzter Konsum	kumulativ %				
	Alkohol	Tabak	Poppers	Viagra etc.	Beruhigungsmittel
	N = 553[a]	N = 436[b]	N = 175[c]	N = 28[d]	N = 120[e]
In den letzten 24 Stunden	20,4	30,3	1,9	0,5	1,6
In den letzten 7 Tagen	52,3	35,4	4,4	1,0	3,1
In den letzten 4 Wochen	69,3	39,4	8,5	1,7	4,7
In den letzten 6 Monaten	80,8	45,3	15,0	2,4	7,0
In den letzten 12 Monaten	85,2	50,5	17,6	3,3	9,4
In den letzten 5 Jahren	92,0	60,8	23,2	3,8	16,0
Jemals	96,3	76,0	30,5	4,9	20,9
7 Tage / 12 Monate (%)	61,3	70,0	24,8	31,6	33,3
12 Monate / jemals (%)	88,4	66,5	57,7	67,9	45,0

[a]fehlende Angaben: n = 1; [b]fehlende Angaben: n = 1; [c]fehlende Angaben: n = 1; [d]fehlende Angaben: n = 0; [e]fehlende Angaben: n = 1.

Abbildung 8.11 zeigt für die vier Gruppen, wie lange der Konsum der einzelnen Substanzen jeweils zurücklag. Dargestellt ist der kumulierte Anteil der Befragten, die einen Konsum innerhalb zunehmend längerer Zeiträume berichteten.

Abbildung 8.11 Kumulativ: Konsum von Alkohol, Tabak, Poppers, Viagra (oder ähnlichen Mitteln) oder Beruhigungsmitteln, nach Transgender-Gruppe



Alkohol war über alle betrachteten Zeiträume hinweg die am häufigsten konsumierte Substanz; nahezu alle trans und nicht-binären Befragten (96 %) hatten jemals Alkohol konsumiert. Etwa jede fünfte Person (20 %) hatte in den letzten 24 Stunden Alkohol konsumiert, 52 % in den letzten sieben Tagen.

Tabak hatten dagegen 76 % jemals konsumiert. 30 % berichteten einen Konsum in den letzten 24 Stunden und 35 % in den letzten sieben Tagen. Der Unterschied zwischen diesen beiden Zeiträumen war mit 5 Prozentpunkten deutlich geringer als bei Alkohol. Dies deutet darauf hin, dass die meisten Befragten, die in den letzten sieben Tagen Tabak konsumiert hatten, dies auch innerhalb der letzten 24 Stunden getan hatten, und spricht für einen regelmäßigeren bzw. täglichen Konsum unter den Tabakkonsumierenden.

8.3.5.2 Drogenkonsum bei trans und nicht-binären Befragten

Nachdem nach Substanzen gefragt worden war, deren Besitz nicht illegal ist, wurden alle Studienteilnehmenden gefragt: „*Haben Sie jemals irgendwelche anderen Drogen konsumiert?*“ Insgesamt antworteten 68 % mit „*Ja*“. Diese wurden anschließend gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal … konsumiert?*“, gefolgt von den 14 unten aufgeführten Arten (vorwiegend) illegaler Drogen:

- *Cannabis* (Haschisch, Marihuana)
- *Synthetische Cannabinoide (z. B. „Spice“, „K2“, „Kräutermischungen“)*
- *Ecstasy (E, XTC, MDMA) als Tablette, Kristall oder Pulver*
- *Amphetamine* (Speed)
- *Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin)*
- *Heroin oder ähnliche Substanzen (Fentanyl, Instanyl®, „Polnische Suppe“ / „Polski Kompot“)*
- *Mephedron (4-MMC, Methylon, Meph, Miau/Meow)*
- *Andere synthetische Stimulanzien als Mephedron (z. B. MXE, Badesalz, 3-MMC, 4-MEC, 4-FA, XTC-light)*
- *Alpha-PHP / A-PHP*
- *GHB/GBL (Liquid Ecstasy)*
- *Ketamin (Special K)*
- *LSD (Acid)*
- *Kokain*
- *Crack*

Für jede Droge konnten die Befragten anhand einer Skala angeben, wie lange der letzte Konsum zurücklag. Dabei ist zu beachten, dass sich die Fragen jeweils auf einzelne Drogen bezogen; der gleichzeitige Konsum mehrerer Drogen (Polydrug Use) wurde nicht erfasst [14]. **Tabelle 8.13** und **Tabelle 8.14** zeigen die kumulierten Anteile der trans und nicht-binären Befragten, die den Konsum der jeweiligen Droge für zunehmend längere Zeiträume berichteten. Die beiden untersten Zeilen zeigen bedingte Anteile: den Anteil der Befragten mit jemaligem Konsum, die die jeweilige Droge auch in den letzten 12 Monaten konsumiert hatten (als Indikator für *fortgesetzten Konsum*), sowie den Anteil der Befragten mit Konsum in den letzten 12 Monaten, die die jeweilige Droge auch in den letzten sieben Tagen konsumiert hatten (als Indikator für *häufigeren Konsum*).

Abbildungen 8.12 und **8.13** zeigen für die vier Gruppen, wie lange der Konsum der einzelnen Drogen jeweils zurücklag. Dargestellt ist der kumulierte Anteil der Befragten, die einen Konsum innerhalb zunehmend längerer Zeiträume berichteten.

Tabelle 8.13 Zeitpunkt des letzten Drogenkonsums (Teil 1)

Letzter Konsum	kumulativ %						
	Cannabis	Ecstasy	Amphe-tamine	Synthetische Stimulazien	Alpha PhP	GHB/ GBL	Kokain
	N = 382[a]	N = 153[b]	N = 44[c]	N = 35[d]	N = 4[e]	N = 65[f]	N = 129[g]
In den letzten 24 Stunden	11,5	0,5	0,5	0,2	0,0	0,3	0,3
In den letzten 7 Tagen	18,1	1,6	1,0	0,7	0,0	1,2	2,3
In den letzten 4 Wochen	25,6	4,4	1,2	1,7	0,2	2,3	4,9
In den letzten 6 Monaten	33,6	10,6	2,6	3,5	0,2	3,3	8,7
In den letzten 12 Monaten	40,3	14,8	3,7	4,4	0,4	4,7	12,2
In den letzten 5 Jahren	54,6	21,5	5,2	5,1	0,5	7,5	16,7
Jemals	66,4	26,7	7,7	6,1	0,7	11,3	22,5
7 Tage / 12 Monate (%)	44,8	10,6	28,6	16,0	0,0	25,9	18,6
12 Monate / jemals (%)	60,7	55,6	47,7	71,4	50,0	41,5	54,3

[a]fehlende Angaben: n = 0; [b]fehlende Angaben: n = 2; [c]fehlende Angaben: n = 0; [d]fehlende Angaben: n = 1; [e]fehlende Angaben: n = 4; [f]fehlende Angaben: n = 0; [g]fehlende Angaben: n = 1.

Abbildung 8.12 Kumulativ: Häufig konsumierte Drogen und illegale Substanzen, nach Transgender-Gruppe

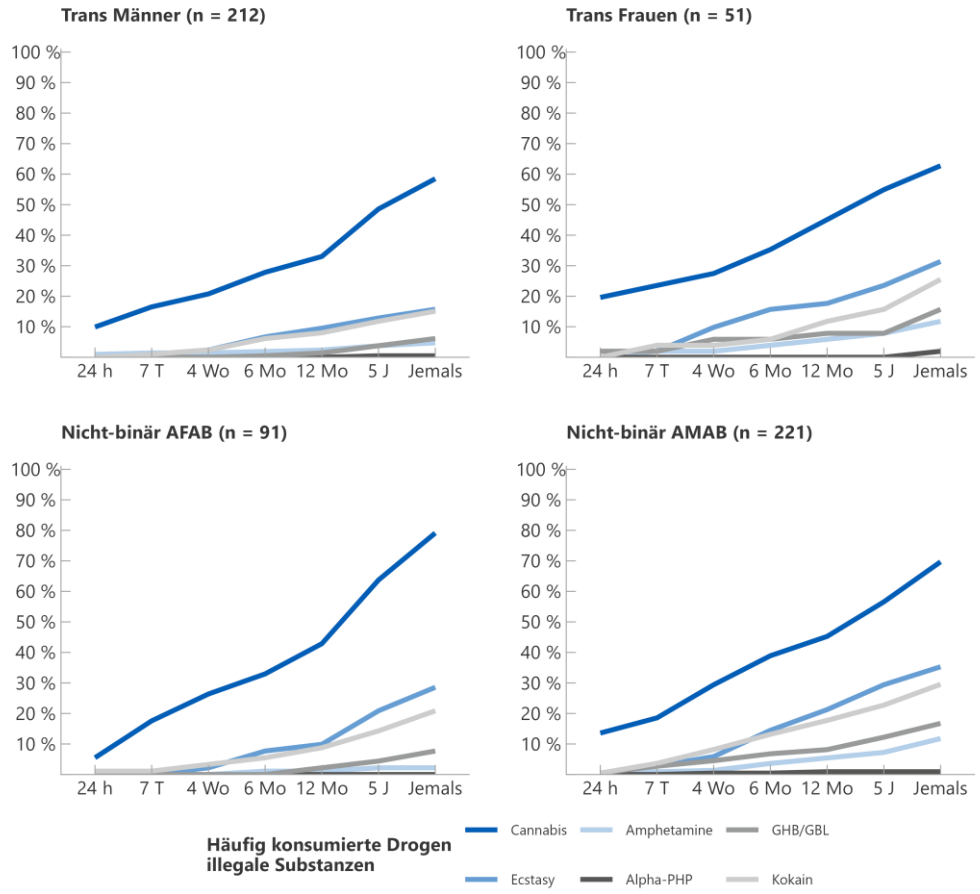


Tabelle 8.14 Zeitpunkt des letzten Drogenkonsums (Teil 2)

Letzter Konsum	kumulativ %						
	Synthetic canna-binoids	Crystal Meth	Heroin	Mephe-drone	Ketamine	LSD	Crack
	N = 54[a]	N = 37[b]	N = 14[c]	N = 42[d]	N = 84[e]	N = 105[f]	N = 8[g]
In den letzten 24 Stunden	0,5	0,5	0,0	0,0	0,7	0,2	0,0
In den letzten 7 Tagen	1,0	0,7	0,2	0,9	1,7	0,5	0,0
In den letzten 4 Wochen	1,6	1,9	0,2	2,1	3,8	1,6	0,3
In den letzten 6 Monaten	2,4	2,4	0,2	4,4	7,7	5,1	0,5
In den letzten 12 Monaten	3,5	3,0	0,3	5,2	10,5	7,8	0,7
In den letzten 5 Jahren	5,2	4,2	0,9	6,6	13,4	13,1	1,0
Jemals	9,4	6,4	2,4	7,3	14,6	18,3	1,4
7 Tage / 12 Monate (%)	30,0	23,5	50,0	16,7	16,7	6,7	0,0
12 Monate / jemals (%)	37,0	45,9	14,3	71,4	71,4	42,9	50,0

[a]fehlende Angaben: n = 0; [b]fehlende Angaben: n = 0; [c]fehlende Angaben: n = 1; [d]fehlende Angaben: n = 2; [e]fehlende Angaben: n = 1; [f]fehlende Angaben: n = 1; [g]fehlende Angaben: n = 0.

Unter den trans und nicht-binären Befragten waren die fünf am häufigsten jemals konsumierten Drogen:

- Cannabis (66 %)
- Ecstasy/MDMA (27 %)
- Kokain (22 %)
- LSD (18 %)
- Ketamin (15 %)

Die am seltensten jemals konsumierten illegalen Drogen waren *Alpha-PHP*, *Crack*, *Heroin*, *synthetische Stimulanzien* und *Crystal Meth*.

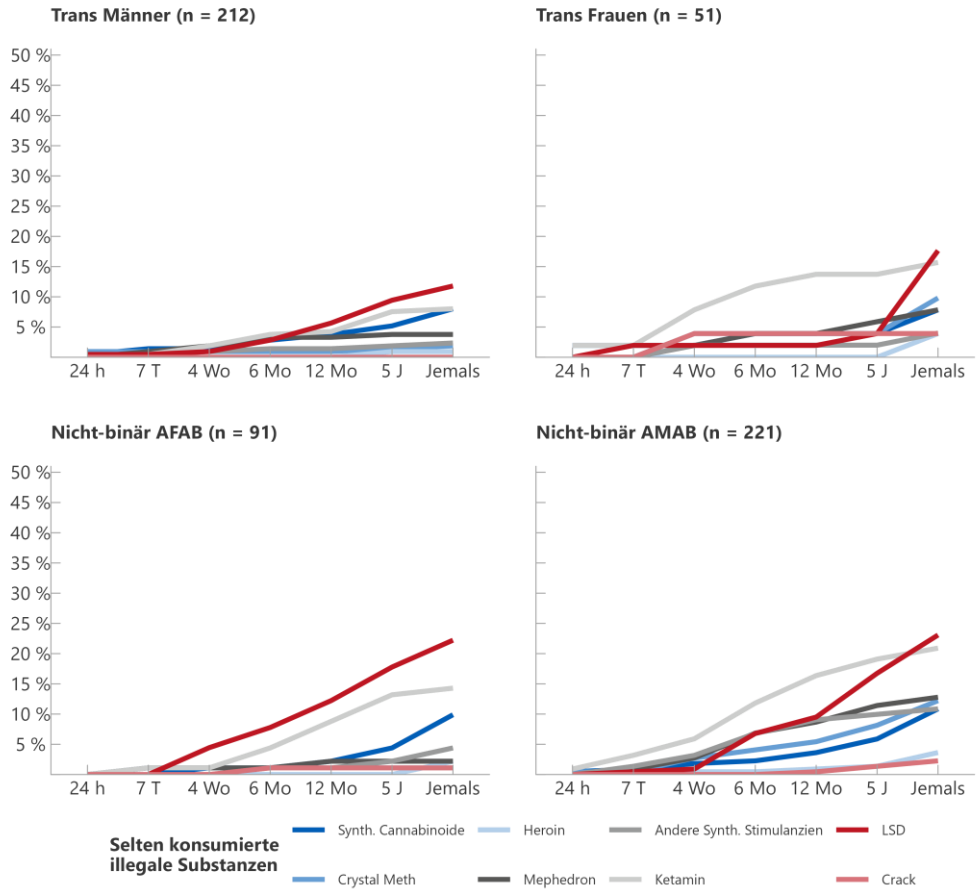
Cannabis wies die höchsten Anteile jemaligen Konsums auf; diese reichten von 58 % bei trans Männern bis 79 % bei nicht-binären AFAB-Befragten. Die am zweithäufigsten konsumierte Substanz war *Ecstasy*. Der Anteil mit jemaligem Konsum reichte von 16 % bei trans Männern bis 35 % bei nicht-binären AMAB-Befragten. Bei *Kokain* reichte der Anteil mit jemaligem Konsum von 15 % bei trans Männern bis 30 % bei nicht-binären AMAB-Befragten.

Unter den seltenen konsumierten illegalen Drogen war *LSD* die am häufigsten konsumierte Substanz (**Abbildung 8.13**). Der Anteil mit jemaligem Konsum war bei nicht-binären AMAB-Befragten am höchsten (23 %), gefolgt von nicht-binären AFAB-Befragten (22 %), trans Frauen (18 %) und trans Männern (12 %).

Die am zweithäufigsten konsumierte Substanz in dieser Gruppe war *Ketamin*. Der Anteil mit jemaligem Konsum reichte von 8 % bei trans Männern bis 21 % bei nicht-binären AMAB-Befragten.

Mephedron stand in dieser Gruppe an dritter Stelle. Die entsprechenden Anteile betrugen 13 % bei nicht-binären AMAB-Befragten, jeweils 10 % bei nicht-binären AFAB-Befragten und trans Frauen sowie 8 % bei trans Männern.

Abbildung 8.13 Kumulativ: Selten konsumierte illegale Substanzen, nach Transgender-Gruppe



8.3.6 Kombination von Sex und Drogen bei trans und nicht-binären Befragten

Seit EMIS-2010 hat sich Chemsex zu einem Thema der öffentlichen Gesundheit entwickelt. Chemsex bezeichnet eine Verhaltenskategorie, für die keine allgemein anerkannte Definition besteht [15]. Zwar umfassen alle Definitionen die Verbindung von Sex und Substanzkonsum, jedoch gilt nicht jeder Sex unter Substanzeinfluss als Chemsex. Weitere Merkmale, die zur Definition von Chemsex herangezogen werden, können Sex zwischen Männern oder trans Personen, Sex außerhalb fester Partnerschaften und/oder mit Fuckbuddies (d. h. nicht zwischen Personen in einer romantischen Beziehung), die Anbahnung über Dating-Apps auf Smartphones sowie der Konsum bestimmter Drogen sein (typischerweise GHB/GBL, Crystal Methamphetamin, Mephedron und/oder Ketamin) [16].

Die Definition von Chemsex und die Entwicklung eines kulturübergreifend geeigneten und akzeptablen Erhebungsinstruments stellten eine erhebliche Herausforderung dar [17]. Daher entschieden wir uns, den Begriff Chemsex in der Befragung selbst nicht zu verwenden und stattdessen eine Reihe sowohl weiter als auch enger gefasster Fragen zu stellen.

8.3.6.1 Sex unter Substanzeinfluss

Alle Studienteilnehmenden, die in den letzten 12 Monaten Sex mit Männern hatten, wurden gefragt: *„Wie oft standen Sie in den letzten 12 Monaten beim Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder einer anderen Droge?“* Dabei wurden ihnen die in **Tabelle 8.15** aufgeführten Antwortmöglichkeiten angeboten.

Tabelle 8.15 Anteil des Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen in den letzten 12 Monaten (N = 426)

Anteil des Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen in den letzten 12 Monaten*	Trans Männer (%)	Trans Frauen (%)	Nicht-binär AFAB (%)	Nicht-binär AMAB (%)	Alle trans und nicht-binären Befragten (%)
Gar nicht	43,6	47,1	47,8	42,6	44,1
So gut wie gar nicht	26,2	17,6	23,9	25,0	24,6
Weniger als die Hälfte	11,4	5,9	9,0	9,7	9,9
Etwa die Hälfte	6,7	0,0	9,0	8,5	7,3
Mehr als die Hälfte	2,7	8,8	3,0	2,8	3,3
Fast jedes Mal	5,4	14,7	6,0	9,1	7,7
Jedes Mal, wenn ich Sex mit Männern hatte	4,0	5,9	1,5	2,3	3,1
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 3.

Deutschlandweit gaben 21 % der trans und nicht-binären Befragten an, dass mindestens die Hälfte ihres Sex in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen stattgefunden hatte. Darunter waren 11 %, bei denen dies auf den gesamten oder fast den gesamten Sex zutraf. Umgekehrt berichteten 44 %, dass keiner ihrer sexuellen Kontakte in den letzten 12 Monaten unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen stattgefunden hatte, d. h., dass ihr gesamter Sex in diesem Zeitraum nüchtern gewesen war.

8.3.6.2 Zeitpunkt des letzten nüchternen Sex und Chemsex

Die Teilnehmenden wurden gefragt: *„Wann hatten Sie das letzte Mal nüchtern Sex, das heißt, nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen)?“* Als Antwort stand eine Skala zum Zeitpunkt des letzten nüchternen Sex zur Verfügung. Außerdem wurden sie gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen konsumiert, um längeren oder intensiveren Sex zu haben? (Stimulierende Substanzen sind z.B. Ecstasy/ MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron, Ketamin oder Alpha-PHP.)“* Auch hier stand eine Skala zum Zeitpunkt des letzten Konsums zur Verfügung.

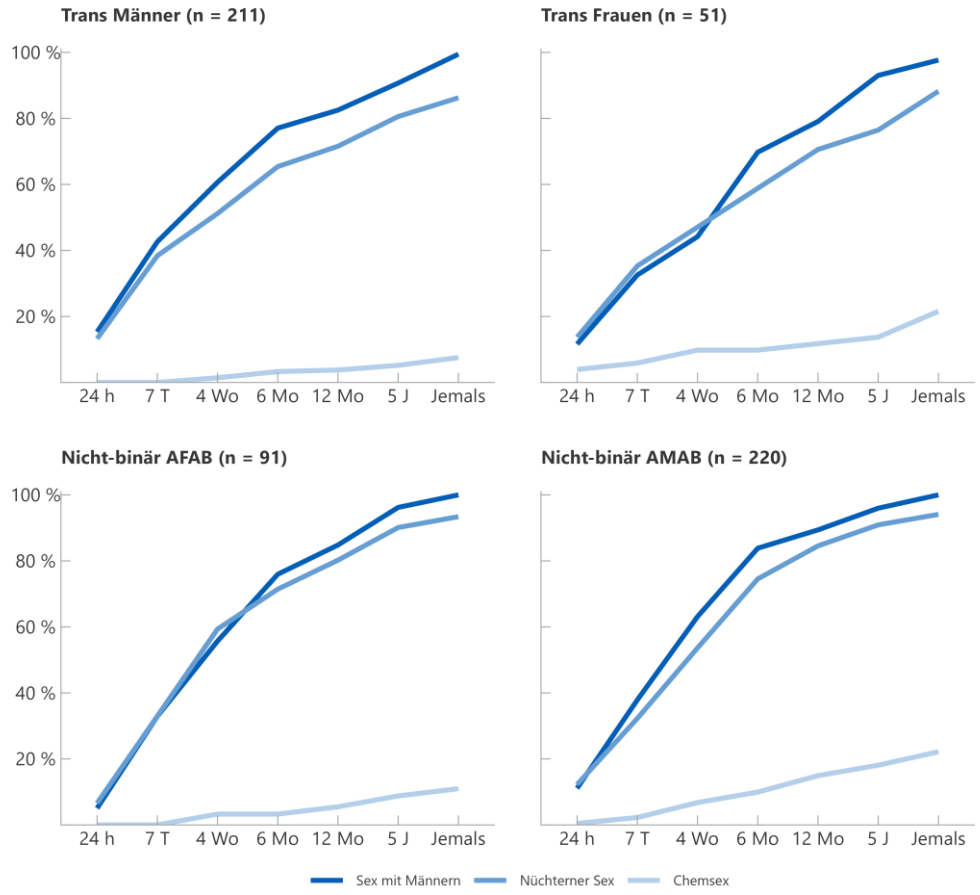
Das mit dieser Frage erfasste Verhalten wird im Folgenden der Einfachheit halber als *Chemsex* bezeichnet. Uns ist bewusst, dass das Konzept Chemsex durch keinen einzelnen Indikator abschließend erfasst werden kann. Die gewählte Operationalisierung ermöglicht jedoch eine präzisere und eindeutigere Erfassung.

Abbildung 8.14 vergleicht für die vier Gruppen, wie lange Sex mit Männern insgesamt, nüchterner Sex und Chemsex jeweils zurücklagen.

Nüchterner Sex war deutlich häufiger als Chemsex: 91 % der trans und nicht-binären Befragten gaben an, jemals nüchternen Sex gehabt zu haben. Insgesamt berichteten 15 %, jemals Chemsex praktiziert zu haben; 10 % hatten dies in den letzten 12 Monaten getan.

Nicht-binäre AMAB-Befragte und trans Frauen berichteten mit jeweils 22 % am häufigsten, jemals Chemsex praktiziert zu haben. Bei nicht-binären AFAB-Befragten (11%) und trans Männern (8 %) waren die entsprechenden Anteile niedriger.

Abbildung 8.14 Kumulativ: Ausgewählte sexuelle Erfahrungen, nach Transgender-Gruppe



8.3.6.3 Merkmale von Chemsex

Befragte, die jemals Chemsex hatten, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal stimulierende Substanzen im Rahmen von Gruppensex (Sex mit mehr als einem*einer Partner*in) genommen?*“ Als Antwortmöglichkeiten wurde eine Skala zur zeitlichen Einordnung angeboten. Dieses Verhalten bezeichnen wir im Folgenden als *Multipartner-Chemsex*.

Tabelle 8.16 Ort des letzten Multipartner-Chemsex unter Befragten mit Multipartner-Chemsex in den letzten 12 Monaten

Ort des letzten Multipartner-Chemsex	Trans und nicht-binäre Befragte mit Multipartner-Chemsex in den letzten 12 Monaten (%) N = 26*
Bei mir zu Hause	34,6
Bei jemand anderem zu Hause	34,6
Hotelzimmer	3,8
Darkroom, Sex-Club, öffentliche Sex-Party	7,7
Sauna	7,7
Pornokino	3,8
Cruising-Ort (Straße, Raststätte, Park, Strand, Klappe)	7,7
Anderer Ort	0,0
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0.

Privatwohnungen waren mit Abstand die häufigsten Orte für Multipartner-Chemsex (Wohnung einer anderen Person: 35 %; eigene Wohnung: 35 %). Danach folgten Clubs oder Backrooms von Bars (8 %), Saunen (8 %) und Cruising-Orte (8 %). Hotelzimmer (4 %) und Pornokinos (4 %) wurden von trans und nicht-binären Befragten seltener genannt.

8.4 Bedarfe

Wir definieren Bedarfe im Bereich der sexuellen Gesundheit als Fähigkeiten, Möglichkeiten und Motivation, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen im Bereich der Sexualität umzusetzen – sowohl Schutz- als auch Risikoverhalten. Ein zentrales Forschungsziel von EMIS bestand darin, häufig ungedeckte Bedarfe in der Population trans und nicht-binärer Menschen zu identifizieren, um Prioritäten für Interventionen setzen zu können.

EMIS erfasste Bedarfe im Zusammenhang mit verschiedenen Formen des Schutzverhaltens und unterschiedlichen Gesundheitsoutcomes. Darüber hinaus wurden gesundheitliche Bedarfe erfasst, die sich nicht auf bestimmte Verhaltensweisen beziehen, darunter verinnerlichte Transnegativität.

8.4.1 Transnegative Stigmatisierung und Diskriminierung

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich auch als Teil der Trans-Community identifizieren, wurden zunächst gebeten: „*Bitte geben Sie an, wann etwas zum letzten Mal passiert ist, auch wenn es sich um eine Ausnahme handelte*." Anschließend wurden ihnen Fragen gestellt zu Diskriminierung im sozialen Umfeld, im Gesundheitswesen und im Zusammenhang mit der Polizei.

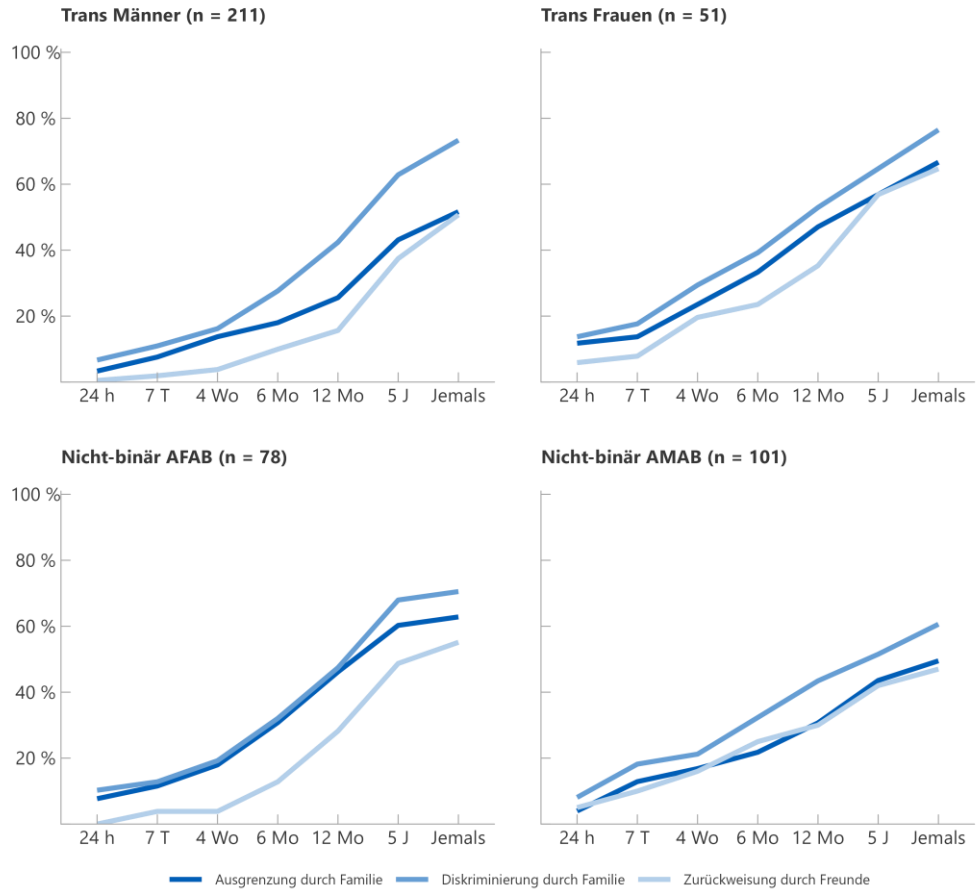
8.4.1.1 Soziale Diskriminierung trans und nicht-binäre Personen

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich auch als Teil der Trans-Community identifizieren, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal …*"

- *„… sich von familiären Aktivitäten ausgeschlossen gefühlt, weil sie trans sind?"*
- *„… den Eindruck gehabt, dass Familienmitglieder diskriminierende oder herabsetzende Bemerkungen über Sie gemacht oder über Sie getratscht haben, weil Sie trans sind?"*
- *„… sich von Ihren Freund*innen abgelehnt gefühlt, weil Sie trans sind?"*

Insgesamt berichteten 70 % der trans und nicht-binären Befragten, sich jemals von ihrer Familie diskriminiert gefühlt zu haben, weil sie trans sind, und 55 % hatten sich jemals von ihrer Familie ausgeschlossen gefühlt. Etwa die Hälfte der Befragten (52 %) hatte sich jemals von Menschen in ihrem Freundeskreis abgelehnt gefühlt, weil sie trans sind. **Abbildung 8.15** zeigt für die vier Gruppen, wie lange diese Erfahrungen jeweils zurücklagen.

Abbildung 8.15 Kumulative: Transnegative soziale Diskriminierung, nach Transgender-Gruppe



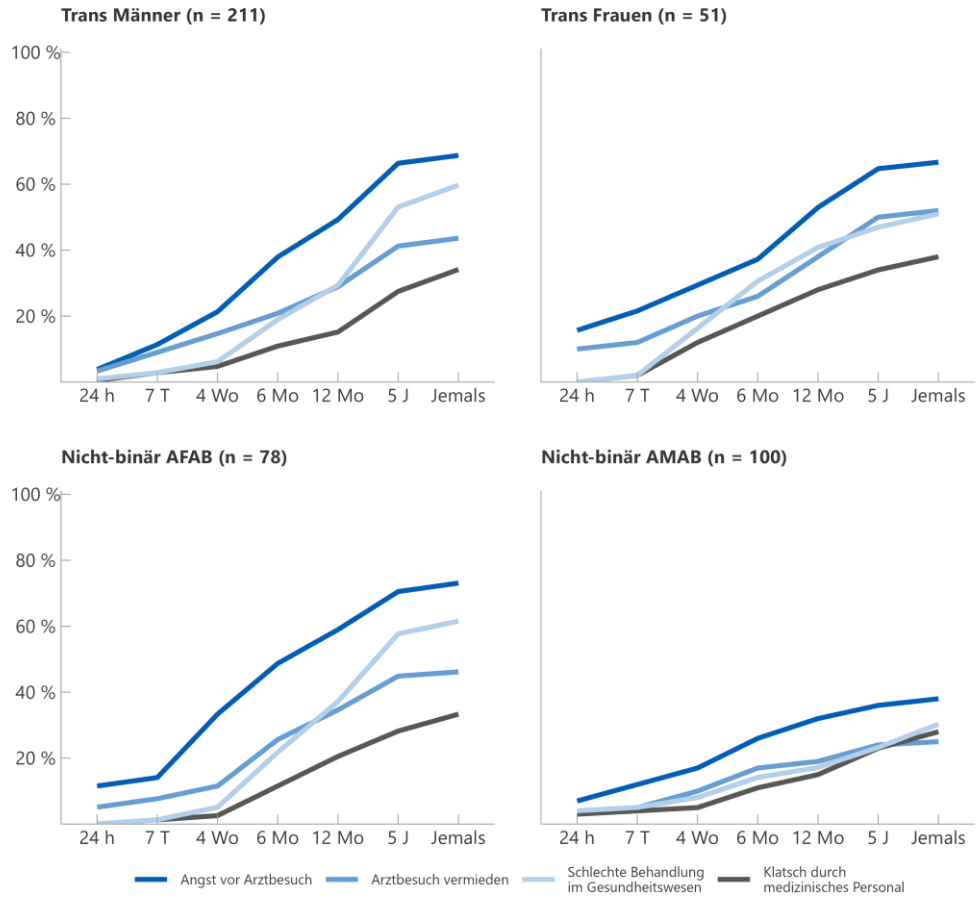
8.4.1.2 Diskriminierung im Gesundheitswesen

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich auch als Teil der Trans-Community identifizieren, wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal …“*

- *„…Angst gehabt, eine Gesundheitseinrichtung aufzusuchen, weil dort jemand herausfinden könnte, dass Sie trans sind?*
- *„… eine Gesundheitseinrichtung nicht aufgesucht, weil dort jemand herausfinden könnte, dass Sie trans sind?*
- *„… sich in einer Gesundheitseinrichtung schlecht behandelt gefühlt, weil jemand wusste, dass Sie trans sind?*
- *„… gehört, dass sich Mitarbeitende, einer Gesundheitseinrichtung abfällig über Sie geäußert oder über Sie getratscht haben, weil Sie trans sind?*

Etwa drei von fünf Befragten, die sich selbst als Teil der Trans-Community identifizierten (62 %), hatten jemals Angst davor gehabt, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen, weil sie befürchteten, jemand könnte erfahren, dass sie trans sind. Darüber hinaus hatten 41 % aus demselben Grund jemals darauf verzichtet, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen. **Abbildung 8.16** zeigt für die vier Gruppen, wie lange diese Erfahrungen jeweils zurücklagen.

Abbildung 8.16 Kumulativ: Stigma und transnegative Diskriminierung im Gesundheitswesen, nach Transgender-Gruppe



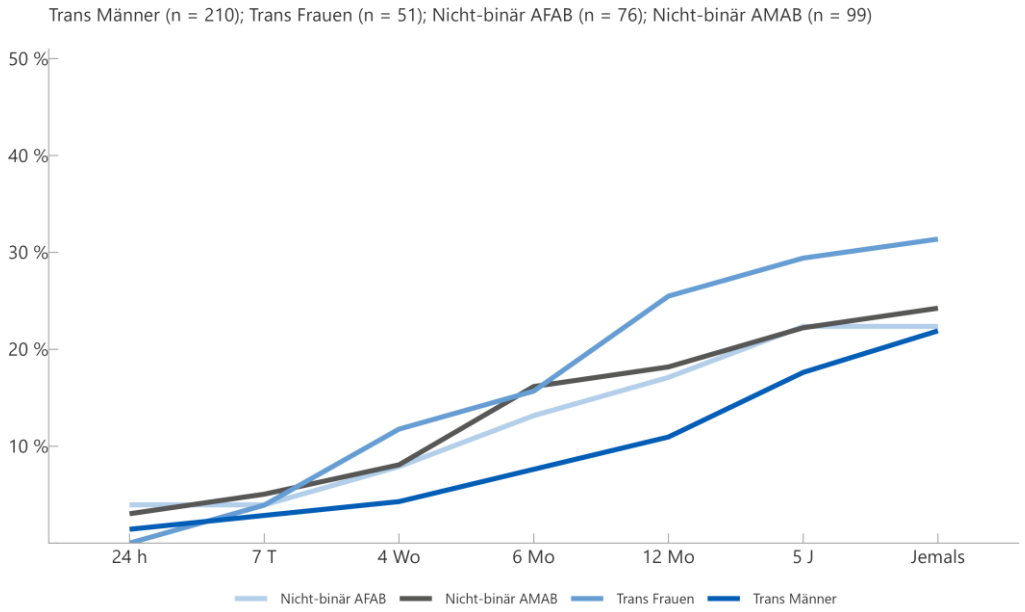
Insgesamt berichtete etwa die Hälfte (52 %) der trans und nicht-binären Befragten, jemals in einer Einrichtung des Gesundheitswesens schlecht behandelt worden zu sein. Darüber hinaus gaben 33 % an, jemals erlebt zu haben, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen über sie geredet oder getratscht hatten, weil sie trans sind. Diese Erfahrungen mit Diskriminierung im Gesundheitswesen waren insbesondere bei trans Männern und nicht-binären AFAB-Befragten verbreitet. Bei trans Männern hatten 69 % jemals Angst davor gehabt, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, und 44 % hatten aus diesem Grund jemals darauf verzichtet. Bei nicht-binären AFAB-Befragten lagen die entsprechenden Anteile bei 73 % bzw. 46 %.

8.4.1.3 Diskriminierung durch die Polizei

Allen trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich auch als Teil der Trans-Community identifizieren, wurden gefragt: *„Wann haben Sie das letzte Mal das Gefühl gehabt, dass die Polizei Ihnen nicht hilft, weil Sie trans sind?“*

Insgesamt berichteten 24 % der trans und nicht-binären Befragten, jemals das Gefühl gehabt zu haben, dass die Polizei ihnen Schutz verweigerte, weil sie trans sind. Diese Erfahrung wurde am häufigsten von trans Frauen (31 %) und nicht-binären AMAB-Befragten (24 %) berichtet. **Abbildung 8.17** zeigt für die vier Gruppen, wie lange diese Erfahrung jeweils zurücklag.

Abbildung 8.17 Kumulativ: Transnegative Diskriminierung durch Polizei, nach Transgender-Gruppe



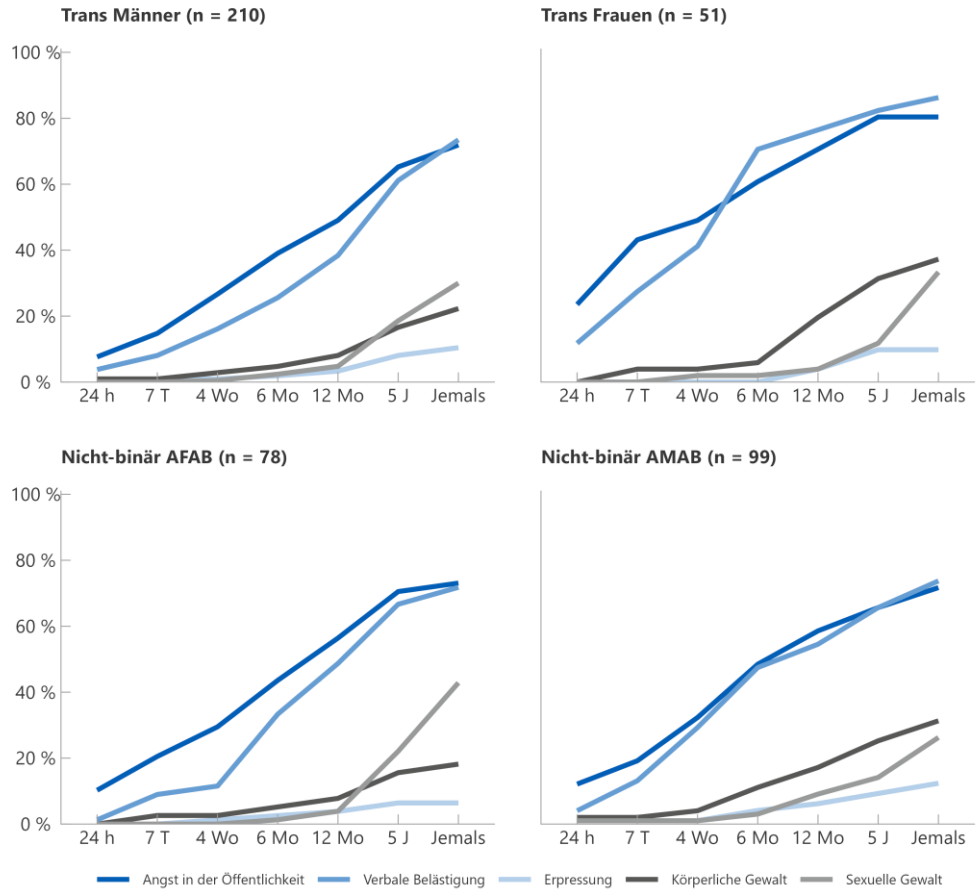
8.4.2 Transnegative Übergriffe und Angst im öffentlichen Raum

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich auch als Teil der Trans-Community identifizieren, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal …*“

- *„…an öffentlichen Plätzen Angst gehabt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie trans sind?”*
- *„…verbal belästigt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie trans sind?”*
- *„…erpresst, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie trans sind?”*
- *„…körperlich verletzt (geschubst, gestoßen, geohrfeigt, geschlagen, getreten, gewürgt oder anderweitig verletzt), weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie trans sind?”*
- *„…gegen Ihren Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen? (Damit meinen wir: Wurden Sie mit körperlicher Gewalt zu Sex gezwungen oder mit einem Objekt penetriert, obwohl Sie das nicht wollten?)”*

Für jede Aussage konnten die Teilnehmenden anhand einer Skala angeben, wie lange das jeweilige Ereignis zurücklag. **Abbildung 8.18** zeigt die kumulierten Anteile der Befragten, die die jeweiligen Erfahrungen gemacht hatten.

Abbildung 8.18: Kumulativ: Angst im öffentlichen Raum und transnegative Übergriffe: Einschüchterung, Beleidigungen, Gewalt, nach Transgender-Gruppe



Etwa drei von vier trans und nicht-binären Befragten (73 %) berichteten, sich jemals im öffentlichen Raum gefürchtet zu haben; 55 % hatten dies in den letzten 12 Monaten erlebt.

Etwa drei von vier trans und nicht-binären Befragten (75 %) berichteten, jemals verbal belästigt worden zu sein, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie trans sind; 48 % hatten dies in den letzten 12 Monaten erlebt.

In den letzten 12 Monaten berichteten 11 %, körperlich verletzt worden zu sein, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie trans sind.

Darüber hinaus berichteten 32 %, jemals zum Sex gezwungen worden zu sein; 5 % hatten dies in den letzten 12 Monaten erlebt.

8.4.3 Verinnerlichte Transnegativität

Zur Erfassung verinnerlichter Transnegativität bei Befragten, die sich als Teil der Trans-Community identifizierten, verwendeten wir eine Kurzskala zur verinnerlichten Transnegativität (Short Internalised Transnegativity Scale, SITS). Diese wurde aus der von Tran *et al.* validierten Short Internalised Homonegativity Scale (SIHS) adaptiert [18].

Die Befragten wurden gebeten: *„Bewerten Sie bitte die folgenden Aussagen auf einer Skala von ‚Stimme gar nicht zu' bis ‚Stimme voll zu'. Bitte antworten Sie spontan und denken Sie nicht zu lange nach."* Die sieben Aussagen lauteten:

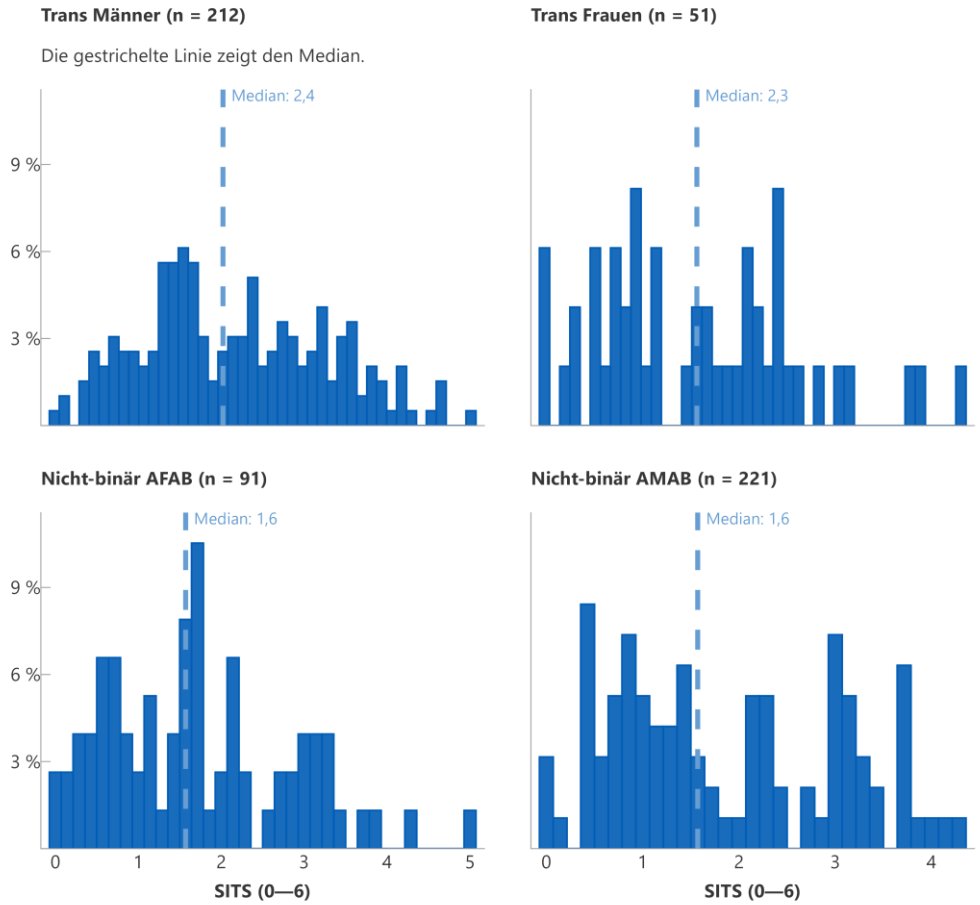
- „Ich bin stolz darauf, trans zu sein."
- *„Es macht mir nichts aus, anderen mitzuteilen, dass ich trans bin."*
- *„Ich fühle mich wohl, in der Öffentlichkeit in der Begleitung von trans Personen."*
- *„Ich fühle mich als trans Person wie ein Freak."*
- *„Es macht mir nichts aus, als trans Person wahrgenommen zu werden."*
- *„Ich frage mich oft: Warum kann ich nicht einfach normal sein?"*
- *„Ich fühle mich wohl mit der Tatsache, dass ich trans bin."*

Die einzelnen Aussagen wurden auf einer siebenstufigen Skala beantwortet (1 = *„Stimme überhaupt nicht zu"* bis 7 = *„Stimme voll und ganz zu"*). Für die Auswertung wurden Aussagen, die positive Gefühle gegenüber dem eigenen Transsein ausdrückten, umgekehrt kodiert (z. B. wurde eine Antwort von 1 mit 6 und eine Antwort von 7 mit 0 bewertet). Aussagen, die negative Gefühle ausdrückten, wurden dagegen ohne Umkehrung von 1–7 auf 0–6 umkodiert (z. B. wurde 1 mit 0 und 7 mit 6 bewertet). Dadurch ergaben sich für die einzelnen Aussagen Werte zwischen 0 und 6. Die Werte der sieben Aussagen wurden zunächst zu einem SITS-Gesamtwert zwischen 0 und 42 addiert und anschließend durch sieben geteilt. Daraus ergab sich ein mittlerer SITS-Wert zwischen 0 und 6.

Abbildung 8.19 zeigt die Verteilung der mittleren SITS-Werte in den vier trans und nicht-binären Gruppen. Niedrigere Werte entsprechen einem geringeren Ausmaß verinnerlichter Transnegativität. Die adaptierte SITS wurde bislang nicht formal validiert. Die Ergebnisse sollten daher mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Der mittlere SITS-Wert lag deutschlandweit bei 2,2 (Median: 2). Insgesamt erreichten 1,4 % einen Wert von 0, den bestmöglichen Wert auf der Skala. 28 % lagen oberhalb des Skalenmittelpunkts (d. h. über 3), was auf ein höheres Ausmaß verinnerlichter Transnegativität hinweist.

Abbildung 8.19: Verteilung der SITS-Werte (Kurzskala zur verinnerlichten Transnegativität), nach Transgender-Gruppe



8.4.4 Stressfaktoren innerhalb der Community

Dieser Abschnitt, der für die Trans-Community angepasst wurde, basiert auf der **Intra-Minority-Stress-Theorie** (auch bekannt als „**Gay-Community-Stress-Theorie**"), die von Pachankis *et al.* [19] entwickelt wurde. Die Theorie vereint drei grundlegende Konzepte – die **Theorie der intrasexuellen Konkurrenz** [20], die **Sexual-Field-Theorie** [21] und die **Theorie prekärer Männlichkeit** (*theory of precarious manhood*) [22] –, um Ungleichheiten in der psychischen Gesundheit zu erklären. Die Theorie beschreibt, wie Stress aufgrund von Statushierarchien innerhalb der Trans-Community den mit sozialen Hierarchien verbundenen Stress verstärken und dadurch zu psychischen Problemen führen kann. Zur Messung dieses Stresses verwendeten wir eine modifizierte, auf die Trans-Community zugeschnittene Skala mit 9 Items. Die Skala konzentriert sich auf rassistische oder ethnische Marginalisierung, Konkurrenz und Vergleich sowie Ablehnung durch die Mainstream-LGBT-Community. Die Antworten wurden auf einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet (1 = „*Stimme gar nicht zu*" bis 5 = „*Stimme voll zu*"), wobei höhere Werte auf einen stärker empfundenen Stress innerhalb der Minderheit hinweisen.

8.4.4.1 Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden, die sich selbst als Teil der Trans-Community identifizierten, wurden gebeten: *„Bewerten Sie bitte die folgenden Aussagen auf einer Skala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll zu“. Bitte antworten Sie spontan und denken Sie nicht zu lange nach.“*

- *„In der Mainstream-Trans-Community wird übermäßig viel getratscht.“*
- *„In der Mainstream-Trans-Community herrscht eine Kultur des Wettbewerbs und der Eifersucht.“*
- *„Die Mainstream-Trans-Community tendiert übermäßig zur Cliquenbildung.“*
- *„In der Mainstream-Trans-Community herrscht jede Menge Misstrauen unter Freund*innen.“*
- *„In der Mainstream-Trans-Community gibt es übermäßig viel Vorurteile.“*
- *„Die Mainstream-Trans-Community ist übermäßig materialistisch.“*

Tabelle 8.17 zeigt, inwieweit die Befragten sechs Aussagen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz innerhalb der schwulen Community zustimmten.

Zur Auswertung wurden die Antworten auf jeden Skalenpunkt von der negativsten zur positivsten Bewertung eingestuft (*d. h. „Stimme überhaupt nicht zu“* = 1, *„Stimme nicht zu“* = 2, [...], *„Stimme voll und ganz zu“* = 5). Der durchschnittliche Antwortwert über alle sechs Skalenitems betrug 3. Insgesamt gaben 22 % an, unter hohem wettbewerbsbedingtem Stress zu leiden (*d. h.* der Anteil der Befragten, die über alle Skalenitems hinweg einen Durchschnittswert von 4 oder höher erzielten).

Tabelle 8.17 Zustimmung zu Aussagen über Stressfaktoren im Zusammenhang mit Konkurrenz innerhalb der Trans-Community

Aussagen der Subskala „Konkurrenz“	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll zu
In der Mainstream-Trans-Community wird übermäßig getratscht n = 437 [a]	16,5	22,5	34,6	20,2	6,2
In der Mainstream-Trans-Community herrscht eine Kultur des Wettbewerbs und der Eifersucht n = 436 [b]	19,0	25,0	23,4	26,8	5,7
Die Mainstream-Trans-Community tendiert übermäßig zur Cliquenbildung n = 437 [c]	11,4	20,1	34,1	24,7	9,6
In der Mainstream-Trans-Community herrscht eine Menge Misstrauen unter Freund*innen n = 436 [d]	27,3	30,0	29,6	9,6	3,4
In der Mainstream-Trans-Community gibt es viele Vorurteile n = 435 [e]	12,2	23,4	26,2	28,0	10,1
Die Mainstream-Trans-Community ist übermäßig materialistisch n = 433 [f]	27,5	23,8	32,8	10,6	5,3

[a] fehlende Angaben: n = 6; [b] fehlende Angaben: n = 6; [c] fehlende Angaben: n = 5; [d] fehlende Angaben: n = 6; [e] fehlende Angaben: n = 7; [f] fehlende Angaben: n = 9

Insgesamt stimmten 26 % der trans und nicht-binären Befragten der Aussage zu, dass in der etablierten Trans-Community zu viel getratscht werde; 35 % waren sich unsicher. 33 % stimmten der Aussage zu, dass die etablierte Trans-Community von Konkurrenz und Neid geprägt sei. 34 % stimmten der Aussage zu, dass die etablierte Trans-Community zu stark von Cliquen geprägt sei, und 38 %, dass sie zu urteilend sei. Seltener stimmten die Befragten den Aussagen zu, die Community sei materialistisch (16 %) oder Freundschaften innerhalb der Community seien von großem Misstrauen geprägt (1 %).

8.4.4.2 Stressfaktoren im Zusammenhang mit Ausgrenzung

Alle trans und nicht-binären Teilnehmenden (die sich selbst als Teil der Trans-Community identifizieren) wurden gefragt: „*Stimmen Sie den folgenden Aussagen auf einer Skala von ‚stimme überhaupt nicht zu' bis ‚stimme voll und ganz zu' zu oder nicht zu? Bitte verbringen Sie nicht zu viel Zeit damit, über eine einzelne Aussage nachzudenken*".

- „*Die Mainstream-Trans-Community ist rassistisch.*"
- „*Die Mainstream-Trans-Community diskriminiert Menschen mit HIV oder Aids.*"
- „*In der Mainstream-LGBT-Community gibt es viel Transnegativität.*"

Tabelle 8.18 zeigt, in welchem Ausmaß die Befragten drei Aussagen zu Stressfaktoren im Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung innerhalb der Trans-Community zustimmten.

Für die Auswertung wurden die Antworten auf jede Aussage von der stärksten Ablehnung bis zur stärksten Zustimmung mit Werten von 1 bis 5 kodiert (d. h. *„Stimme überhaupt nicht zu"* = 1, *„Stimme nicht zu"* = 2, [...] *„Stimme voll und ganz zu"* = 5). Der Mittelwert über die drei Aussagen lag bei 3,4. Insgesamt wiesen 16 % einen hohen ausgrenzungsbezogenen Stress auf, definiert als einen Mittelwert von mindestens 4 über die drei Aussagen.

Tabelle 8.18 Zustimmung zu Aussagen über Stressfaktoren im Zusammenhang mit sozialer Ausgrenzung innerhalb der Trans-Community

Aussagen der Subskala „Soziale Ausgrenzung"	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll zu
Die Mainstream-Trans-Community ist rassistisch n = 437*	21,3	26,8	27,9	20,1	3,9
Die Mainstream-Trans-Community diskriminiert Menschen mit HIV oder Aids n = 436**	24,3	30,3	32,1	11,5	1,8
In der Mainstream-LGBT-Community gibt es viel Transnegativität n = 437***	6,9	15,6	22,7	38,0	16,9

*fehlende Angaben: n = 5; **fehlende Angaben: n = 6; ***fehlende Angaben: n = 5

Insgesamt widersprachen 48 % der trans und nicht-binären Befragten der Aussage, dass die Trans-Community rassistisch sei; 28 % waren sich unsicher und 24 % stimmten der Aussage zu. Ebenso widersprachen 54 % der Aussage, dass die Trans-

Community ihre Mitglieder mit HIV diskriminiere. 32 % waren sich unsicher, während 13 % der Aussage zustimmten. Dagegen stimmten 55 % der Aussage zu, dass Transnegativität innerhalb der LGBT-Community weit verbreitet sei; 22 % widersprachen und 23 % waren sich unsicher.

8.4.5 Wissen über PrEP

Allen Studienteilnehmenden wurde folgende Frage gestellt: *„Haben Sie schon mal von der PrEP gehört?“*. Insgesamt gaben 88 % *„Ja“* an, und 12 % hatten noch nie davon gehört. Allen Studienteilnehmenden wurde außerdem Folgendes mitgeteilt: *„Die folgenden Aussagen sind ZUTREFFEND. Haben Sie das bereits gewusst?“* Anschließend wurden ihnen die folgenden drei grundlegenden Aussagen zur PrEP vorgelegt:

- *„Bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person vor und nach dem Sex Tabletten ein, um sich vor HIV zu schützen.“*
- *„Die PrEP kann als tägliche Tablette dauerhaft eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat.“*
- *„Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 zwei Tabletten 24–2 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Doppeldosis eingenommen werden.“*

Ergänzt wurden zwei weitere Aussagen zu Wechselwirkungen zwischen geschlechtsangleichender Hormontherapie und den derzeit verfügbaren PrEP-Einnahmeschemata. Diese wurden ausschließlich trans und nicht-binären Personen angezeigt, die entsprechende geschlechtsangleichende Hormone einnahmen oder deren Einnahme planten. Anschließend wurde ihnen folgende Aussage vorgelegt: *„Die PrEP-Einnahme nur kurz vor und nach dem Sex schützt nachweislich beim Analverkehr, nicht jedoch beim Vaginalverkehr.“*

- *„Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron beeinträchtigt in keiner Weise die Wirksamkeit einer PrEP.“*
- *„Wenn Sie Östrogene als Teil Ihrer Hormontherapie nehmen, bietet die PrEP nur bei täglicher auf Dauer angelegter Einnahme sicheren Schutz.“*

Tabelle 8.19 zeigt für jede Aussage den prozentualen Anteil der Teilnehmenden, die die jeweilige Antwortoption auswählten. Die letzte Spalte rechts (*„Wusste ich noch nicht“*) weist den Gesamtanteil der Teilnehmenden aus, die angaben, noch nicht gewusst zu haben, dass die jeweilige Aussage richtig ist.

Allen Studienteilnehmenden mit weiblichem Geburtsgeschlecht wurde anschließend mitgeteilt: *„Die Einnahme der PrEP nur kurz vor und an zwei Tagen nach dem Sex schützt bei Analverkehr (‚aktiv‘ und ‚passiv‘). Für ‚passiven‘ Vaginalverkehr konnte bei dieser Einnahmeform kein entsprechender Schutzeffekt nachgewiesen werden.“*

Tabelle 8.19 zeigt die Verteilung der Antworten auf die einzelnen Aussagen. Die rechte Spalte zeigt den Anteil der Befragten, denen die jeweilige Aussage nicht bereits als zutreffend bekannt war (d. h. alle, die nicht *„Wusste ich bereits“* ausgewählt hatten).

Tabelle 8.19 Wissen über die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

% der trans und nicht-binären Befragten	Wusste ich bereits	War mir nicht sicher	Wusste ich nicht	Verstehe ich nicht	Glaube ich nicht	Wusste ich noch nicht
Bei der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person vor und nach dem Sex Tabletten ein, um sich vor HIV zu schützen n = 545[a]	66,1	14,1	19,8	0,2	0,0	34,1
Die PrEP kann als tägliche Tablette dauerhaft eingenommen werden, vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiß, wann man das nächste Mal Sex hat. n = 544[b]	62,5	11,8	25,6	0,0	0,4	37,7
Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 zwei Tabletten 24–2 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 u. 48h nach der ersten Doppeldosis eingenommen werden. n = 542[c]	33,2	16,6	48,9	0,4	1,1	67,0
Eine geschlechtsangleichende Hormontherapie mit Testosteron beeinträchtigt in keiner Weise die Wirksamkeit einer PrEP. n = 258[d]	38,4	26,4	34,1	0,0	1,2	61,6
Wenn Sie Östrogene als Teil Ihrer Hormontherapie nehmen, bietet die PrEP nur bei täglicher auf Dauer angelegter Einnahme sicheren Schutz. n = 66[e]	7,6	4,5	81,8	1,5	4,5	92,4

[a] fehlende Angaben: n = 0; [b] fehlende Angaben: n = 1; [c] fehlende Angaben: n = 3; [d] fehlende Angaben: n = 1; [e] fehlende Angaben: n = 0

Etwa zwei von drei trans und nicht-binären Befragten (66 %) wussten bereits, dass PrEP bedeutet, dass eine Person ohne HIV vor und nach dem Sex Tabletten einnimmt, um eine HIV-Infektion zu verhindern. Darüber hinaus wussten 62 % bereits, dass PrEP als eine Tablette täglich eingenommen werden kann.

Etwa ein Drittel der trans und nicht-binären Befragten (33 %) wusste bereits, dass PrEP als doppelte Dosis 24–2 Stunden vor dem Sex und anschließend jeweils 24 und 48 Stunden nach der doppelten Dosis eingenommen werden kann.

Hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen PrEP und geschlechtsangleichender Hormontherapie bestand eine erhebliche Wissenslücke: 62 % der trans Männer und nicht-binären AFAB-Befragten, die geschlechtsangleichende Hormone einnahmen oder deren Einnahme planten, war nicht bereits bekannt, dass Testosteron die Wirksamkeit der PrEP nicht beeinträchtigt. Noch größer war die Wissenslücke bei trans Frauen und nicht-binären AMAB-Befragten, die geschlechtsangleichende Hormone einnahmen oder deren Einnahme planten. 92 % war nicht bereits bekannt, dass bei einer Hormontherapie mit Östrogen nur die kontinuierliche tägliche PrEP als wirksam gilt, nicht jedoch das anlassbezogene 2-1-1-Schema. Diese Aussage bezieht sich spezifisch auf das 2-1-1-Schema und nicht auf Einnahmeschemata mit einer längeren, beispielsweise siebentägigen, täglichen Einnahme nach der letzten Exposition. Darunter waren 4 %, die sich unsicher waren, und 4 %, die diese Aussage nicht für zutreffend hielten.

8.4.6 Sexuelle Zurückweisung

Eine deutliche Mehrheit der trans und nicht-binären Befragten (70 %) berichtete, aufgrund ihres Transseins selten oder nie von Männern sexuell zurückgewiesen worden zu sein. 30 % berichteten dagegen, dies mindestens bei der Hälfte der Gelegenheiten erlebt zu haben. Häufige sexuelle Zurückweisung (*„immer"* oder *„meistens"*) wurde von trans Männern (14 %) und trans Frauen (26 %) deutlich häufiger berichtet als von nicht-binären AFAB-Befragten (4 %) und nicht-binären AMAB-Befragten (12 %). **Tabelle 8.20** zeigt die Verteilung der Antworten in den vier Gruppen.

Tabelle 8.20 Erfahrungen mit sexueller Zurückweisung durch Männer aufgrund der Transgender-Identität (N = 420)

Sexual rejection *	Trans Männer (%) N = 194	Trans Frauen (%) N = 47	Nicht-binär AFAB (%) N = 77	Nicht-binär AMAB (%) N = 102	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 420
Immer	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2
Meistens	13,9	25,5	3,9	11,8	12,9
In der Hälfte der Fälle	18,0	23,4	16,9	13,7	17,4
Selten	43,3	19,1	37,7	30,4	36,4
Nie	24,2	31,9	41,6	44,1	33,1

*fehlende Angaben: n = 3.

8.5 Interventionen

Unter einer Intervention verstehen wir die gezielte Einflussnahme auf einen Ablauf mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit bestimmter Ereignisse zu verringern oder zu erhöhen. Dieser Abschnitt befasst sich mit Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens trans und nicht-binärer Menschen. Zusammengefasst werden die Erfahrungen der Befragten mit geschlechtsangleichender Hormontherapie, Informations- und Beratungsangeboten zu HIV und STI, PrEP-Angeboten sowie HIV- und STI-Testangeboten.

8.5.1 Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Manche trans Personen nehmen eine geschlechtsangleichende Hormontherapie in Anspruch, um Belastungen durch Geschlechtsdysphorie zu lindern. Darunter werden Unbehagen oder Leidensdruck verstanden, die durch eine Inkongruenz zwischen der Geschlechtsidentität und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht entstehen können. So können trans Männer und nicht-binäre AFAB-Personen Testosteron einnehmen, während trans Frauen und nicht-binäre AMAB-Personen Östrogen und gegebenenfalls zusätzlich Androgen Blocker einnehmen können [23]. Nicht-binäre Personen nehmen geschlechtsangleichende Hormontherapien hingegen generell seltener in Anspruch [24]. Mögliche Gründe sind ein geringeres Ausmaß an Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper oder Geschlechtsinkongruenz, aber auch gesellschaftliche Stigmatisierung, ein Mangel an zielgruppenspezifischen Informationen sowie Hindernisse und Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung. Barrieren beim Zugang zu geschlechtsangleichender Hormontherapie können die psychische und sexuelle Gesundheit trans und nicht-binärer Personen erheblich belasten [24].

Befragte, die sich selbst als Teil der Trans-Community identifizierten, wurden gefragt: *„Nehmen Sie derzeit geschlechtsangleichende Hormone?“* Als Antwortmöglichkeiten standen *„Ja“*, *„Nein“* und *„Früher habe ich geschlechtsangleichende Hormone genommen, jetzt aber nicht mehr“* zur Auswahl. Befragte, die mit *„Nein“* antworteten, wurden anschließend gefragt: *„Planen Sie, in Zukunft geschlechtsangleichende Hormone zu nehmen?“* mit den Antwortmöglichkeiten *„Ja“*, *„Nein“* und *„Ich bin nicht sicher“*. **Tabelle 8.21** fasst die Antworten zusammen.

Tabelle 8.21 Einnahme geschlechtsangleichender Hormone

Einnahme geschlechtsangleichender Hormone N = 443*	Trans Männer (%) N = 212	Trans Frauen (%) N = 51	Nicht-binär AFAB (%) N = 78	Nicht-binär AMAB (%) N = 102
Keine Einnahme geschlechtsangl. Hormone	12,3	37,3	48,7	83,3
...Kein Beginn geplant	0,5	7,8	9,0	31,7
...Beginn geplant	10,4	21,6	19,2	15,8
...Unsicher	1,4	7,8	20,5	35,6
Aktuell Einnahme geschlechtsangl. Hormone	86,8	60,8	50,0	13,9
Frühere Einnahme geschlechtsangl. Hormone	0,9	2,0	1,3	3,0

*fehlende Angaben: n = 0.

Die meisten binären trans Befragten nahmen entweder bereits geschlechtsangleichende Hormone ein (87 % der trans Männer *vs.* 61 % der trans Frauen) oder planten deren Einnahme (10 % *vs.* 22 %). Lediglich 0,5 % der trans Männer und 8 % der trans Frauen planten nicht, künftig mit der Einnahme geschlechtsangleichender Hormone zu beginnen.

Unter den Befragten, die sich als Teil der Trans-Community identifizierten, war die Einnahme geschlechtsangleichender Hormone auch bei nicht-binären AFAB-Befragten verbreitet: Etwa die Hälfte (50 %) nahm zum Befragungszeitpunkt Hormone ein. Von denjenigen, die derzeit keine Hormone einnahmen (49 %), planten 9 % keine künftige Einnahme; niemand (0 %) hatte früher Hormone eingenommen und die Einnahme inzwischen beendet.

Bei nicht-binären AMAB-Befragten war die Hormoneinnahme seltener, dennoch nahm etwa jede siebte Person (14 %) zum Befragungszeitpunkt geschlechtsangleichende Hormone ein. Von denjenigen, die derzeit keine Hormone einnahmen (83 %), planten 32 % keine künftige Einnahme.

Diese Fragen wurden ausschließlich Befragten gestellt, die sich als Teil der Trans-Community identifizierten. Die hier berichteten Anteile sollten daher nicht als Schätzungen für alle nicht-binären Befragten interpretiert werden.

Befragte, die die Frage *„Nehmen Sie derzeit geschlechtsangleichende Hormone?“* mit *„Ja“* beantwortet hatten, erhielten anschließend die Frage: *„Wird Ihre Hormonbehandlung derzeit medizinisch begleitet?“* Die Verteilung der Antworten ist in **Tabelle 8.22** dargestellt.

Tabelle 8.22 Medizinische Begleitung bei Einnahme geschlechtsangl. Hormone

Medizinische Begleitung der Hormonbehandlung N = 268*	Trans Männer (%) N = 184	Trans Frauen (%) N = 31	Nicht-binär AFAB (%) N = 39	Nicht-binär AMAB (%) N = 14
Nein, ich mache das selbst.	2,2	6,5	2,6	14,3
Nein, eine andere Person hilft mir (die nicht mein*e Arzt*Ärztin ist)	0,0	3,2	0,0	7,1
Ja, von meinem Hausarzt*meiner Hausärztin	9,8	16,1	15,4	7,1
Ja, von einem Facharzt*einer Fachärztin (z.B. Endokrinologie)	88,0	74,2	82,1	71,4
Gesamt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0.

Unter den Befragten, die derzeit geschlechtsangleichende Hormone einnahmen, gaben 85 % an, dass ihre Hormontherapie von einer fachärztlichen Praxis begleitet wurde; bei 11 % erfolgte die Begleitung durch die hausärztliche Praxis. Dagegen gaben 3 % an, ihre Hormontherapie selbst zu überwachen, häufig als *„DIY“* bezeichnet.

Befragte, die auf die Frage *„Nehmen Sie derzeit geschlechtsangleichende Hormone?“* mit *„Früher habe ich geschlechtsangleichende Hormone genommen, jetzt aber nicht mehr“* geantwortet hatten, wurden anschließend gefragt: *„Warum nehmen Sie keine geschlechtsangleichenden Hormone mehr?“* Die Verteilung der Antworten ist in **Tabelle 8.23** dargestellt.

Tabelle 8.23 Gründe für den Abbruch der geschlechtsangleichenden Hormontherapie

Gründe für den Abbruch der geschlechtsangleichenden Hormontherapie N = 7*	%
Sie sind in dem Land, in dem ich lebe, derzeit nicht verfügbar.	0,0
Sie werden von der Krankenkasse nicht bezahlt / sind zu teuer.	14,3
Ich musste sie aus medizinischen Gründen absetzen.	28,6
Ich musste sie aus nichtmedizinischen Gründen absetzen (z.B. wegen meiner Familie)	0,0
Ich wollte sie nicht mehr nehmen	42,9
Andere Gründe	14,3
Gesamt	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 0.

Befragte, die die Frage *„Nehmen Sie derzeit geschlechtsangleichende Hormone?“* mit *„Ja“* beantwortet hatten, wurden anschließend gefragt: *„Woher haben Sie Ihre geschlechtsangleichenden Hormone? (Mehrere Angaben möglich).“* Die Verteilung der Antworten ist in **Tabelle 8.24** dargestellt.

Tabelle 8.24 Bezugsquelle geschlechtsangleichender Hormone

Bezugsquelle geschlechtsangleichender Hormone N = 267*	Trans Männer (%) N = 183	Trans Frauen (%) N = 31	Nicht-binär AFAB (%) N = 39	Nicht-binär AMAB (%) N = 14
Allgemeinmedizinische/hausärztliche Praxis	13,7	22,6	20,5	14,3
Andere fachärztliche Praxis (z.B. Endokrinologie)	81,4	61,3	76,9	78,6
Krankenhaus / Klinik	0,5	3,2	0,0	0,0
Community-Gesundheitszentrum	0,0	0,0	0,0	0,0
Online-Apotheke / Ausland	0,5	6,5	2,6	7,1
Stationäre Apotheke	3,3	6,5	0,0	0,0
Freund*in/Partner*in	0,0	0,0	0,0	0,0
Ich verwende andere Hormonpräparate (z.B. Antibabypille)	0,0	0,0	0,0	0,0
‚Drogendealer' oder auf dem ‚Schwarzmarkt'	0,0	0,0	0,0	0,0
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,5	0,0	0,0	0,0

Hinweis: Es waren mehr als eine Antwort zulässig, weshalb die Prozentsätze insgesamt nicht 100 ergeben
*fehlende Angaben: n = 1.

Etwa vier von fünf trans und nicht-binären Befragten (78 %) bezogen ihre geschlechtsangleichenden Hormone von einer fachärztlichen Praxis, gefolgt von der hausärztlichen Praxis (16 %). 0,4 % bezogen ihre Hormone über eine Einrichtung für Trans-Gesundheit, 3 % aus einer Apotheke in ihrem Wohnsitzland, 1,9 % aus einer Online-Apotheke und 0,7 % aus einem Krankenhaus oder einer Klinik.

8.5.2 Aufklärungsangebote zu HIV und STI

Informationen zur sexuellen Gesundheit – wie Gesundheitsinformationen allgemein – werden eher wahrgenommen, wenn sie auf die Lebensumstände und Präferenzen der jeweiligen Zielgruppe zugeschnitten sind und diese einbeziehen.

Studienteilnehmende, die sich selbst als Teil der Trans-Community identifizierten, wurden gefragt: „*Wann haben Sie das letzte Mal Informationen über HIV oder sexuell übertragene Infektionen gesehen oder gehört, die speziell für trans Personen bestimmt waren?*". Anhand einer Skala konnten sie angeben, wie lange dies zurücklag.

Etwa die Hälfte der trans und nicht-binären Befragten (52 %) gab an, noch nie Informationen über HIV oder STI speziell für trans Personen gesehen oder gehört zu haben; 40 % hatten solche Informationen in den letzten 12 Monaten gesehen oder gehört.

8.5.3 Schutzinterventionen: HIV-PrEP-Angebote

Alle trans und nicht-binären Studienteilnehmenden, die jemals PrEP eingenommen hatten (n = 90), wurden gefragt: „*Wo haben Sie die Tabletten für Ihre PrEP erhalten?*“ **Tabelle 8.25** zeigt die angegebenen Bezugsquellen der PrEP in den vier Gruppen.

Tabelle 8.25 Bezugsquellen für PrEP unter trans und nicht-binären Befragten, die jemals PrEP eingenommen hatten

Bezugsquellen für PrEP *	Trans Männer (%) N = 24	Trans Frauen (%) N = 7	Nicht-binär AFAB (%) N = 9	Nicht-binär AMAB (%) N = 50	Alle trans und nicht-binären Befragten (%) N = 90
PrEP-Studie	4,3	0,0	11,1	2,0	3,4
Allgemeinmed./hausärztliche Praxis	26,1	33,3	44,4	32,0	31,8
Andere fachärztliche Praxis/ HIV-Schwerpunktpraxis	56,5	33,3	33,3	50,0	48,9
Krankenhausambulanz	4,3	0,0	0,0	2,0	2,3
Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint	13,0	0,0	0,0	12,0	10,2
Online-Apotheke/ Ausland	0,0	0,0	0,0	4,0	2,3
Stationäre Apotheke	26,1	50,0	33,3	34,0	33,0
Ich habe PEP-Tabletten als PrEP genutzt.	0,0	0,0	0,0	2,0	1,1
Ich habe HIV-Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ich habe die PrEP von einem*einer Freund*in/Partner*in erhalten.	0,0	16,7	0,0	6,0	4,5
Einrichtung für Trans-Gesundheit	0,0	16,7	11,1	0,0	2,3
Andere Antwort	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Hinweis: Es waren mehr als eine Antwort zulässig, weshalb die Prozentsätze insgesamt nicht 100 ergeben
*fehlende Angaben: n = 2.

Etwa die Hälfte der trans und nicht-binären Befragten (49 %) bezog PrEP über eine niedergelassene ärztliche Praxis. 6 % gaben an, PrEP aus informellen Quellen bezogen zu haben, etwa indem sie PEP-Tabletten als PrEP oder die ART einer anderen Person verwendeten oder PrEP-Tabletten aus dem persönlichen Umfeld erhielten.

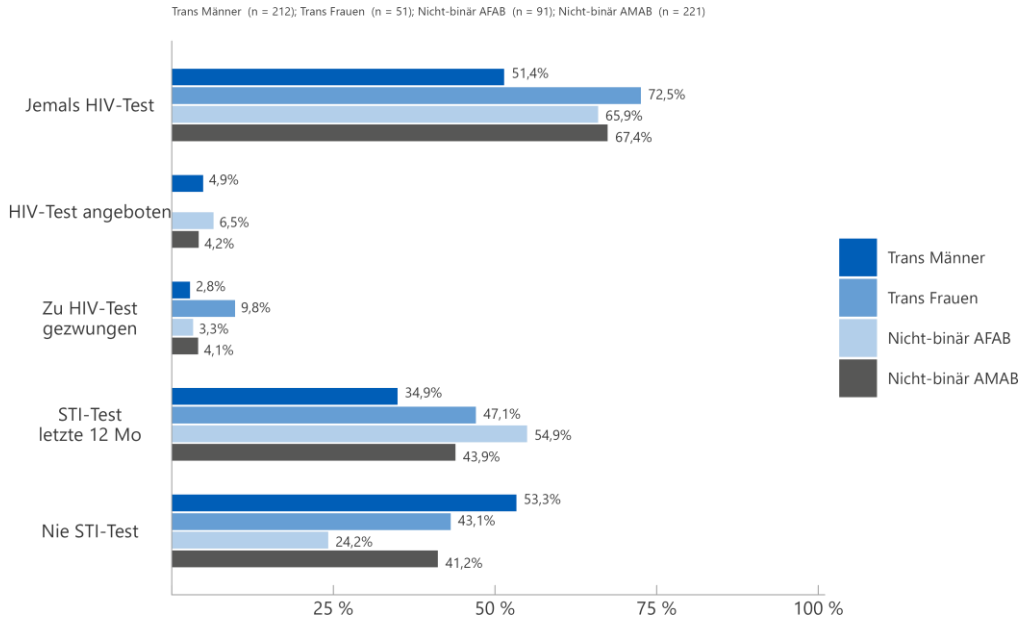
8.5.4 Testinterventionen: HIV- und STI-Testangebote

8.5.4.1 HIV-Testangebote

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für HIV-Tests wurden in vielen europäischen Ländern gelockert, und HIV-Tests sind in einer Vielzahl von Einrichtungen verfügbar, darunter Community nahe Testangebote (häufig ohne ärztliche Anwesenheit, sondern Testdurchführung durch geschultes Personal [25]), sowie Einsende- und Heimtests [26]. Dieser Abschnitt betrachtet die Inanspruchnahme von HIV-Tests, die Einrichtungen und Angebote, in denen diese durchgeführt werden, die Zufriedenheit der Befragten mit den Testangeboten sowie die Frage, in welchem Umfang Gesundheitsdienste HIV-Tests aktiv anbieten. Unter den trans und nicht-binären Befragten, die noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten hatten, berichteten 5 %, dass ihnen jemals von einem Gesundheitsdienst ein HIV-Test angeboten worden war. Von den vier Transgender-Gruppen war dieser Anteil bei nicht-binären AFAB-Befragten am höchsten (6 %) (**Abbildung 8.20**).

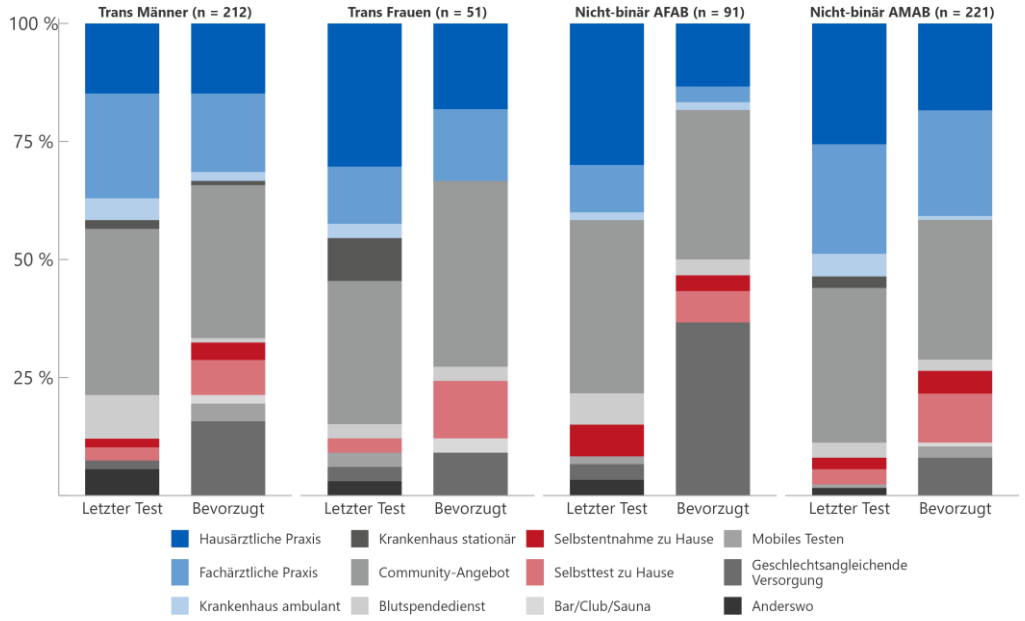
Etwa drei von fünf trans und nicht-binären Befragten (62 %) hatten jemals ein HIV-Testergebnis erhalten. Die höchsten Anteile fanden sich bei trans Frauen (73 %) und nicht-binären AMAB-Befragten (67 %). Vier Prozent der trans und nicht-binären Befragten berichteten, jemals zu einem HIV-Test gezwungen oder durch Täuschung dazu gebracht worden zu sein. Darüber hinaus hatten 39 % noch nie einen STI-Test erhalten, während 43 % in den letzten 12 Monaten auf STI getestet worden waren.

Abbildung 8.20 Testerfahrungen zu HIV und STI, nach Transgender-Gruppe



Teilnehmende, die angaben, jemals einen HIV-Test erhalten zu haben, wurden gefragt: „*Wo haben Sie Ihren letzten HIV-Test durchführen lassen?*“ und „*Was wäre Ihre erste Wahl für einen HIV-Test, wenn Sie frei wählen könnten?*“. **Abbildung 8.21** vergleicht die Antworten auf diese beiden Fragen.

Abbildung 8.21 Letzter Ort des HIV-Tests *vs.* Bevorzugter Ort, nach Transgender-Gruppe



Die drei am häufigsten genannten Einrichtungen bzw. Angebote für den letzten HIV-Test und als bevorzugte Möglichkeit für einen künftigen HIV-Test waren:

- **Community-Angebot**: 34 % (letzter HIV-Test) *vs.* 32 % (bevorzugt).
- **Krankenhaus (ambulant)**: 4 % (letzter HIV-Test) *vs.* 1,2 % (bevorzugt).
- **Hausärztliche Praxis**: 23 % (letzter HIV-Test) *vs.* 16 % (bevorzugt).

Teilnehmende mit HIV-Diagnose wurden gefragt: *„Als bei Ihnen HIV diagnostiziert wurde, wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung und den Informationen, die Sie erhalten haben?"* Teilnehmende, deren letzter HIV-Test negativ ausgefallen war, wurden gefragt: *„Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung und den Informationen, die Sie erhalten haben?"*. Beiden Gruppen wurden dieselben Antwortmöglichkeiten angeboten; die Verteilung der Antworten ist in **Tabelle 8.26** dargestellt.

Tabelle 8.26 Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen beim HIV-Test bei trans und nicht-binären Befragten

Zufriedenheit mit der Unterstützung und den Informationen, die während des HIV-Tests erhalten wurden	HIV-Diagnose N = 27*	Letzter HIV-Test negativ N = 325**
Ich habe keine Unterstützung oder Informationen erhalten	7,4	16,9
Sehr zufrieden	29,6	40,0
Zufrieden	40,7	24,3
Unzufrieden	7,4	4,9
Sehr unzufrieden	3,7	1,8
Ich erinnere mich nicht / habe nicht darüber nachgedacht	11,1	12,0
Gesamt	**100,0**	**100,0**

*fehlende Angaben: n = 4; **fehlende Angaben: n = 5

Etwa zwei von drei trans und nicht-binären Befragten (65 %) waren mit der erhaltenen Unterstützung und den Informationen zufrieden oder sehr zufrieden. 16 % gaben jedoch an, keinerlei Unterstützung oder Informationen erhalten zu haben. Der Anteil der mit der erhaltenen Unterstützung und den Informationen unzufriedenen Befragten war bei positivem HIV-Testergebnis höher (11 %) als bei negativem Testergebnis (7 %).

8.5.4.2 STI-Testangebote

Alle Studienteilnehmenden wurden gefragt: *„Wann wurden Sie zuletzt auf andere sexuell übertragene Infektionen (STI) als HIV getestet?"* Anhand einer Skala konnten sie angeben, wie lange dies zurücklag. Unter den trans und nicht-binären Befragten hatten sich 57 % jemals auf STI testen lassen; 43 % hatten in den letzten 12 Monaten einen STI-Test erhalten. Von den vier Transgender-Gruppen war ein STI-Test in den letzten 12 Monaten bei nicht-binären AFAB-Befragten am häufigsten (55 %) und bei trans Männern am seltensten (35 %). Teilnehmende, die in den letzten 12 Monaten einen STI-Test erhalten hatten (n = 245), wurden gefragt: *„Hatten Sie zu diesem Zeitpunkt irgendwelche Symptome?"* Insgesamt antworteten 78 % mit *„Nein"*, 20 % mit *„Ja"* und 2 % mit *„Ich erinnere mich nicht"*. Der Anteil der Befragten, die symptomfrei auf STI getestet worden waren (d. h. im Rahmen eines STI-Screenings), unterschied sich zwischen den vier Gruppen nur wenig (74 % bis 82 %).

8.5.4.3 Bestandteile der STI-Testung

Trans und nicht-binäre Teilnehmende wurden gefragt: *„Damit wir Ihnen angemessene Fragen zu Ihrem Sexualleben stellen können und weil die Körper von Menschen unterschiedlich sind, teilen Sie uns bitte mit: Haben Sie … (Mehrere Angaben möglich)“* Die Antwortmöglichkeiten unterschieden sich nach dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

Befragten, denen bei der Geburt das weibliche Geschlecht zugewiesen worden war, wurden folgende Antwortmöglichkeiten angeboten: *„Eine Vagina“*, *„Eine Vulva ohne Vaginalöffnung“*, *„Einen Penis (KlitPen/Metoidioplastik)“*, *„Einen Penis (KlitPen/Metoidioplastik)“* und *„Einen Penis (Penoid-Aufbau/Phalloplastik)“*.

Befragten, denen bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen worden war, wurden folgende Antwortmöglichkeiten angeboten: *„einen Penis“*, *„Hoden“*, *„eine (Neo-)Vagina“* und *„eine (Neo-)Vulva ohne Vaginalöffnung“*. (*„einen Penis“*, *„Hoden“*, *„eine (Neo-)Vagina“*, *„eine (Neo-)Vulva ohne Vaginal Tiefe (ohne Vaginalöffnung)“*.

Anschließend wurden den Befragten entsprechend ihrer angegebenen Anatomie verschiedene Fragen zu den Bestandteilen der STI-Testung gestellt, die sie in den letzten 12 Monaten erhalten hatten. Dazu gehörten:

- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung etwas in Ihre Penisöffnung eingeführt (Harnröhrenabstrich)?“*
- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung Ihr Penis untersucht?”*
- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung etwas in Ihre Vagina eingeführt (Vaginalabstrich)?”*
- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung Ihre Vagina untersucht?”*
- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung etwas in Ihren Anus eingeführt (Analabstrich))?”*
- *„Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer STI-Untersuchung Ihr Anus untersucht?”*

Wie bereits in **Abschnitt 7.6.4.1** beschrieben, wurden den Befragten aufgrund eines technischen Fehlers [27] zwei Fragen *nicht* angezeigt, die in den beiden vorherigen EMIS-Wellen enthalten waren: ob sie in den letzten 12 Monaten im Rahmen einer STI-Untersuchung eine Blut- bzw. eine Urinprobe abgegeben hatten. Die übrigen Bestandteile der STI-Testung sind in **Tabelle 8.27** zusammengefasst.

Vaginale Abstriche sind beim Nachweis von genitaler Gonorrhö und Chlamydien sensitiver als Urinproben. Unter den Befragten mit einer Vagina oder entsprechenden Körperteilen (N = 118, die die Frage beantwortet haben) gaben 75 % an, in den letzten 12 Monaten im Rahmen einer STI-Untersuchung einen Vaginalabstrich erhalten zu haben. Im Vergleich dazu gaben unter den trans und nicht-binären Befragten mit einem Penis oder entsprechenden Körperteilen (N = 63, die die Frage beantwortet haben) 36 % an, in den letzten 12 Monaten im Rahmen einer STI-Untersuchung einen Harnröhrenabstrich erhalten zu haben.

Tabelle 8.27 Elemente der STI-Untersuchungen in den letzten 12 Monaten bei trans und nicht-binären Befragten

Bestandteile der STI-Testung N = 245	Trans Männer (%) N = 74	Trans Frauen (%) N = 24	Nicht-binär AFAB (%) N = 50	Nicht-binär AMAB (%) N = 97
Harnröhrenabstrich* n = 63[a]	[50,0]	[35,0]	—	(35,9)
Untersuchung des Penis* n = 68[b]	[18,2]	[30,0]	—	(24,3)
Vaginalabstrich** n = 118[c]	(74,2)	[75,0]	(76,1)	[100,0]
Vaginale Untersuchung** n = 117[d]	(45,5)	[25,0]	(37,8)	[50,0]
Analabstrich n = 244[e]	(42,5)	(66,7)	(40,0)	(73,2)
Anale Untersuchung n = 243[f]	(9,6)	(16,7)	(0,0)	(29,2)

Werte in Klammern ( ) kennzeichnen Kategorien mit weniger als 100 Befragten (N < 100);
Werte in eckigen Klammern [ ] Kategorien mit weniger als 20 Befragten (N < 20).
*Harnröhrenabstrich / Untersuchung des Penis wurde nur cis Männern, anderen AMAB-Befragten mit Penis sowie AFAB-Befragten mit Phalloplastik angezeigt; **Vaginalabstrich / vaginale Untersuchung nur AMAB-Befragten mit Neovagina sowie AFAB-Befragten mit Vagina.
[a] fehlende Angaben: n = 116; [b] fehlende Angaben: n = 4; [c] fehlende Angaben: n = 0; [d] fehlende Angaben: n = 1; [e] fehlende Angaben: n = 1; [f] fehlende Angaben: n = 2.

Bei trans Männern mit Vagina hatten 74 % einen Vaginalabstrich erhalten, während Analabstriche seltener waren (42 %). Von den trans Männern mit Penis, die in den letzten 12 Monaten auf STI getestet worden waren (n = 4), hatten 50 % einen Harnröhrenabstrich erhalten.

Bei trans Frauen mit Penis hatten 35 % einen Harnröhrenabstrich und 67 % einen Analabstrich erhalten. Von den trans Frauen mit Vagina, die in den letzten 12 Monaten auf STI getestet worden waren (n = 6), hatten 75 % einen Vaginalabstrich erhalten.

Bei nicht-binären AFAB-Befragten waren Vaginalabstriche (76 %) und vaginale Untersuchungen (38 %) ähnlich häufig wie bei trans Männern. Nicht-binäre AMAB-Befragte wiesen dagegen die höchsten Anteile an Analabstrichen (73 %) und analen Untersuchungen (29 %) auf.

Literatur

1. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*. 2015;70: 832–64. Available from: https://DOI.org/10.1037/a0039906.

2. Wang H, Kolstee J, Casalini JL, Hakim S, Zimmermann HM, Jonas KJ. Likelihood of HIV and recent bacterial sexually transmitted infections among transgender and non-binary individuals in 20 European countries, October 2023 to April 2024. *Euro Surveill*. 2024;29(48). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39611207

3. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). *Classifying educational programmes. Manual for ISCED-97 implementation in OECD countries*. Paris: OECD; 1999 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://stat.gl/publ/kl/UD/199701/periaaseq/Classifying%20Educational%20Programmes%20-%20Manual%20for%20ISCED-97%20Implementation%20in%20OECD%20Countries.pdf

4. Smiley A, Burgwal A, Orre C, Summanen E, García Nieto I, Vidić J, *et al. Overdiagnosed but underserved*. Transgender Europe and Central Asia; 2017 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://tgeu.org/overdiagnosed-but-underserved-trans-health-survey

5. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet*. 2016;388(10042):412–36. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27323919

6. Stutterheim SE, Dijk M van, Wang H, Jonas KJ. The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(12): e0260063. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34851961

7. Hainey KJ, Connolly DJ, Thomson R, Smalley N, Campbell DD, Wells V, *et al.* Mental health outcomes in transgender and nonbinary people: An umbrella review. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(11):1142–51. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40768163

8. Klinger D, Oehlke SM, Riedl S, Eschbaum K, Zesch HE, Karwautz A, *et al.* Mental health of non-binary youth: A systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):126. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39385290

9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613–21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996233

10. Shields AL, Caruso JC. A reliability induction and reliability generalization study of the CAGE questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*. 2004;64(2):254–70.

11. Sperle I, Steffen G, Leendertz SA, Sarma N, Beermann S, Thamm R, *et al.* Prevalence of hepatitis B, C, and D in germany: Results from a scoping review. *Frontiers in Public Health*. 2020;8. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2020.00424

12. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, *et al.* Changes in sexual attitudes and lifestyles in britain through the life course and over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet*. 2013;382(9907):1781–94. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286784

13. Mercer CH, Prah P, Field N, Tanton C, Macdowall W, Clifton S, *et al.* The health and well-being of men who have sex with men (MSM) in Britain: Evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health*. 2016;16:525. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27386950

14. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016;38:4–12. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27788450

15. Hickson F. Chemsex as edgework: Towards a sociological understanding. *Sex Health*. 2018;15(2):102–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29321096

16. Hibbert MP, Hillis A, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *Int J Drug Policy*. 2021;93:103187. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395921000852

17. Giraudon I, Schmidt AJ, Mohammed H. Surveillance of sexualised drug use - the challenges and the opportunities. *Int J Drug Policy*. 2018;55:149–54. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29598967

18. Tran H, Ross MW, Diamond PM, Berg RC, Weatherburn P, Schmidt AJ. Structural validation and multiple group assessment of the short internalized homonegativity scale in homosexual and bisexual men in 38 European countries: Results from the European MSM Internet Survey. *J Sex Res*. 2018;55(4-5):617–29. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29058473

19. Pachankis JE, Clark KA, Burton CL, Hughto JMW, Branstrom R, Keene DE. Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *J Pers Soc Psychol*. 2020;119(3):713–40. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31928026

20. Anderson C, John OP, Keltner D, Kring AM. Who attains social status? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *J Pers Soc Psychol*. 2001;81(1):116–32. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11474718

21. Green AI. Sexual fields: *Toward a sociology of collective sexual live*. Chicago: University of Chicago Press; 2013.

22. Vandello JA, Bosson JK, Cohen D, Burnaford RM, Weaver JR. Precarious manhood. *J Pers Soc Psychol*. 2008;95(6):1325–39. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19025286

23. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, Vries ALC de, Deutsch MB, *et al.* Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*. 2022;23(Suppl 1):S1–259.

24. Kennis D M. Gender affirming medical treatment desire and treatment motives in binary and non-binary transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022;19:1173–84. Available from: https://DOI.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.603

25. Cremer A, Reintjes R, Schulte B, Kantwerk C, Schmidt AJ. Auswirkungen der Aufhebung des Arztvorbehaltes für HIV-, Hepatitis-C- und Syphilis-Schnelltests in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes [Impact of a national policy change on rapid diagnostic testing for HIV, hepatitis C and syphilis by lay providers in community-based organisations and local public health centres: a cross-sectional study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2025;68(10):1194–1203. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40828249

26. Schmidt AJ, Kantwerk C, Kimmel S, Osswald W, Kohl J, Ahrens J, *et al. HIV- and STI-testing in community-based VCT centres in Germany. Half-Year Report 1/2025*. Berlin: Deutsche Aidshilfe; 2025 [cited 2026 Aug 17]. Available from: https://profis.aidshilfe.de/wp-content/uploads/2025/07/CBVCT_sam_Report_2025-1-EN.pdf

27. Aphami L, Bereczky T, Casalini JL, Lunchenkov N, Marcus U, Jonas KJ, Schmidt AJ European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS-2024): Design and Methods. *Sexuality Research and Social Policy*. 2026; Available from: https://DOI.org/10.1007/s13178-026-01288-8

Kapitel 9: Gesundheitliche Ungleichheiten

Dieses Kapitel untersucht die Frage: *„Wie hoch sind (1) die Morbidität im Bereich der sexuellen Gesundheit, (2) das Risiko- und Schutzverhalten, (3) die ungedeckten Präventionsbedarfe und (4) die Inanspruchnahme von Interventionen in den verschiedenen MSM-Gruppen, die Zielgruppen der Förderung sexueller Gesundheit sind?“* Hierzu betrachten wir, wie sich die in den **Kapiteln 4** bis **7** beschriebenen binären Indikatoren zwischen den in **Kapitel 3** identifizierten Schlüsselgruppen der Förderung sexueller Gesundheit unterscheiden.

Dieser deskriptive Ansatz soll den Zugang zu Daten erleichtern, mit denen sich die vielfältigen spezifischen Fragestellungen von EMIS-Datennutzenden beantworten lassen. Unsere Partner und Stakeholder interessieren sich für unterschiedliche gesundheitliche Fragestellungen in einer Vielzahl von Teilpopulationen der EMIS-2024-Stichprobe – vor allem unter cisgeschlechtlichen MSM (95 % der deutschen Stichprobe), aber auch unter trans und nicht-binären Personen. Dieses Kapitel stellt hierfür entsprechend aufgeschlüsselte Daten bereit. So wird beispielsweise dargestellt, welcher Anteil der Befragten mit HIV-Diagnose Angst- und Depressionssymptome aufweist oder welcher Anteil, der unter 25-Jährigen keinen Zugang zu Kondomen hat.

Jedes Unterkapitel beginnt mit einem demografischen Überblick über die dargestellten Gruppen, sodass Unterschiede zwischen ihnen im jeweiligen Kontext eingeordnet werden können.

Anschließend betrachten wir die Indikatoren anhand von sechs zentralen demografischen Merkmalen: Alter; sexuelle und geschlechtliche Identität; „Outness“; Beziehungsstatus; Geburtsland und migrationsbezogene Merkmale sowie HIV-Diagnose. Darüber hinaus betrachten wir anhand derselben Indikatoren zwei weitere Gruppen: MSM, die Drogen injizieren, und MSM, welche Sex gegen Bezahlung anbieten. Insgesamt berichten wir Daten zu 64 binären Gesundheitsindikatoren: 13 Morbiditätsindikatoren, 10 Verhaltensindikatoren, 22 Bedarfsindikatoren und 19 Interventionsindikatoren.

Diese binären Indikatoren werden für insgesamt 28 Gruppen dargestellt: vier Altersgruppen, sechs Gruppen nach sexueller und geschlechtlicher Identität, drei Gruppen nach dem Grad der „Outness“, drei Gruppen nach Beziehungsstatus, vier Gruppen nach Migrationsmerkmalen, zwei Gruppen nach HIV-Diagnose, vier Gruppen nach dem Anbieten von Sex gegen Bezahlung und zwei Gruppen nach injizierendem Drogenkonsum. Insgesamt enthält dieses Kapitel damit 1 792 Einzelwerte. Darüber hinaus untersucht es die Frage: *„Welche Teilgruppen der Befragten weisen, mehrere unzureichend gedeckte Präventionsbedarfe auf und sollten daher vorrangige Zielgruppen sein?“*

Unser Ansatz zur Darstellung der Daten ist deskriptiv und nicht inferenzstatistisch. Wir haben nicht berechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit die beobachteten Unterschiede zufallsbedingt sind, da es sich um eine Nicht-Zufallsstichprobe handelt. Unadjustierte Assoziationsmaße (z. B. *Odds Ratios* oder Risikoverhältnisse) zwischen

den demografischen Gruppen und den Indikatoren werden nicht dargestellt, da sie anhand der Tabellenwerte berechnet werden können. Auch adjustierte Assoziationen zwischen den demografischen Gruppen und den Indikatoren (d. h. unter Kontrolle der Zugehörigkeit zu den jeweils anderen demografischen Gruppen) werden nicht berichtet, da wir nicht die Kausalität dieser Zusammenhänge untersuchen, sondern die Ausprägung der Indikatoren in den jeweiligen Zielgruppen beschreiben.

In allen folgenden Tabellen kennzeichnet eine Schattierung diejenige Teilgruppe, in der der jeweilige Indikator am ungünstigsten ausgeprägt ist. Hervorgehoben wird damit die Teilgruppe mit der höchsten Morbidität, dem stärksten Risikoverhalten bzw. dem geringsten Schutzverhalten, den größten ungedeckten Bedarfen der Gesundheitsförderung, der geringsten Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Interventionen bzw. der häufigsten Erfahrung mit gesundheitsschädigenden Interventionen. Spalten mit vielen hervorgehobenen Zellen weisen auf Teilgruppen hin, die im Vergleich zu anderen Teilgruppen durchgehend eine höhere Morbidität, stärkeres Risikoverhalten, geringeres Schutzverhalten, größere ungedeckte Bedarfe und eine geringere Inanspruchnahme von Interventionen aufweisen. Auf diese Weise lassen sich anhand dieser Merkmale vorrangige Zielgruppen identifizieren.

In den folgenden Tabellen werden Werte, die auf Nennern von weniger als 20 Befragten beruhen (n < 20), in eckigen Klammern [ ] und Werte auf Grundlage von Nennern von weniger als 100 Befragten (n < 100) in runden Klammern ( ) dargestellt.

9.1 Altersbedingte gesundheitliche Ungleichheiten

Das Altersprofil der Stichprobe wird in **Abschnitt 3.2** beschrieben. Die folgenden Tabellen zeigen wichtige demografische Daten und Schlüsselindikatoren nach Altersgruppe.

Tabelle 9.1 Demografische Merkmale nach Altersgruppe

Altersgruppe und demografische Merkmale	< 25 Jahre (n = 1068)	25–39 (n = 3273)	40–64 (n = 5749)	65+ (n = 502)	Gesamt (N = 10 592)
Alter (Mittelwert)	21,2	32,5	50,6	69,3	42,9
Alter (SD)	2,1	4,3	6,7	4,4	13,3
Alter (Median)	21	33	50	68	43
% höhere Bildung	36,4	74,9	68,4	69,1	67,2
% feste Partnerschaft	21,3	44,2	57,1	50,6	49,2
% vollständig geoutet [a]	42,2	57,7	59,4	52,0	56,8
% im Ausland geboren	8,6	18,1	9,7	6,8	12,1
% Sexarbeitende [b]	5,1	2,4	1,5	1,0	2,1
% PWID [c]	1,2	1,2	2,7	1,8	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] alle/fast alle wissen von sexueller Anziehung zu Männern; [b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [c] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

Befragte unter 25 Jahren berichteten am seltensten von einem festen Partner (21,3 %) und am häufigsten, regelmäßig Sex gegen Bezahlung anzubieten (5,1 %). Unter den 40- bis 64-Jährigen war der Anteil der Personen mit injizierendem Drogenkonsum (PWID) am höchsten (2,7 %).

9.1.1 Alter und Morbiditäten

Die Morbiditätsindikatoren unterschieden sich zwischen den Altersgruppen (**Tabelle 9.2**). Schwere Angst- und Depressionssymptome waren bei den 40- bis 64-Jährigen am häufigsten. Bei Befragten ab 65 Jahren waren Gedanken an Selbstverletzung, eine HIV-Diagnose in den letzten 12 Monaten, eine aktive Hepatitis B oder C sowie Chlamydien Infektionen am häufigsten. Bei den 25- bis 39-Jährigen waren dagegen mögliche Alkoholabhängigkeit, Mpox und Syphilis am häufigsten.

Tabelle 9.2 Morbiditäten nach Altersgruppe

Altersgruppe und Morbiditäten	< 25 Jahre (n = 1068)	25–39 (n = 3273)	40–64 (n = 5749)	65+ (n = 502)	Gesamt (N = 10 592)
% schwere Angst- u. Depression [a]	14,1	9,9	5,0	2,4	7,3
% Selbstverl.-gedanken [a]	30,9	19,8	12,2	8,0	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	25,3	20,6	21,8	21,5	21,8
% potenzielle Alkoholabhäng. [c]	26,3	27,0	21,3	18,2	23,4
% HIV-Diagnose	0,5	6,5	16,8	23,1	12,2
% HIV-Neudiagnose [d]	0,2	0,4	0,3	0,0	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	[0,0]	5,8	2,4	2,6	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,0	0,1	0,4	1,0	0,3
% Mpox [f]	0,2	2,0	2,0	0,0	1,7
% Syphilis [f]	1,2	5,0	6,4	4,6	5,3
% Gonorrhö [f]	6,9	13,8	8,7	3,4	9,8
% Chlamydien [f]	5,1	11,7	8,5	3,0	8,9
% Feigwarzen [g]	3,6	16,2	24,6	21,4	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.1.2 Alter und Verhalten

Schutzverhalten war in der jüngsten Altersgruppe am seltensten, während Risikoverhalten bei den 40- bis 64-Jährigen am stärksten ausgeprägt war. Dazu gehörten die höchste Anzahl nicht-fester männlicher Sexpartner und das breiteste sexuelle Repertoire [1]. Schutzverhalten in Form der Einnahme von ART und PrEP war zugleich in der Altersgruppe mit dem stärksten Risikoverhalten am häufigsten (**Tabelle 9.3**).

Tabelle 9.3 Verhalten nach Altersgruppe

Altersgruppe und Verhaltensweisen	< 25 Jahre (n = 1068)	25–39 (n = 3273)	40–64 (n = 5749)	65+ (n = 502)	Gesamt (N = 10 592)
% Safer Sex [a]	27,1	52,5	56,3	45,0	51,6
% kosistent Kondome [b]	26,7	23,0	19,6	18,6	21,2
% aktuell PrEP[c]	11,6	31,8	27,7	12,5	26,6
% ART [d]	[60,0]	92,9	92,8	97,4	93,1
% jemals PEP [c]	5,9	11,5	13,0	6,6	11,5
% 'doxy-PEP' [e]	3,1	7,4	6,5	3,0	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	3	5	6	3	5
SRS (Mittelwert) [f]	5,3	6,0	6,1	6,0	6,0
% Chemsex [g]	2,5	5,3	6,0	3,6	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	1,2	1,2	2,7	1,8	2,1

Zahlen in runden Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Kondomnutzung mit nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika in den letzten 12 Monaten (z. B. Doxycyclin) vor oder nach dem Geschlechtsverkehr, um das Risiko einer Ansteckung mit bestimmten sexuell übertragenen Infektionen zu verringern. (Doxy-PrEP/Doxy-PEP)'; [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl im Bereich von 1 bis 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.1.3 Alter und Bedarfe

Befragte unter 25 Jahren wiesen bei den meisten Indikatoren häufiger ungedeckte Präventionsbedarfe auf. Ausnahmen waren Sorgen hinsichtlich des Drogenkonsums sowie einzelne Wissensbedarfe, die bei älteren Befragten häufiger auftraten (**Tabelle 9.4**).

Tabelle 9.4 Bedarfe nach Altersgruppe

Altersgruppe und Bedarfe	< 25 Jahre (n = 1068)	25–39 (n = 3273)	40–64 (n = 5749)	65+ (n = 502)	Gesamt (N = 10 592)
Mittelwert SIHS[a]	1,3	1,1	0,9	0,9	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	4,4	5,7	4,0	1,0	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	11,3	8,1	6,6	7,0	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	17,7	11,2	5,9	5,8	8,7
% homo-/ transneg. Gewalt erlebt [b]	7,7	3,7	2,1	0,6	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	5,2	1,4	0,5	0,4	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [b]	13,2	8,4	4,7	2,4	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung befürchtet [b]	27,5	12,6	5,6	2,0	9,8
% gefühlte Unsicherheit im öffentl. Raum [b]	54,3	34,8	20,1	6,8	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	18,3	10,0	10.0	18,3	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	28,9	14,4	15,3	26,1	16,9
% Wissenslücke: PrEP [e]	46,7	23,3	23,3	33,3	26,7
% PrEP nicht bekannt	35,8	17,0	17,0	30,6	19,7
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	14,3	5,7	5,7	8,6	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	33,6	7,7	3,4	4,6	7,8
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	42,5	22,5	12,5	10,0	17,5
% nicht bekannt, wo Hep.-A/B-Impf. mögl.	23,8	11,5	9,0	12,0	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	56,7	40,0	43,3	56,7	43,3
% HPV-Impfung nicht bekannt	48,1	35,1	41,9	58,8	41,2
% Wissenslücke: Mpox [e]	36,7	16,7	16,7	33,3	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	38,3	17,2	17,1	31,5	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	67,8	40,2	34,5	46,7	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

Diese Daten verdeutlichen konkrete und unmittelbar adressierbare Bedarfe in der jüngsten Altersgruppe der MSM in Deutschland. Die Verhaltensdaten deuten darauf hin, dass diese Befragten bislang weniger Risikoverhalten zeigen als ältere Befragte. Gleichzeitig bestehen jedoch ungedeckte Bedarfe, die ihr Risiko für künftige Beeinträchtigungen der sexuellen Gesundheit erhöhen können. In dieser Altersgruppe berichteten 11,3 % eine unzureichende Kontrolle über Safer Sex, 17,7 % eine unzureichende Kontrolle über unerwünschten Sex und 5,2 %, in den letzten 12 Monaten körperlich zum Sex gezwungen oder genötigt worden zu sein.

Ein hoher Anteil der Befragten unter 25 Jahren wusste nicht, was PrEP ist (35,8 %); 28,9 % wussten nicht, dass eine Person mit nicht nachweisbarer Viruslast HIV nicht übertragen kann (U = U), und 33,6 % wussten nicht, wo sie sich auf HIV testen lassen können. Darüber hinaus wussten 23,8 % nicht, wo sie eine Impfung gegen Hepatitis A/B erhalten können, 48,1 % war nicht bekannt, dass es eine HPV-Impfung gibt,

und 67,8 % wussten nicht, wo sie eine Mpox-Impfung erhalten können. Diese Befunde weisen auf relevante Lücken bei Information, Zugang zu Gesundheitsdiensten und der Vermittlung verfügbarer Präventionsmaßnahmen hin, die bei der künftigen Förderung der sexuellen Gesundheit dieser Altersgruppe berücksichtigt werden sollten.

9.1.4 Alter und Interventionen

Die jüngste und die älteste Altersgruppe berichteten am seltensten, mit Interventionen erreicht worden zu sein oder diese in Anspruch genommen zu haben (**Tabelle 9.5**). Während die HIV-Prävalenz mit dem Alter zunahm und HIV-Neudiagnosen bei den 25- bis 39-Jährigen am häufigsten waren, hatten Befragte unter 25 Jahren mit HIV-Diagnose am seltensten jemals eine medizinische Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion erhalten (*„ärztliche Betreuung eingeleitet“*; Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade), eine solche Verlaufskontrolle in den letzten sechs Monaten erhalten (*„weiter in Betreuung“*; Stufe 4) oder eine nicht nachweisbare Viruslast erreicht (Stufe 6). Befragte unter 25 Jahren berichteten außerdem am seltensten, gegen Hepatitis A oder Hepatitis B geimpft worden zu sein oder in den letzten 12 Monaten einen Analabstrich erhalten zu haben. Im Einklang mit den meisten nationalen Leitlinien war der Anteil mit mindestens einer Dosis HPV-Impfstoff in dieser Altersgruppe dagegen am höchsten (22,3 %).

Tabelle 9.5 Interventionen nach Altersgruppe

Altersgruppe und Interventionen	< 25 Jahre (n = 1068)	25–39 (n = 3273)	40–64 (n = 5749)	65+ (n = 502)	Gesamt (N = 10 592)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	77,2	86,9	88,4	87,6	86,8
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	51,5	70,1	72,8	63,5	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	45,0	67,9	74,8	65,3	69,1
% vollständige HBV-Impfserie [d]	44,8	68,7	73,2	63,7	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	22,3	12,6	7,2	6,0	10,3
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	6,8	29,9	32,6	18,7	28,5
% kostenlose Kondome [f]	23,3	28,2	27,0	29,7	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	16,6	40,5	32,6	15,9	32,7
% mit HIV-Test [h]	39,1	60,8	51,3	32,9	52,2
% mit CBVCT-Test [i]	27,8	22,0	19,1	17,9	20,4
% mit Einsendetest [i]	2,2	2,1	1,4	0,2	1,6
% mit Heimtest [i]	9,0	6,5	4,3	3,8	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	[75,0]	100,0	99,8	100,0	99,8
% weiter in Betreuung [k]	75,0	100,0	99,5	100,0	99,5
% unter ART [l]	75,0	100,0	98,9	100,0	99,1
% viral supprimiert [m]	75,0	93,4	95,9	96,4	95,5
% mit STI-Test [n]	33,9	59,3	56,2	39,2	54,1
% mit Analabstrich [n]	19,5	42,1	35,5	17,9	35,1
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	1,5	2,4	1,7	0,5	1,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.2 Gesundheitliche Ungleichheiten bezüglich Geschlechtsidentität

Abschnitt 3.1 beschreibt die Verteilung der Kombinationen aus dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und der aktuellen Geschlechtsidentität bei trans Befragten, insbesondere trans Männern und nicht-binären AFAB-Befragten, waren deutlich jünger als cisgeschlechtliche MSM und hatten daher seltener höhere Bildungsabschlüsse erreicht. Cisgeschlechtliche MSM, die sich weder als schwul noch als bisexuell identifizierten (cis non-gb MSM), lebten ihre Anziehung zu Männern seltener offen und berichteten seltener von einer festen Partnerschaft als die anderen Gruppen.

Tabelle 9.6 Demografische Merkmale nach sexueller und Geschlechtsidentität

Sexuelle und Geschlechtsidentität und demografische Merkmale	Cis gbMSM (n = 9505)	Cis Nicht-gb MSM (n = 508)	Trans Männer (n = 212)	Trans Frauen (n = 51)	Nicht-binär AFAB (n = 91)	Nicht-binär AMAB (n = 221)	Gesamt (N = 10 588)
Alter (Mittelwert)	43,7	40,3	27,9	(37,0)	(30,7)	34,5	42,9
Alter (SD)	13,1	13,4	9,4	(12,9)	(9,6)	11,8	13,3
Alter (Median)	44	39	26	(35)	(29)	32	43
% höhere Bildung	67,3	71,1	56,2	(64,7)	(72,5)	62,1	67,2
% feste Partnerschaft	50,3	39,8	39,6	(45,1)	(54,9)	33,0	49,2
% vollständig geoutet [a]	58,2	31,7	56,1	(49,0)	(61,5)	52,9	56,8
% im Ausland geboren	12,0	12,4	5,7	(19,6)	(11,0)	17,6	12,1
% Sexarbeitende [b]	2,0	2,2	4,7	(5,9)	(1,1)	5,9	2,1
% PWID [c]	2,0	2,6	0,5	(0,0)	(1,1)	3,7	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] alle/fast alle wissen von sexueller Anziehung zu Männern; [b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [c] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.2.1 Sexuelle- und Geschlechtsidentität und Morbiditäten

Psychische Belastungen und mögliche Substanzabhängigkeit waren bei trans und nicht-binären Befragten häufiger, während Infektionen häufiger bei cisgeschlechtlichen MSM auftraten, insbesondere bei denjenigen, die sich als schwul oder bisexuell identifizierten (cis gbMSM; **Tabelle 9.7**). Angst- und Depressionssymptome sowie Suizidgedanken waren bei trans und nicht-binären Befragten besonders häufig.

Tabelle 9.7 Morbiditäten nach sexueller und Geschlechtsidentität

Sexuelle und Geschlechtsidentität und Morbiditäten	Cis gbMSM (n = 9505)	Cis-nicht-gb MSM (n = 508)	Trans männer (n = 212)	Trans Frauen (n = 51)	Nicht-binär AFAB (n = 91)	Nicht-binär AMAB (n = 221)	Gesamt (N = 10 588)
% schwere Angst-/Depress. [a]	6,2	12,1	19,6	(35,3)	(20,9)	22,0	7,3
% Selbstverletz.-gedanken [a]	14,4	23,8	36,3	(56,9)	(39,6)	40,3	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	21,2	25,9	28,0	(31,4)	(23,1)	29,2	21,8
% potenzielle Alkoholabhän. [c]	23,1	24,6	25,6	(21,6)	(36,3)	28,1	23,4
% HIV-Diagnose	13,0	6,5	0,5	(7,8)	(0,0)	10,0	12,2
% HIV-Neudiagnose [d]	0,3	0,6	0,0	(0,0)	(0,0)	1,0	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	2,8	(3,1)	[0,0]	[0,0]	-	(13,6)	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,3	0,0	0,0	(0,0)	(0,0)	0,5	0,3
% Mpox [f]	1,8	1,2	0,0	(0,0)	(0,0)	0,5	1,7
% Syphilis [d]	5,7	3,0	0,0	(2,0)	(1,1)	2,3	5,3
% Gonorrhö [d]	10,2	7,5	5,7	(2,0)	(3,3)	8,6	9,9
% Chlamydien [d]	9,3	6,9	3,3	(3,9)	(2,2)	7,2	8,9
% Feigwarzen [g]	20,6	15,8	3,8	(9,8)	(5,6)	14,5	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.2.2 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Verhalten

Safer Sex war bei trans und nicht-binären Befragten seltener als bei cisgeschlechtlichen MSM, die sich als schwul oder bisexuell identifizierten (cis gbMSM; **Tabelle 9.8**). Cis gbMSM berichteten zudem eine höhere Anzahl nicht-fester männlicher Sexpartner als andere cisgeschlechtliche MSM (cis non-gb MSM) sowie trans und nicht-binäre Befragte. Die PrEP-Nutzung war bei cis gbMSM besonders häufig. Trans Frauen berichteten dagegen deutlich häufiger Chemsex.

Tabelle 9.8 Verhalten nach sexueller und Geschlechtsidentität

Sexuelle und Geschlechtsidentität und Verhalten	Cis gbMSM (n = 9505)	Cis nicht-gb MSM (n = 508)	Trans Männer (n = 212)	Trans Frauen (n = 51)	Nicht-binär AFAB (n = 91)	Nicht-binär AMAB (n = 221)	Gesamt (N = 10 588)
% Safer Sex [a]	53,5	38,8	25,0	(29,4)	(24,2)	43,0	51,6
% kosistent Kondome [b]	20,5	27,9	(40,0)	(20,0)	(51,6)	25,9	21,2
% aktuell PrEP [c]	28,0	17,5	8,0	(11,8)	(6,6)	19,0	26,7
% ART [d]	93,2	(93,9)	[100,0]	[75,0]	-	(86,4)	93,1
% jemals PEP [c]	12,0	8,5	3,3	(9,8)	(4,4)	10,0	11,5
% 'doxy- PEP' [d]	6,7	2,8	3,8	(2,0)	(2,2)	2,7	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	5	3	1	(1)	0	3	5
SRS (Mittelwert) [f]	6,0	5,8	4,0	(4,3)	(4,8)	5,3	6,0
% Chemsex [g]	5,4	5,1	1,4	(9,8)	(3,3)	6,8	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	2,0	2,6	0,5	(0,0)	(1,1)	3,7	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika in den letzten 12 Monaten (z. B. Doxycyclin) vor oder nach dem Geschlechtsverkehr, um das Risiko einer Ansteckung mit bestimmten sexuell übertragenen Infektionen zu verringern. (Doxy-PrEP/Doxy-PEP)'; [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, die auf 9 Sexualpraktiken mit NICHT-FESTEN männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten basiert; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.2.3 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Bedarfe

Bei nahezu allen Bedarfsindikatoren wiesen trans Männer und trans Frauen sowie cisgeschlechtliche MSM, die sich weder als schwul noch als bisexuell identifizierten (cis non-gb MSM), die höchsten Anteile ungedeckter Bedarfe auf (**Tabelle 9.9**). Trans Männer und trans Frauen berichteten besonders häufig von homo- bzw. transnegativen Übergriffen, Vergewaltigung oder Stigmatisierung im Gesundheitswesen.

Tabelle 9.9 Bedarfe nach sexueller und Geschlechtsidentität

Sexuelle und Geschlechtsidentität und Bedarfe	Cis gbMSM (n = 9505)	Cis nicht-gb MSM (n = 508)	Trans Männer (n = 212)	Trans Frauen (n = 51)	Nicht-binär AFAB (n = 91)	Nicht-binär AMAB (n = 221)	Gesamt (N = 10 588)
Mittelwert SIHS[a]	1,0	1,5	-	-	-	-	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	4,2	6,1	5,2	(3,9)	(4,4)	6,8	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	7,3	8,7	8,0	(15,7)	(8,8)	13,1	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	8,2	8,7	17,0	(17,6)	(16,5)	18,6	8,7
% homo-/ transneg. Gewalt erlebt [b]	3,0	4,3	3,3	(3,9)	(3,3)	2,7	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	1,0	2,2	4,7	(3,9)	(3,3)	4,1	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [b]	5,6	6,5	32,5	(41,2)	(33,0)	9,0	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung befürchtet [b]	7,9	13,2	51,4	(52,9)	(51,6)	14,5	9,8
% gefühlte Unsicherheit im öffentlichen Raum [b]	26,5	29,1	48,6	(70,6)	(48,4)	26,2	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	10,0	13,3	13,3	(15,0)	(15,0)	13,3	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	16,0	23,8	25,9	(33,3)	(18,9)	24,1	16,9
% Wissenslücke: PrEP [e]	23,3	33,3	50,0	(40,0)	(46,7)	36,7	26,7
% PrEP nicht bekannt	18,4	26,5	41,2	(29,8)	(31,9)	28,4	19,7
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	5,7	10,0	12,9	(10,0)	(10,0)	10,0	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	6,6	12,2	30,7	(19,6)	(19,8)	19,5	7,8
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	17,5	25,0	37,5	(15,0)	(22,5)	17,5	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	10,3	18,5	25,0	(23,5)	(26,4)	23,1	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	43,3	46,7	46,7	(43,3)	(33,3)	46,7	43,3
% HPV-Impfung nicht bekannt	41,5	43,8	31,6	(37,3)	(19,8)	42,0	41,2
% Wissenslücke: Mpox [e]	20,0	26,7	40,0	(40,0)	(33,3)	26,7	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	18,7	27,3	43,1	(35,4)	(34,6)	35,3	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	38,1	53,7	68,4	(72,5)	(72,2)	50,9	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.2.4 Sexuelle und Geschlechtsidentität und Interventionen

Der Zugang zu den gesundheitsfördernden Interventionen war in den Transgender-Gruppen insgesamt geringer als bei cisgeschlechtlichen MSM, die sich als scwul oder bisexuell identifizierten (cis gbMSM; **Tabelle 9.10**).

Tabelle 9.10 Interventionen sexueller und Geschlechtsidentität

Sexuelle und Geschlechtsidentität und Interventionen	Cis gbMSM (n = 9505)	Cis nicht-gb MSM (n = 508)	Trans Männer (n = 212)	Trans Frauen (n = 51)	Nicht-binär AFAB (n = 91)	Nicht-binär AMAB (n = 221)	Gesamt (N = 10 588)
% spezifische Info über HIV/STI [a]	88,3	81,9	80,7	(41,2)	(87,9)	47,1	86,8
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	70,7	58,7	50,5	(64,7)	(59,3)	62,9	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	70,7	59,0	48,8	(61,2)	(45,1)	56,0	69,1
% vollständige HBV-Impfserie [d]	70,0	58,2	47,4	(56,9)	(53,8)	52,8	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	9,6	6,3	37,3	(19,6)	(35,2)	11,8	10,4
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	30,0	15,8	10,8	(7,8)	(12,2)	21,8	28,5
% kostenlose Kondome [f]	26,8	24,6	35,4	(23,5)	(38,5)	33,9	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	34,0	24,5	17,1	(17,0)	(17,6)	27,6	32,7
% mit HIV-Test [h]	53,2	46,7	32,5	(45,1)	(49,5)	43,0	52,2
% mit CBVCT-Test [i]	19,5	26,7	34,9	(32,4)	(38,3)	31,5	20,4
% mit Einsendetest [i]	1,6	1,3	1,8	(0,0)	(6,7)	2,0	1,6
% mit Heimtest [i]	5,3	8,0	2,8	(2,7)	(0,0)	2,7	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	99,8	(100,0)	[100,0]	[100,0]	-	(100,0)	99,8
% weiter in Betreuung [k]	99,5	(100,0)	[100,0]	[100,0]	-	(100,0)	99,5
% unter ART [l]	99,1	(100,0)	[100,0]	[100,0]	-	(100,0)	99,1
% viral supprimiert [m]	95,6	(93,5)	[100,0]	[100,0]	-	(89,5)	95,5
% mit STI-Test [n]	55,4	42,9	34,9	(47,1)	(54,9)	43,9	54,1
% mit Analabstrich [n]	36,1	28,9	14,6	(31,4)	(22,0)	32,1	35,1
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	1,7	3,7	(2,1)	(0,0)	(0,0)	4,6	1,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.3 „*Outness*“ – Offenheit im Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung – und gesundheitliche Ungleichheiten

In welchem Ausmaß die Befragten offen mit ihrer Anziehung zu Männern umgingen, wird in **Abschnitt 3.6** beschrieben. In **Tabelle 9.11** vergleichen wir die Indikatoren zwischen drei „*Outness*“-Gruppen, die danach gebildet wurden, welcher Anteil der Familie, des Freundeskreises und des beruflichen Umfelds der Befragten von ihrer Anziehung zu Männern wusste: niemand oder wenige (18 %), einige (24 %) sowie alle oder fast alle (57 %).

Tabelle 9.11 Demografische Merkmale nach Grad der „Outness“

„Outness“ und demografische Merkmale	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
Alter (Mittelwert)	44,7	40,2	43,5	42,9
Alter (SD)	14,5	13,5	12,7	13,3
Alter (Median)	46	40	44	43
% höhere Bildung	61,3	69,3	68,2	67,2
% feste Partnerschaft	39,9	37,2	57,3	49,2
% im Ausland geboren	12,7	14,1	10,9	12,0
% Sexarbeitende [a]	1,7	2,1	2,3	2,1
% PWID [b]	1,1	1,6	2,5	2,0

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [b] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.3.1 „Outness” und Morbiditäten

Unzufriedenheit mit dem Sexualleben, psychische Belastungen und eine unzureichend behandelte HIV-Infektion waren bei Befragten häufiger, in deren Umfeld niemand oder nur wenige von ihrer Anziehung zu Männern wussten (**Tabelle 9.12**). Bei Befragten, die ihre Anziehung zu Männern offener lebten, waren dagegen mögliche Alkoholabhängigkeit und verschiedene Infektionen häufiger.

Tabelle 9.12 „Outness“ und Morbiditäten

„Outness“ und Morbiditäten	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
% schwere Angst-/ Depression [a]	9,0	7,2	6,6	7,2
% Selbstverl.-gedanken [a]	15,1	17,4	15,9	16,1
% sexuell unzufrieden [b]	31,9	23,1	17,9	21,8
% potenzielle Alkoholabhän. [c]	18,2	22,4	25,6	23,4
% HIV-Diagnose	5,4	8,9	15,9	12,3
% HIV-Neudiagnose [d]	0,2	0,2	0,4	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	6,9	3,2	2,6	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,5	0,2	0,3	0,3
% Mpox [f]	0,5	1,9	2,1	1,7
% Syphilis [d]	3,1	4,3	6,5	5,4
% Gonorrhö [d]	4,5	9,2	11,9	9,9
% Chlamydien [d]	4,4	8,5	10,6	9,0
% Feigwarzen [g]	12,3	16,4	23,7	19,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.3.2 „Outness“ und Verhalten

Sexuelles Risiko- und Schutzverhalten sowie injizierender Drogenkonsum waren bei Befragten, die ihre Anziehung zu Männern offener lebten, häufiger als bei Befragten, die weniger offen damit umgingen (**Tabelle 9.13**). Befragte mit geringer „Outness“ nahmen bei bestehender HIV-Diagnose seltener ART und ohne HIV-Diagnose seltener PrEP ein.

Tabelle 9.13 „Outness“ und Verhalten

„Outness“ und Verhalten	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
% Safer Sex [a]	35,4	48,9	58,7	52,0
% kosistent Kondome [b]	28,5	23,0	18,5	21,2
% aktuell PrEP [c]	13,1	26,4	31,5	26,8
% ART [d]	90,5	91,5	93,8	93,1
% jemals PEP [c]	6,6	10,9	13,5	11,6
% 'doxy-PEP' [e]	3,2	5,3	7,7	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	3	5	6	5
SRS (Mittelwert) [f]	5,6	5,9	6,1	6,0
% Chemsex [g]	2,6	4,1	6,7	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	1,1	1,6	2,5	2,0

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.3.3 „Outness“ und Bedarfe

Im Gegensatz zum Risikoverhalten waren ungedeckte Bedarfe bei nahezu allen Indikatoren häufiger unter Befragten, in deren Umfeld weniger Personen von ihrer Anziehung zu Männern wussten (**Tabelle 9.14**). Befragte, die gegenüber wenigen Personen oder niemandem *„out“* waren, verfügten über weniger Wissen, berichteten eine geringere Selbstwirksamkeit, hatten schlechteren Zugang zu Angeboten und weniger Unterstützung sowie häufiger Sorgen.

Tabelle 9.14 „Outness“ und Bedarfe

„Outness“ und Bedarfe	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
Mittelwert SIHS[a]	2,0	1,3	0,7	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	2,4	4,2	5,2	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	9,3	8,5	6,6	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	9,2	10,0	8,0	8,7
% homo-/ transneg. Gewalt erlebt [b]	2,2	3,2	3,3	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	1,4	1,4	1,0	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [b]	6,3	7,5	6,2	6,5
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung befürchtet [b]	19,0	12,1	5,5	9,6
% gefühlte Unsicherheit im öffentlichen Raum [b]	17,2	30,6	29,5	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	20,0	11,7	8,3	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	34,9	18,2	10,2	16,7

„Outness“ und Bedarfe	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
% Wissenslücke: PrEP [e]	43,3	26,7	20,0	26,7
% PrEP nicht bekannt	33,1	20,1	14,3	19,5
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	12,9	7,1	4,3	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	18,2	9,1	3,7	7,7
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	25,0	20,0	15,0	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	20,2	12,3	8,0	11,3
% Wissenslücke: HPV [e]	56,7	46,7	40,0	43,3
% HPV-Impfung nicht bekannt	53,6	41,6	36,9	41,1
% Wissenslücke: Mpox[e]	40,0	20,0	13,3	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	36,7	20,9	13,5	19,6
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	62,3	43,7	31,0	39,9

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100)
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.3.4 „Outness“ und Interventionen

Obwohl Befragte mit geringer „Outness“ häufiger ungedeckte Bedarfe aufwiesen, wurden sie am seltensten durch Interventionen erreicht oder nahmen diese in Anspruch (**Tabelle 9.15**).

Tabelle 9.15 „Outness“ und Interventionen

„Outness“ und Interventionen	Niemand / wenige (n = 1952)	Einige (n = 2519)	Alle / fast alle (n = 6014)	Gesamt (N = 10 485)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	81,2	86,3	89,0	86,9
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	54,8	66,5	75,6	69,5
% vollständige HAV-Impfserie [c]	52,6	66,4	76,0	69,3
% vollständige HBV-Impfserie [d]	51,7	66,3	75,1	68,6
% mind. eine HPV-Impfung	6,3	11,4	11,3	10,4
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	9,5	25,2	36,5	28,7
% kostenlose Kondome [f]	16,0	29,1	29,9	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	14,3	31,2	40,5	32,9
% mit HIV-Test [h]	39,3	53,8	56,0	52,3
% mit CBVCT-Test [i]	20,9	23,3	19,1	20,3
% mit Einsendetest [i]	1,9	1,8	1,5	1,6
% mit Heimtest [i]	8,1	6,2	4,2	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	100,0	100,0	99,7	99,8
% weiter in Betreuung [k]	100,0	100,0	99,4	99,5
% unter ART [l]	100,0	99,0	99,0	99,1
% viral supprimiert [m]	91,5	95,7	95,8	95,5
% mit STI-Test [n]	33,2	52,3	61,9	54,3
% mit Analabstrich [n]	17,5	34,2	41,4	35,2
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	0,5	1,6	2,2	1,9

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.4 Gesundheitliche Ungleichheiten nach Beziehungsstatus

Abschnitt 3.7 beschreibt feste Partnerschaften in der Stichprobe. Im Folgenden vergleichen wir die Indikatoren zwischen Befragten ohne feste Partnerschaft, Befragten mit mindestens einem festen Partner – wobei die Partner männlich, weiblich oder nicht-binär sein können und auch mehrere feste Partnerschaften möglich sind – sowie Befragten, die *„Ich bin mir nicht sicher/es ist kompliziert“* angegeben hatten (**Tabelle 9.16**).

Tabelle 9.16 Demografische Merkmale nach Beziehungsstatus

Beziehungsstatus und demografische Merkmale	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
Alter (Mittelwert)	39,9	45,4	45,3	42,9
Alter (SD)	13,9	12,1	14,2	13,3
Alter (Median)	39	46	46	43
% höhere Bildung	63,8	70,4	66,7	67,2
% vollständig geoutet [a]	47,9	66,1	46,3	56,8
% im Ausland geboren	13,0	11,2	12,4	12,1
% Sexarbeitende [b]	2,8	1,3	3,6	2,1
% PWID [c]	2,1	1,8	3,9	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [c] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.4.1 Beziehungsstatus und Morbiditäten

Befragte ohne feste Partnerschaft waren deutlich häufiger mit ihrem Sexualleben unzufrieden. Die meisten anderen psychischen Belastungen waren dagegen bei Befragten häufiger, die ihren Beziehungsstatus als unklar oder kompliziert bezeichneten (**Tabelle 9.17**). Bei Befragten ohne feste Partnerschaft waren zudem die Anteile bei den meisten STI etwas höher.

Tabelle 9.17 Beziehungsstatus und Morbiditäten

Beziehungsstatus und Morbiditäten	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
% schwere Angst-/ Depression [a]	9,5	5,0	9,9	7,3
% Selbstverl.-gedanken [a]	20,9	11,5	20,5	16,3
% sexuell unzufrieden [b]	29,5	14,9	19,6	21,8
% potenzielle Alkoholabhän. [c]	24,6	22,2	24,9	23,4
% HIV-Diagnose	10,8	13,5	12,6	12,2
% HIV-Neudiagnose [d]	0,3	0,3	0,2	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	3,8	2,6	(1,3)	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,3	0,4	0,2	0,3
% Mpox [f]	1,8	1,7	1,5	1,7
% Syphilis [d]	5,4	5,2	6,2	5,3
% Gonorrhö [d]	10,7	9,1	9,8	9,8
% Chlamydien [d]	9,2	8,6	9,4	8,9
% Feigwarzen [g]	17,1	22,1	20,3	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.4.2 Beziehungsstatus und Verhalten

Hinsichtlich des Verhaltens berichteten Befragte in einer festen Partnerschaft etwas seltener sexuelles Risikoverhalten als die beiden anderen Gruppen (**Tabelle 9.18**).

Tabelle 9.18 Beziehungsstatus und Verhalten

Beziehungsstatus und Verhalten	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
% Safer Sex [a]	49,8	53,3	51,1	51,6
% kosistent Kondome [b]	19,1	23,6	18,9	21,2
% aktuell PrEP [c]	26,9	26,4	26,2	26,6
% ART [d]	91,8	94,3	(90,9)	93,1
% jemals PEP [c]	11,9	11,3	11,1	11,5
% 'doxy-PEP' [e]	5,6	6,7	7,5	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	5	5	5	5
SRS (Mittelwert) [f]	5,9	6,1	6,0	6,0
% Chemsex [g]	4,9	5,2	9,3	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	2,1	1,8	3,9	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate; [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.4.3 Beziehungsstatus und Bedarfe

Ungedeckte Bedarfe waren bei Befragten ohne feste Partnerschaft sowie bei Befragten, die sich über ihren Beziehungsstatus unsicher waren, am häufigsten (**Tabelle 9.19**). Sorgen hinsichtlich des Drogenkonsums waren insbesondere bei Befragten ohne feste Partnerschaft häufiger.

Tabelle 9.19 Beziehungsstatus und Bedarfe

Beziehungsstatus und Bedarfe	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
Mittelwert SIHS[a]	1,2	0,9	1,2	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	5,4	3,4	5,4	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	9,0	6,0	10,1	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	10,5	6,7	11,7	8,7
% homo-/transfeindliche Gewalt [b]	4,1	2,1	3,3	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	1,7	0,6	3,1	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheits-einrichtung erlebt [b]	7,6	5,5	8,3	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheits-einrichtung erwartet [b]	12,3	7,2	12,4	9,8
% gefühlte Unsicherheit im öff. Raum [b]	28,6	26,5	27,5	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	13,3	8,3	13,3	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	19,4	14,7	16,7	16,9
% Wissenslücke: PrEP [e]	26,7	23,3	26,7	26,7
% die PrEP nicht kennen	21,8	17,6	21,2	19,7
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	8,6	5,7	7,1	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	11,5	4,6	7,0	7,8
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	22,5	15,0	15,0	17,5
% nicht bekannt, wo Hep-A/B-Impf. mögl.	14,0	9,0	11,9	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	46,7	40,0	43,3	43,3

Beziehungsstatus und Bedarfe	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
% HPV-Impfung nicht bekannt	44,7	37,8	42,8	41,2
% Wissenslücke: Mpox [e]	23,3	16,7	23,3	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	23,4	16,5	21,8	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	43,7	36,5	44,0	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.4.4 Beziehungsstatus und Interventionen

Auch die Daten zum Zugang zu Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit zeigten, dass Befragte ohne feste Partnerschaft und Befragte, die ihren Beziehungsstatus als *„kompliziert"* bezeichneten, bei den meisten Interventionen seltener erreicht wurden als Befragte mit einer festen Partnerschaft. Dieses Muster war jedoch weniger eindeutig als bei den Bedarfsindikatoren (**Tabelle 9.20**). Obwohl die HIV-Prävalenz bei Befragten in einer festen Partnerschaft am höchsten war, hatten Befragte ohne feste Partnerschaft und Befragte mit *„kompliziertem"* Beziehungsstatus bei bestehender HIV-Diagnose seltener eine nicht nachweisbare Viruslast (Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade). Im Vergleich zu Befragten in einer festen Partnerschaft war ihnen außerdem seltener eine Impfung gegen Hepatitis angeboten worden, und sie hatten seltener jemals eine Impfung gegen Hepatitis A, Hepatitis B oder Mpox erhalten.

Tabelle 9.20 Beziehungsstatus und Interventionen

Beziehungsstatus und Interventionen	Single (n = 4762)	Feste Partnerschaft (n = 5213)	Kompliziert (n = 615)	Gesamt (N = 10 590)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	84,1	89,2	86,2	86,8
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	66,4	72,2	68,4	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	64,5	73,4	68,7	69,1
% vollständige HBV-Impfserie [d]	64,2	72,5	66,3	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	11,0	9,6	11,2	10,3
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	25,8	31,3	25,7	28,5
% kostenlose Kondome [f]	26,9	27,3	27,3	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	32,3	32,9	33,8	32,7
% mit HIV-Test [h]	51,5	52,5	54,3	52,1
% mit CBVCT-Test [i]	19,8	20,7	22,4	20,4
% mit Einsendetest [i]	1,6	1,6	1,0	1,6
% mit Heimtest [i]	5,8	4,8	5,4	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	100,0	99,6	(100,0)	99,8
% weiter in Betreuung [k]	99,8	99,3	(100,0)	99,5
% unter ART [l]	99,2	99,0	(100,0)	99,1
% viral supprimiert [m]	95,3	95,4	(97,1)	95,5
% mit STI-Test [n]	53,0	55,0	54,1	54,1
% mit Analabstrich [n]	34,1	35,8	36,4	35,1
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	2,7	1,0	1,8	1,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.5 Gesundheitliche Ungleichheiten und Migration

Abschnitt 3.4 beschreibt, ob die Befragten im Ausland geboren wurden, aus welchen Regionen sie stammen und aus welchen Gründen sie migriert sind (**Tabelle 9.21**). Geflüchtete und Asylsuchende wiesen die niedrigsten Anteile an Befragten mit höherer Bildung, einer festen Partnerschaft oder einem offenen Umgang mit ihrer sexuellen Anziehung zu Männern auf.

Tabelle 9.21 Demografische Merkmale nach Migrationsgruppe

Migrationsgruppe und demografische Merkmale	In Deutschl. geboren (n = 9313)	Geflüchtete / Asylsuchende (n = 82)	Migriert, um offener schwul/bi/trans zu leben (n = 432)	Sonstige Migrierte (n = 764)	Gesamt (N = 10 591)
Alter (Mittelwert)	43,4	(35,2)	40,1	40,0	42,9
Alter (SD)	13,5	(11,6)	11,3	11,6	13,3
Alter (Median)	44	(33)	38	39	43
% höhere Bildung	66,0	(68,3)	76,2	77,1	67,2
% feste Partnerschaft	49,7	(28,0)	53,5	43,1	49,2
% vollständig geoutet [a]	57,5	(32,9)	57,9	49,9	56,8
% Sexarbeitende [b]	1,9	(3,7)	4,2	3,3	2,1
% PWID [c]	2,0	(3,7)	2,8	1,7	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] alle/fast alle wissen über sexuelle Anziehung zu Männern Bescheid; [b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [c] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.5.1 Migration und Morbiditäten

Geflüchtete und Asylsuchende berichteten häufiger psychische Belastungen (**Tabelle 9.22**). Bei ihnen waren auch eine jemalige oder kürzlich erfolgte HIV-Diagnose am häufigsten; insgesamt hatten sie zudem am häufigsten eine nachweisbare HIV-Viruslast. Eine aktive Hepatitis B oder C war ähnlich häufig wie bei Befragten mit HIV-Diagnose. Gonorrhö, Chlamydien Infektionen sowie Anal- oder Genitalwarzen waren dagegen häufiger bei Befragten, die nach Deutschland migriert waren, um offener als schwule oder bisexuelle Männer leben zu können.

Tabelle 9.22 Migration und Morbiditäten

Migration und Morbiditäten	In Deutschl. geboren (n = 9313)	Geflüchtete / Asylsuchende (n = 82)	Migriert, um offener schwul/bi/trans zu leben (n = 432)	Sonstige Migrierte (n = 764)	Gesamt (N = 10 591)
% schwere Angst-/ Depression [a]	7,0	(20,7)	11,7	6,8	7,3
% Selbstverl.-gedanken [a]	15,4	(34,1)	21,8	21,1	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	22,1	(22,0)	17,5	20,3	21,8
% potenzielle Alkoholabhän. [c]	23,4	(19,5)	27,1	21,9	23,4
% HIV-Diagnose	12,2	(21,0)	13,9	10,6	12,2
% HIV-Neudiagnose [d]	0,3	(1,5)	0,8	0,3	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	2,8	[29,4]	(1,7)	(1,3)	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,3	(0,0)	0,9	0,5	0,3
% Mpox [f]	1,6	(2,4)	3,2	2,6	1,7
% Syphilis [d]	5,1	(7,3)	9,0	5,9	5,3
% Gonorrhö [d]	8,8	(17,1)	19,0	17,0	9,8
% Chlamydien [d]	8,2	(9,8)	15,5	13,5	8,9
% Feigwarzen [g]	19,5	(15,9)	25,8	19,2	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.5.2 Migration und Verhalten

Sexuelles Risikoverhalten mit nicht-festen Partnern, darunter eine höhere Anzahl von Sexpartnern, ein breiteres sexuelles Repertoire, injizierender Drogenkonsum und Chemsex, war am häufigsten bei Befragten, die nach Deutschland migriert waren, um sexuell freier leben zu können. Gleichzeitig war in dieser Gruppe auch die PrEP-Nutzung häufiger (**Tabelle 9.23**). Geflüchtete und Asylsuchende berichteten ebenfalls häufiger injizierenden Drogenkonsum als die Gesamtstichprobe, nahmen jedoch seltener ART oder PrEP ein. Die Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe („Doxy-PEP“) war dagegen in allen Migrantengruppen deutlich häufiger.

Tabelle 9.23 Migration und Verhalten

Migration und Verhalten	In Deutschl. geboren (n = 9313)	Geflüchtete / Asylsuchende (n = 82)	Migriert, um offener schwul/bi/trans zu leben (n = 432)	Sonstige Migrierte (n = 764)	Gesamt (N = 10 591)
% Safer Sex [a]	50,6	(35,4)	64,1	59,4	51,6
% kosistent Kondome [b]	21,8	(8,9)	15,5	19,7	21,2
% aktuell PrEP [c]	25,2	(14,6)	41,0	36,9	26,6
% ART [d]	93,7	[100,0]	(83,3)	(90,1)	93,1
% jemals PEP [c]	10,7	(12,2)	19,9	16,5	11,5
% 'doxy-PEP' [e]	5,7	(6,1)	11,3	10,1	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	5	(5)	10	8	5
SRS (Mittelwert) [f]	6,0	(5,7)	6,1	6,0	6,0
% Chemsex [g]	4,9	(7,3)	11,6	6,9	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	2,0	(3,7)	2,8	1,7	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

Entsprechend berichteten MSM ohne Migrationserfahrung deutlich seltener die verschiedenen Formen von Risikoverhalten und hatten in den letzten 12 Monaten weniger nicht-feste Partner. Unter den Migrantengruppen wiesen Geflüchtete und Asylsuchende insgesamt am häufigsten sexuelles Risikoverhalten auf. Bei den einzelnen Verhaltensindikatoren zeigte sich jedoch eine größere Variabilität und damit ein weniger einheitliches Muster zwischen den drei Migrantengruppen.

9.5.3 Migration und Bedarfe

Bei den meisten Indikatoren wiesen Geflüchtete und Asylsuchende am häufigsten ungedeckte Bedarfe auf. Dies betraf sowohl konkrete Präventionsmaßnahmen (z. B. Hepatitis Impfungen sowie den Zugang zu HIV-Tests und Kondomen) als auch Wissens- und Informationsbedarfe (**Tabelle 9.24**). Auch Sorgen hinsichtlich des Drogenkonsums und das Ausmaß verinnerlichter Homonegativität waren in dieser Gruppe besonders hoch. Darüber hinaus berichteten Geflüchtete und Asylsuchende häufiger von homonegativen Übergriffen, sexueller Gewalt und Stigmatisierung im Gesundheitswesen.

Tabelle 9.24 Migration und Bedarfe

Migration und Bedarfe	In Deutschl. geboren (n = 9313)	Geflüchtete / Asylsuchende (n = 82)	Migriert, um offener schwul/bi/trans zu leben (n = 432)	Sonstige Migrierte (n = 764)	Gesamt (N = 10 591)
Mittelwert SIHS[a]	1,0	(1,8)	1,1	1,2	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	3,9	(15,9)	10,4	6,3	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	6,7	(25,6)	13,7	13,1	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	8,1	(18,3)	11,6	13,4	8,7
% homo-/transfeindliche Gewalt [b]	2,9	(4,9)	4,2	4,3	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	1,2	(6,1)	2,1	1,2	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [b]	6,5	(11,0)	8,6	6,8	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erwartet [b]	9,5	(15,9)	12,3	11,6	9,8
% gefühlte Unsicherheit im öffentlichen Raum [b]	27,6	(31,7)	29,4	23,8	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	11,7	(16,7)	8,3	10,0	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	17,2	(26,6)	11,6	14,7	16,9
% Wissenslücke: PrEP [e]	26,7	(26,7)	20,0	23,3	26.7
% PrEP nicht bekannt	20,4	(27,0)	14,3	14,2	19,7
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	7,1	(14,3)	5,7	5,7	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	8,1	(11,0)	3,5	6,0	7,8
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	17,5	(27,5)	17,5	20,0	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. möglich	10,9	(40,2)	16,2	12,2	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	43,3	(50,5)	30,0	36,7	43,3
% HPV-Impfung nicht bekannt	42,2	(54,3)	30,1	34,2	41,2
% Wissenslücke: Mpox [e]	20,0	(50,0)	16,7	16,7	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	20,0	(48,7)	18,3	16,4	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. möglich	40,3	(61,7)	38,1	37,9	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.5.4 Migration und Interventionen

Geflüchtete und Asylsuchende kamen seltener als die Gesamtstichprobe mit Informationen zu HIV und STI in Kontakt und hatten seltener Zugang zu Impfangeboten (**Tabelle 9.25**). Unter Befragten mit HIV-Diagnose erfolgten bei ihnen seltener regelmäßige medizinische Verlaufskontrollen und eine kontinuierliche HIV-Versorgung; zudem hatten sie häufiger eine nachweisbare Viruslast.

Tabelle 9.25 Migration und Interventionen

Migration und Interventionen	In Deutschl. geboren (n = 9313)	Geflüchtete / Asylsuchende (n = 82)	Migriert, um offener schwul/bi/trans zu leben (n = 432)	Sonstige Migrierte (n = 764)	Gesamt (N = 10 591)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	86,7	(85,4)	88,4	86,6	86,8
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	69,1	(53,7)	72,4	72,5	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	69,7	(41,6)	64,6	67,9	69,1
% vollständige HBV-Impfserie [d]	68,5	(41,0)	69,5	69,8	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	10,0	(8,5)	11,1	13,7	10,3
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	27,4	(16,0)	39,4	37,7	28,5
% kostenlose Kondome [f]	26,3	(39,0)	38,2	30,2	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	30,7	(31,2)	54,7	45,2	32,7
% mit HIV-Test [h]	50,5	(50,0)	66,7	63,9	52,1
% mit CBVCT-Test [i]	20,2	(30,9)	21,8	21,2	20,4
% mit Einsendetest [i]	1,6	(2,9)	1,2	2,2	1,6
% mit Heimtest [i]	5,5	(13,2)	2,0	3,2	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	99,7	[100,0]	(100,0)	(100,0)	99,8
% weiter in Betreuung [k]	99,5	[100,0]	(100,0)	(100,0)	99,5
% unter ART [l]	99,0	[100,0]	(100,0)	(100,0)	99,1
% viral supprimiert [m]	95,7	[70,6]	(98,0)	(95,8)	95,5
% mit STI-Test [n]	52,0	(50,0)	73,8	68,7	54,1
% mit Analabstrich [n]	33,2	(28,0)	52,5	49,1	35,1
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	1,7	(6,5)	3,4	1,9	1,8

[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.6 Gesundheitliche Ungleichheiten und HIV-Diagnose

Die Prävalenz diagnostizierter HIV-Infektionen in der Stichprobe wird in **Abschnitt 4.2.1** beschrieben. Im Folgenden werden die Indikatoren getrennt für Befragte mit und ohne HIV-Diagnose dargestellt (**Tabelle 9.26**). Befragte mit HIV-Diagnose waren älter, lebten ihre Anziehung zu Männern häufiger offen und berichteten häufiger, Sex gegen Bezahlung angeboten oder Drogen injiziert zu haben.

Tabelle 9.26 Demografische Merkmale nach HIV-Status

HIV-Status und demografische Merkmale	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
Alter (Mittelwert)	41,8	50,6	42,9
Alter (SD)	13,3	10,6	13,3
Alter (Median)	42	51	43
% höhere Bildung	67,2	66,5	67,2
% feste Partnerschaft	48,5	54,3	49,2
% vollständig geoutet [a]	54,4	74,0	56,8
% im Ausland geboren	12,1	12,3	12,1
% Sexarbeitende [b]	1,9	3,7	2,1
% PWID [c]	1,1	8,5	2,0

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] alle/fast alle wissen über sexuelle Anziehung zu Männern Bescheid; [b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate; [c] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.6.1 HIV-Diagnose und Morbiditäten

Andere Infektionen waren bei Befragten mit HIV-Diagnose deutlich häufiger als bei Befragten ohne HIV-Diagnose. Psychische Belastungen, Unzufriedenheit mit dem Sexualleben und eine mögliche Alkoholabhängigkeit waren dagegen bei Befragten ohne HIV-Diagnose etwas häufiger (**Tabelle 9.27**).

Tabelle 9.27 Wichtigste Morbiditäten nach HIV-Status

HIV-Status und Morbiditäten	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
% schwere Angst-/ Depression [a]	7,4	6,4	7,3
% Selbstverletzungsgedanken [a]	16,3	15,8	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	22,1	19,1	21,8
% potenzielle Alkoholabhängigkeit [c]	23,7	21,9	23,4
% aktive Hepatitis B oder C	0,2	1,2	0,3
% Mpox [e]	1,2	5,4	1,7
% Syphilis [f]	4,5	11,2	5,3
% Gonorrhö [f]	9,1	14,8	9,8
% Chlamydien [f]	8,3	13,0	8,9
% Feigwarzen [g]	16,7	40,8	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [e] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

Bei Befragten mit HIV-Diagnose waren Syphilis-, Gonorrhö- und Chlamydien Diagnosen in den letzten 12 Monaten deutlich häufiger als bei Befragten ohne HIV-Diagnose. Gleiches galt für eine Mpox-Diagnose seit 2022, eine jemalige Diagnose von Feigwarzen sowie eine aktive Hepatitis B oder C. Trotz ihres höheren Alters wiesen Befragte mit HIV-Diagnose keine höhere psychische Belastung auf; Unzufriedenheit

mit dem Sexualleben und eine mögliche Alkoholabhängigkeit waren bei ihnen sogar etwas seltener.

9.6.2 HIV-Diagnose und Verhalten

Da ART und PrEP jeweils nur für eine der beiden Gruppen relevant sind und die Frage zur PEP-Nutzung Befragten mit HIV-Diagnose nicht gestellt wurde, werden diese Indikatoren hier nicht dargestellt. Befragte mit HIV-Diagnose berichteten eine höhere Anzahl von Sexpartnern (**Tabelle 9.28**) und höhere Werte beim *Sexual Repertoire Score* auf [1]. Auch der Konsum von Stimulanzien im Zusammenhang mit Sex sowie injizierender Drogenkonsum waren bei ihnen deutlich häufiger. Obwohl sie bei Sex mit nicht-festen Partnern seltener Kondome verwendeten, war der Anteil mit Safer Sex insgesamt aufgrund der hohen Wirksamkeit von ART zur Verhinderung der sexuellen HIV-Übertragung (U=U) weiterhin sehr hoch.

Tabelle 9.28 Wichtigste Verhaltensweisen nach HIV-Status

HIV-Status und Verhaltensweisen	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
% Safer Sex [a]	45,8	95,5	51,8
% kosistent Kondome [b]	24,0	5,0	21,3
% 'doxy-PEP' [c]	5,5	11,3	6,2
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	5	10	5
SRS (Mittelwert) [d]	5,9	6,4	6,0
% Chemsex [e]	3,8	16,2	5,3
% injiz. Drogengebrauch [f]	1,1	8,5	2,0

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate [d] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, die auf 9 Sexualpraktiken mit NICHT-FESTEN männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten basiert; [e] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [f] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.6.3 HIV-Diagnose und Bedarfe

Befragte mit HIV-Diagnose berichteten häufiger, beim Sex nicht so sicher zu sein, wie sie es sich wünschten, keinen Zugang zu Kondomen zu haben und sich Sorgen hinsichtlich ihres Drogenkonsums zu machen (**Tabelle 9.29**). Gleichzeitig waren sie besser über Hepatitis Impfungen informiert. Befragte ohne HIV-Diagnose wussten dagegen seltener über U=U Bescheid.

Tabelle 9.29 Wichtigste Bedarfe nach HIV-Status

HIV-Status und Bedarfe	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
Mittelwert SIHS[a]	1,1	0,8	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	3,7	9,7	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	7,3	9,8	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	8,9	7,2	8,7
% homo-/transfeindliche Gewalt [b]	3,1	2,6	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	1,4	0,5	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheits-einrichtung erlebt [b]	6,5	7,1	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheits-einrichtung erwartet [b]	10,3	6,3	9,8

HIV-Status und Bedarfe	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
% gefühlte Unsicherheit im öffentlichen Raum [b]	28,7	19,0	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	11,7	5,0	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	18,9	2,5	16,9
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	7,1	2,9	7,1
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	20,0	5,0	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	12,7	2,6	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	46,7	30,0	43,3
% HPV-Impfung nicht bekannt	42,8	30,4	41,3
% Wissenslücke: Mpox [e]	23,3	10,0	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	21,5	8,8	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	43,9	14,0	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.6.4 HIV-Diagnose und Interventionen

Bei Befragten ohne HIV-Diagnose waren die Anteile, die mit den jeweils erfassten Interventionen erreicht worden waren oder diese in Anspruch genommen hatten, durchgehend niedriger als bei Befragten mit HIV-Diagnose (**Tabelle 9.30**). Unter Befragten mit HIV-Diagnose war sowohl die Inanspruchnahme einer Beratung zum Substanzkonsum als auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe wegen des Substanzkonsums häufiger.

Tabelle 9.30 Wichtige Maßnahmen nach HIV-Status

HIV-Status und Maßnahmen	Keine HIV-Diagnose (n = 9251)	HIV-Diagnose (n = 1289)	Gesamt (N = 10 540)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	86,1	91,2	86,7
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	66,7	88,6	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	66,7	87,7	69,1
% vollständige HBV-Impfserie[d]	66,0	87,2	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	9,6	15,5	10,4
% mind. eine Mpox-Impfung[e]	25,2	51,4	28,4
% kostenlose Kondome [f]	26,6	30,7	27,1
% mit CBVCT-Test [g]	20,6	20,0	20,5
% mit Einsendetest [g]	1,8	0,3	1,6
% mit Heimtest [g]	5,9	1,7	5,3
% mit STI-Test [h]	50,2	81,3	54,0
% mit Analabstrich [h]	33,8	43,6	35,0
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [h]	1,4	4,2	1,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] beim letzten HIV-Test; [i] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten.

9.7 Gesundheitliche Ungleichheiten und Sexarbeit

Abschnitt 3.8 beschreibt, wie häufig Befragte in der Stichprobe für Sex bezahlt bzw. Sex gegen Bezahlung angeboten hatten. In **Tabelle 9.31** werden die Indikatoren getrennt für vier Gruppen dargestellt: Befragte, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten hatten (2 %), Befragte, bei denen dies im selben Zeitraum seltener der Fall war (2 %), Befragte, die früher, aber nicht in den vergangenen zwölf Monaten Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, sowie Befragte, die dies noch nie getan hatten. Obwohl nicht erhoben wurde, ob sich die Befragten selbst als Sexarbeitende identifizierten, stellt das mindestens dreimalige Anbieten von Sex gegen Bezahlung innerhalb der vergangenen zwölf Monate einen geeigneten Proxy-Indikator für Sexarbeit dar [2]. Mit zunehmender Häufigkeit des Anbietens von Sex gegen Bezahlung waren die Anteile der Befragten mit eigener Migrationserfahrung und mit injizierendem Drogenkonsum höher, während das Durchschnittsalter niedriger war. Das mediane Alter der anhand dieses Indikators als Sexarbeitende klassifizierten Befragten lag dennoch bei 36 Jahren.

Tabelle 9.31 Demografische Merkmale und Sexarbeit

Sexarbeit und demografische Merkmale	Mehr als zweimal Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 226)	Seltener Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 217)	Vor längerer Zeit Sex verkauft (n = 1285)	Nie Sex verkauft (n = 8864)	Gesamt (N = 10 592)
Alter (Mittelwert)	37,0	35,7	42,6	43,3	42,9
Alter (SD)	13,8	13,0	12,0	13,4	13,3
Alter (Median)	36	33	42	44	43
% höhere Bildung	60,4	59,9	66,8	67,6	67,2
% feste Partnerschaft	31,0	38,2	51,7	49,6	49,2
% vollständig geoutet [a]	61,1	53,9	65,8	55,4	56,8
% im Ausland geboren	20,4	17,1	14,3	11,4	12,1
% PWID [b]	12,4	4,6	4,1	1,4	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Alle/fast alle wissen über sexuelle Anziehung zu Männern Bescheid; [d] Menschen, die Drogen injizieren (ausgenommen Steroide), letzte 12 Monate

9.7.1 Sexarbeit und Morbiditäten

Bei Befragten, die Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, waren alle erfassten infektionsbezogenen Morbiditätsindikatoren häufiger, darunter eine HIV-Diagnose in den letzten 12 Monaten, eine nachweisbare HIV-Viruslast sowie eine aktive Hepatitis B oder C (**Tabelle 9.32**). Gleichzeitig berichteten sie seltener Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben.

Tabelle 9.32 Sexarbeit und Morbiditäten

Sexarbeit und Morbiditäten	Mehr als zweimal Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 226)	Seltener Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 217)	Vor längerer Zeit Sex verkauft (n = 1285)	Nie Sex verkauft (n = 8864)	Gesamt (N = 10 592)
% schwere Angst-/ Depression [a]	6,2	12,0	8,9	7,0	7,3
% Selbstverl.-gedanken [a]	23,5	28,6	18,2	15,5	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	9,3	15,7	18,7	22,7	21,8
% potenzielle Alkoholabhän. [c]	22,6	28,6	27,1	22,8	23,4
% HIV-Diagnose	21,3	11,1	25,5	10,1	12,2
% HIV-Neudiagnose [d]	0,6	2,0	0,6	0,2	0,3
% nachweisbare Viruslast [e]	(4,4)	(8,3)	1,9	3,2	3,0
% aktive Hepatitis B oder C	0,4	0,0	0,5	0,3	0,3
% Mpox [f]	4,4	3,2	4,6	1,2	1,7
% Syphilis [d]	11,5	11,1	8,2	4,6	5,3
% Gonorrhö [d]	27,4	20,7	15,7	8,3	9,8
% Chlamydien [d]	19,0	13,4	14,2	7,8	8,9
% Feigwarzen [g]	25,2	20,6	28,5	18,3	19,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.7.2 Sexarbeit und Verhalten

Befragte, welche Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, berichteten häufiger drogenbezogenes Risikoverhalten (**Tabelle 9.33**). Mit zunehmender Häufigkeit bzw. Aktualität des Anbietens von Sex gegen Bezahlung nahm die PrEP-Nutzung zu und kompensierte damit teilweise den seltener berichteten Kondomgebrauch. Auch Chemsex und injizierender Drogenkonsum waren häufiger. Unter Befragten mit HIV-Diagnose war die ART-Nutzung dagegen bei denjenigen, die Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, seltener. Mit zunehmender Häufigkeit des Anbietens von Sex gegen Bezahlung stieg die Anzahl der Sexpartner, während sich der *Sexual Repertoire Score* zwischen den Gruppen kaum unterschied.

Tabelle 9.33 Sexarbeit und Verhalten

Sexarbeit und Verhalten	Mehr als zweimal Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 226)	Seltener Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 217)	Vor längerer Zeit Sex verkauft (n = 1285)	Nie Sex verkauft (n = 8864)	Gesamt (N = 10 592)
% Safer Sex [a]	64,6	55,8	64,2	49,4	51,6
% kosistent Kondome [b]	12,5	14,2	14,9	22,9	21,2
% aktuell PrEP [c]	36,3	34,1	29,2	25,8	26,6
% ART [d]	(83,3)	(91,7)	94,2	93,3	93,1
% jemals PEP [c]	20,8	15,2	13,2	11,0	11,5
% 'doxy-PEP' [e]	15,2	10,6	10,5	5,3	6,3
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	12	11	11	4	5
SRS (Mittelwert) [f]	5,7	6,0	6,2	5,9	6,0
% Chemsex [g]	22,6	12,0	11,9	3,8	5,3
% injiz. Drogengebrauch [h]	12,4	4,6	4,1	1,4	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen; [h] ohne Steroide, letzte 12 Monate

9.7.3 Sexarbeit und Bedarfe

Bei den meisten Indikatoren wiesen Befragte, die häufig Sex gegen Bezahlung anboten, die höchsten Anteile ungedeckter Bedarfe auf (**Tabelle 9.34**). Sie berichteten zudem häufiger von homophoben Übergriffen, Vergewaltigung und unzureichender Kontrolle über unerwünschten Sex.

Tabelle 9.34 Wichtigste Bedarfe nach Gruppen – Sexverkauf

Sexarbeit und Bedarfe	Mehr als zweimal Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 226)	Seltener Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 217)	Vor längerer Zeit Sex verkauft (n = 1285)	Nie Sex verkauft (n = 8864)	Gesamt (N = 10 592)
Mittelwert SIHS[a]	1,0	1,1	0,9	1,0	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	13,3	10,1	8,0	3,5	4,4
% ohne Kontrolle über Safer Sex	12,8	12,4	8,1	7,2	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	22,6	18,9	10,0	7,9	8,7
% homo-/ transneg. Gewalt erlebt [b]	13,3	7,8	4,1	2,5	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	11,1	4,6	1,6	0,8	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung erlebt [b]	13,3	12,4	6,4	6,3	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtung befürchtet [b]	14,2	16,6	7,4	9,9	9,8
% gefühlte Unsicherheit im öff. Raum [b]	39,4	38,7	29,7	26,5	27,5
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung [c]	11,7	11,7	8,3	11,7	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	17,3	17,6	11,6	17,6	16,9
% Wissenslücke: PrEP [e]	16,7	23,3	16,7	26,7	26,7
% PrEP nicht bekannt	13,6	19,2	14,5	20,5	19,7
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	8,6	8,6	4,3	7,1	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	8,8	9,7	2,5	8,5	7,8
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	20,0	22,5	15,0	17,5	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	13,7	15,7	9,5	11,5	11,4
% Wissenslücke: HPV [e]	2,3	2,4	2,2	2,3	2,2
% HPV-Impfung nicht bekannt	40,0	46,7	36,7	43,3	43,3
% Wissenslücke: Mpox [e]	20.0	20.0	16.7	20.0	20.0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	19,4	20,8	15,9	20,5	19,9
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	37,6	37,3	29,5	41,9	40,2

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten unter 20 liegt (N < 20). [a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.7.4 Sexarbeit und Interventionen

Befragte, welche Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, berichteten häufiger von einem STI-Test in den letzten 12 Monaten, einem Analabstrich sowie einer Beratung zu PrEP durch einen Gesundheitsdienst (**Tabelle 9.35**). Der Anteil der Befragten, denen eine Hepatitis Impfung angeboten worden war, war dagegen nicht höher. Unter Befragten mit HIV-Diagnose war der Anteil mit supprimierter Viruslast bei denjenigen, die Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, niedriger.

Tabelle 9.35 Wichtige Maßnahmen nach Gruppen – Sexarbeit

Sexarbeit und Interventionen	Mehr als zweimal Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 226)	Seltener Sex verkauft, letzte 12 Monate (n = 217)	Vor längerer Zeit Sex verkauft (n = 1285)	Nie Sex verkauft (n = 8864)	Gesamt (N = 10 592)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	84,5	90,8	88,5	86,5	86,8
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	70,8	68,7	73,1	68,8	69,4
% vollständige HAV-Impfserie [c]	70,6	68,1	73,9	68,4	69,1
% vollständige HBV-Impfserie [d]	70,7	67,0	74,2	67,6	68,4
% mind. eine HPV-Impfung	16,4	11,5	11,1	10,1	10,3
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	38,9	29,5	38,7	26,7	28,5
% kostenlose Kondome [f]	34,1	26,3	31,8	26,3	27,1
% mit Beratung zu PrEP [g]	44,3	42,0	42,4	31,1	32,7
% mit HIV-Test [h]	57,1	68,2	52,9	51,5	52,2
% mit CBVCT-Test [i]	23,6	15,1	17,8	20,9	20,4
% mit Einsendetest [i]	1,0	1,6	1,3	1,7	1,6
% mit Heimtest [i]	2,1	7,0	4,5	5,4	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	(100,0)	(100,0)	100,0	99,7	99,8
% weiter in Betreuung [k]	(100,0)	(100,0)	99,7	99,4	99,5
% unter ART [l]	(97,6)	(100,0)	99,7	99,0	99,1
% viral supprimiert [m]	(95,1)	(90,9)	96,1	95,4	95,5
% mit STI-Test [n]	70,4	64,1	67,9	51,4	54,1
% mit Analabstrich [n]	52,2	41,5	46,8	32,8	35,1
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	3,9	3,8	3,7	1,3	1,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

9.8 Gesundheitliche Ungleichheit und injizierender Drogenkonsum

Abschnitt 5.8 beschreibt die Prävalenz injizierenden Drogenkonsums in der Stichprobe. Im Folgenden vergleichen wir die Indikatoren zwischen Befragten, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden (2 %), und Befragten, die dies nicht getan hatten (**Tabelle 9.36**). Befragte mit injizierendem Drogenkonsum waren deutlich älter und berichteten, entsprechend ihrer höheren Altersstruktur, häufiger eine höhere Bildung. Sie hatten seltener einen festen Partner und waren häufiger im Ausland geboren oder hatten häufig Sex gegen Bezahlung angeboten.

Tabelle 9.36 Demografische Merkmale und injizierender Drogenkonsum

Injizierender Drogenkonsum und demografische Merkmale	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)
Alter (Mittelwert)	46,9	42,8	42,9
Alter (SD)	11,9	13,4	13,4
Alter (Median)	48	43	4
% höhere Bildung	68,4	67,2	67,3
% feste Partnerschaft	42,9	49,3	49,1
% vollständig geoutet[a]	70,0	56,2	56,5
% im Ausland geboren	12,9	12,0	12,0
% Sexarbeitende[b]	12,9	1,9	2,1

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] alle/fast alle wissen von sexueller Anziehung zu Männern; [b] mindestens dreimal Sex verkauft, letzte 12 Monate

9.8.1 Injizierender Drogenkonsum und Morbiditäten

Befragte mit injizierendem Drogenkonsum berichteten etwas seltener Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben als Befragte ohne injizierenden Drogenkonsum. Alle anderen Morbiditätsindikatoren, einschließlich Hepatitis B und C, waren bei ihnen dagegen häufiger (**Tabelle 9.37**). Zudem waren sowohl der Anteil mit HIV-Diagnose insgesamt als auch der Anteil mit einer HIV-Neudiagnose deutlich höher.

Tabelle 9.37 Injizierender Drogenkonsum und Morbiditäten

Injizierender Drogenkonsum und Morbiditäten	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)
% schwere Angst-/ Depression [a]	8,0	7,3	7,3
% Selbstverl.-gedanken [a]	21,7	16,1	16,2
% sexuell unzufrieden [b]	18,0	21,8	21,7
% potenzielle Alkoholabhän.[c]	21,7	23,3	23,3
% HIV-Diagnose	50,9	10,6	11,5
% HIV-Neudiagnose [d]	0,9	0,2	0,2
% nachweisbare Viruslast [e]	3,8	2,5	2,6
% aktive Hepatitis B oder C	1,8	0,3	0,3
% Mpox [f]	7,8	1,6	1,7
% Syphilis [d]	19,0	5,0	5,3
% Gonorrhö [d]	28,6	9,3	9,7
% Chlamydien [d]	20,7	8,6	8,9
% Feigwarzen [g]	38,9	19,0	19,4

Injizierender Drogenkonsum und Morbiditäten	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten für diese Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in eckigen Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] letzte zwei Wochen; [b] weniger als 5 Punkte auf einer Skala von 1 bis 10; [c] letzte zwei Wochen (PHQ-4); [d] letzte 12 Monate; [e] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [f] seit Mai 2022; [f] letzte 12 Monate; [g] jemals

9.8.2 Injizierender Drogenkonsum und Verhalten

Befragte mit injizierendem Drogenkonsum berichteten eine deutlich höhere Anzahl von Sexpartnern und höhere Werte beim *Sexual Repertoire Score* [1] sowie wesentlich häufiger Chemsex und die Einnahme von „Doxy-PEP“ (**Tabelle9.38**). Sie verwendeten seltener Kondome, nahmen jedoch häufiger PrEP ein und berichteten damit insgesamt häufiger Safer Sex.

Tabelle 9.38 Injizierender Drogenkonsum und Verhalten

Injizierender Drogenkonsum und Verhalten	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)
% Safer Sex [a]	77,9	50,7	51,2
% kosistent Kondome [b]	1,0	22,2	21,6
% aktuell PrEP [c]	30,4	26,6	26,7
% ART [d]	89,9	93,5	93,1
% jemals PEP [c]	17,1	11,4	11,5
% 'doxy-PEP' [e]	18,9	5,9	6,2
Anzahl (Median) nicht-feste Sexpartner	11	5	5
SRS (Mittelwert) [f]	7,3	5,9	6,0
% Chemsex [g]	66,4	3,4	4,8

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] konsequente Kondomnutzung, PrEP oder Schutz durch Therapie; [b] konsequente Verwendung von Kondomen bei nicht-festen männlichen Sexualpartnern; [c] unter Ausschluss von Personen mit HIV-Diagnose; [d] bei Befragten mit HIV-Diagnose; [e] Einnahme von Antibiotika zur STI-Prophylaxe, vor oder nach dem Sex (Doxy-PrEP/Doxy-PEP), letzte 12 Monate [f] Der *Sexual Repertoire Score* (SRS) ist eine additive Punktzahl zwischen 1 und 9, basierend auf 9 Sexualpraktiken mit nicht-festen männlichen Partnern in den letzten 12 Monaten; [g] Einnahme von Stimulanzien, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, letzte 4 Wochen

9.8.3 Injizierender Drogenkonsum und Bedarfe

Befragte mit injizierendem Drogenkonsum berichteten häufiger ungedeckte Bedarfe hinsichtlich der Kontrolle über ihre sexuellen Aktivitäten und des Zugangs zu Kondomen (**Tabelle 9.39**). Auch Sorgen hinsichtlich ihres Drogenkonsums waren bei ihnen deutlich häufiger. Gleichzeitig verfügten sie über mehr Wissen zu HIV (einschließlich U = U), STI, PEP, PrEP und Hepatitis als Befragte ohne injizierenden Drogenkonsum.

Tabelle 9.39 Injizierender Drogenkonsum und Bedarfe

Injizierender Drogenkonsum und Bedarfe	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)
Mittelwert SIHS[a]	0,8	1,0	1,0
% über eigenen Drogenkonsum besorgt	35,5	3,5	4,2
% ohne Kontrolle über Safer Sex	13,8	7,4	7,6
% ohne Kontrolle über ungewollten Sex	14,3	8,6	8,8
% homo-/transfeindliche Gewalt [b]	3,2	3,1	3,1
% körperlich zu Sex gezwungen [b]	5,1	1,2	1,2
% Stigmatisierung in Gesundheitseinr. erlebt [b]	10,6	6,5	6,6
% Stigmatisierung in Gesundheitseinr. erwartet [b]	5,1	10,0	9,9
% gefühlte Unsicherheit im öffentl. Raum [b]	21,7	27,8	27,7
% Wissenslücke: HIV-/STI-Übertragung[c]	6,7	11,7	11,7
% U=U nicht bekannt [d]	5,1	17,3	17,0
% Wissenslücke: PrEP [e]	10,0	26,7	26,7
% PrEP nicht bekannt	12,4	19,9	19,8
% Wissenslücke: HIV-Test/-Behandlung [f]	4,3	7,1	7,1
% nicht bekannt, wo HIV-Test möglich	2,8	8,0	7,9
% Wissenslücke: Hepatitis [g]	10,0	17,5	17,5
% nicht bekannt, wo Hepatitis-A/B-Impf. mögl.	5,1	11,7	11,6
% Wissenslücke: HPV [e]	33,3	43,3	43,3
% Mpox-Impf. nicht bekannt	31,3	41,5	41,3
% Wissenslücke: Mpox [e]	10,0	20,0	20,0
% Mpox-Impf. nicht bekannt	11,4	20,2	20,0
% nicht bekannt, wo Mpox-Impf. mögl.	19,4	41,1	40,6

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] Kurzskala zur verinnerlichten Homonegativität (SIHS), Wertebereich: 0–6; [b] letzte 12 Monate; [c] Wissenslücke (%), basierend auf 6 Items; [d] Schutz durch Therapie: HIV kann bei nicht nachweisbarer Viruslast sexuell nicht übertragen werden; [e] Wissenslücke (%), basierend auf 3 Items; [f] Wissenslücke (%), basierend auf 7 Items; [g] Wissenslücke (%), basierend auf 4 Items.

9.8.4 Injizierender Drogenkonsum und Interventionen

Befragte, die in den letzten 12 Monaten Drogen injiziert hatten, um high zu werden, berichteten eine ähnlich häufige oder häufigere Inanspruchnahme vieler Interventionen als Befragte ohne injizierenden Drogenkonsum (**Tabelle 9.40**). Ihnen war häufiger eine Hepatitis Impfung angeboten worden und sie hatten diese auch häufiger erhalten. Darüber hinaus berichteten sie häufiger von einer Beratung zu PrEP durch einen Gesundheitsdienst sowie von einem STI-Test in den letzten 12 Monaten, einschließlich eines Analabstrichs. Erwartungsgemäß hatten sie zudem häufiger eine Beratung zum Substanzkonsum erhalten oder eine Selbsthilfegruppe zum Substanzkonsum besucht.

Tabelle 9.40 Injizierender Drogenkonsum und Interventionen

Injizierender Drogenkonsum und Interventionen	Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 217)	Keine Drogen injiziert, letzte 12 Monate (n = 10 123)	Gesamt (N = 10 340)
% spezif. Informationen über HIV/STI [a]	93,1	86,6	86,7
% mit Angebot einer Hepatitis-Impf. [b]	81,6	68,9	69,2
% vollständige HAV-Impfserie [c]	85,6	68,4	68,8
% vollständige HBV-Impfserie [d]	83,7	67,8	68,2
% mind. eine HPV-Impfung	12,9	10,2	10,2
% mind. eine Mpox-Impfung [e]	53,9	27,5	28,1
% kostenlose Kondome [f]	29,5	27,1	27,2
% mit Beratung zu PrEP [g]	52,4	32,4	32,6
% mit HIV-Test [h]	40,6	52,7	52,4
% mit CBVCT-Test [i]	17,6	20,6	20,5
% mit Einsendetest [i]	0,5	1,6	1,6
% mit Heimtest [i]	1,5	5,4	5,3
% ärztliche Betreuung eingeleitet [j]	100,0	99,7	99,7
% weiter in Betreuung [k]	99,1	99,5	99,5
% unter ART [l]	97,1	99,3	99,1
% viral supprimiert [m]	95,1	95,9	95,5
% mit STI-Test [n]	82,5	53,1	53,7
% mit Analabstrich [n]	55,8	34,5	34,9
% mit Drogenberatung / Selbsthilfe [n]	12,7	1,2	1,7

Zahlen in Klammern ( ) weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten in dieser Kategorie unter 100 liegt (N < 100).
Zahlen in Klammern [ ] weisen darauf hin, dass die Gesamtzahl der Befragten weniger als 20 beträgt (N < 20).
[a] MSM-spezifisch bei Anziehung zu Männern, transspezifisch bei Identifikation als trans, in den letzten 12 Monaten; [b] jemals, durch einen Gesundheitsdienst; [c] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis A; [d] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Hepatitis B; [e] unter Ausschluss von Befragten mit früherer Mpox-Diagnose; [f] von zivilgesellschaftlichen Organisationen, Kliniken, Bars oder Saunen, in den letzten 12 Monaten; [g] unter Ausschluss von Befragten mit HIV-Diagnose; [h] in den letzten 12 Monaten, unter Ausschluss von Befragten mit bereits zuvor bestehender Diagnose; [i] beim letzten HIV-Test; [j] Stufe 3 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [k] Stufe 4 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [l] Stufe 5 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [m] Stufe 6 der HIV-Versorgungskaskade, unter Befragten mit HIV-Diagnose; [n] in den letzten 12 Monaten.

Literatur

1. Schmidt AJ, Marcus U. What's on the rise in Sexually Transmitted Infections? *Lancet Reg Health Eur.* 2023; 34: 100764. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37927434

2. Berg RC, Weatherburn P, Marcus U, Schmidt AJ. Links between transactional sex and HIV/STI-risk and substance use among a large sample of European men who have sex with men. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):686. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31382923

Kapitel 10: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Seit seiner Einführung bringt EMIS wissenschaftliche Einrichtungen, staatliche Public-Health-Institutionen und zivilgesellschaftliche Organisationen zusammen. Dieser kooperative Ansatz ermöglicht es den verschiedenen Akteuren, voneinander zu lernen und ihre jeweilige Expertise in Forschung, Public Health und community-basierter Prävention einzubringen. EMIS ist eine der größten regelmäßig durchgeführten Befragungen zur sexuellen Gesundheit ihrer Art in Deutschland, Europa und weltweit. EMIS-2024 wurde in 35 Sprachen in 50 Ländern durchgeführt.

EMIS-2024 wurde gemeinsam von der Deutschen Aidshilfe, der Universität Maastricht und dem Robert-Koch-Institut sowie einem großen Netzwerk nationaler Partner in der WHO-Region Europa durchgeführt. Finanziert wurde EMIS-2024 durch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), unter anderem im Rahmen seines *Global Health Protection Programme* (GHPP), sowie durch Institutionen in Belgien, Estland, Irland, Israel, Luxemburg, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden und der Schweiz. Die Finanzierung durch das BMG war insbesondere für die Durchführung von EMIS-2024 in Deutschland von Bedeutung, während Mittel aus dem GHPP die Durchführung in Osteuropa und Zentralasien unterstützten.

Anders als frühere EMIS-Wellen, die eine Grundfinanzierung aus Gesundheitsprogrammen der Europäischen Kommission erhielten, wurde EMIS-2024 ohne eine eigene mehrjährige Grundfinanzierung durchgeführt. Stattdessen mussten Mittel aus mehreren Finanzierungsquellen mit unterschiedlichen Förderzeiträumen, Zeitplänen und Anforderungen kombiniert werden. Dies erhöhte die Komplexität der Planung und Durchführung der Erhebung erheblich und führte in einigen Phasen der Studienentwicklung zu engeren zeitlichen Vorgaben als in früheren Erhebungsrunden.

EMIS-2024 bietet eine umfangreiche Datengrundlage für die Untersuchung eines breiten Spektrums wissenschaftlicher und für *Public Health* bedeutsamer Fragestellungen zu MSM sowie trans und nicht-binären Personen. Dazu gehören die psychische und sexuelle Gesundheit, sexuelle Biografien und Praktiken einschließlich des sexuellen Debüts, des sexuellen Repertoires und der Settings, in denen Sex stattfindet, Altersunterschiede und Alterskonstellationen bei sexuellen Kontakten sowie Partnersuche und Partnerzahl. Ausführlich erfasst wird zudem der Substanzkonsum, einschließlich der verwendeten Substanzen in sexuellen und nicht-sexuellen Kontexten sowie Chemsex.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Prävention von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen (STI). Untersucht werden unter anderem Wissen und Informationsstand zur sexuellen Gesundheit, Impfungen und andere Präventionsmaßnahmen einschließlich der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und der Doxycyclin-Postexpositionsprophylaxe (Doxy-PEP), die Inanspruchnahme von Testangeboten sowie der Zugang zu Versorgung und Behandlung. EMIS-2024 ermöglicht darüber hinaus Analysen zu Offenheit im Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung

(*Outness*), verinnerlichter Homonegativität, Minderheitenstress, Stigmatisierung und Diskriminierung, Gewalt und sexueller Nötigung sowie deren Zusammenhängen mit sexueller Gesundheit. Ein besonderes Augenmerk gilt Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ungedeckter Präventionsbedarfe und des Zugangs zu Präventions- und Versorgungsangeboten.

Die europäische Ausrichtung von EMIS liefert einen wichtigen zusätzlichen Kontext für die Interpretation nationaler Ergebnisse. Harmonisierte Indikatoren ermöglichen es, die in einem Land beobachteten Werte mit denen anderer Länder und Regionen zu vergleichen. Dadurch lässt sich beurteilen, ob nationale Werte im europäischen Vergleich eher hoch oder niedrig sind, und es können gemeinsame Muster sowie Unterschiede innerhalb Europas identifiziert werden. Jedes teilnehmende Land profitiert somit von der Teilnahme der anderen Länder. EMIS-2024 wurde in 35 Sprachen in 50 Ländern durchgeführt. Diese umfangreiche Mehrsprachigkeit erleichtert auch die Einbeziehung migrierter Personen, die durch nationale Befragungen in nur einer oder wenigen Sprachen möglicherweise nicht ausreichend erreicht werden.

EMIS-2024 knüpft an die früheren EMIS-Wellen von 2010 und 2017 an. Gegenüber den früheren Wellen wurde die Einbeziehung von trans und nicht-binären Personen durch spezifische Fragebogenpfade und gezielte Rekrutierungsmaßnahmen erheblich ausgeweitet. Angesichts der thematischen Breite von EMIS-2024 kann dieser Bericht nur die wichtigsten deskriptiven Ergebnisse für Deutschland darstellen.

Der EMIS-2024-Datensatz bietet eine reichhaltige Grundlage für vertiefende Analysen spezifischer wissenschaftlicher und *Public-Health*-relevanter Fragestellungen, einzelner Bevölkerungsgruppen, länderübergreifender Unterschiede und von Veränderungen zwischen den EMIS-Wellen. Daten aus EMIS-2024 sind bereits in die nationale Berichterstattung zum Monitoring der *Dublin Declaration* eingeflossen und wurden in ECDC-geführten Analysen zur Modellierung des potenziellen Antibiotikaverbrauchs durch Doxy-PEP sowie der Auswirkungen künftiger Impfkampagnen auf die Übertragung von Mpox verwendet. Wie bei früheren EMIS-Wellen ist davon auszugehen, dass die Daten noch viele Jahre als Grundlage für wissenschaftliche Publikationen und vertiefende Analysen dienen werden.

EMIS-2024 liegt ein Verständnis sexueller Gesundheit zugrunde, dass über die Abwesenheit oder Vermeidung von Infektionen hinausgeht. Seit der ersten EMIS-Welle im Jahr 2010 wird sexuelle Zufriedenheit (*sexual happiness*) daher neben Morbidität als wichtiger Aspekt sexueller Gesundheit betrachtet. Ein Leitgedanke von EMIS ist es, die wissenschaftliche Grundlage dafür zu schaffen, dass Menschen informierte Entscheidungen für bestmöglichen Sex bei möglichst geringem Schaden (*the best sex with the least harm*) treffen können. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass sexuelle Gesundheit eine Abwägung zwischen dem Nutzen und der Freude an Sexualität einerseits und der Vermeidung und Verringerung vermeidbarer gesundheitlicher Beeinträchtigungen andererseits erfordert, anstatt jegliches Risiko ausschließen zu wollen.

10.1 Rekrutierung und Demografie

Die Rekrutierungsmuster in Deutschland unterschieden sich von denen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) insgesamt. Während im EWR 37 % der qualifizierenden Fälle über NGO-Partner rekrutiert wurden, lag dieser Anteil in Deutschland bei 20 %. Umgekehrt entfiel in Deutschland mit 38 % ein deutlich größerer Anteil der Rekrutierung auf ROMEO als im EWR insgesamt (17 %), während die Rekrutierung über Grindr und G4E ähnlich hoch war (42 % *vs.* 46 %). Der geringere Beitrag der NGO-Rekrutierung in Deutschland ist daher vor dem Hintergrund des besonders hohen Beitrags von ROMEO und der daraus resultierenden Unterschiede im Rekrutierungsmix zu betrachten.

Trotz dieser Unterschiede wurden in Deutschland 10 592 Fälle eingeschlossen, die größte nationale Stichprobe in EMIS-2024. Deutschland stellte rund ein Viertel (26 %) aller eingeschlossenen Fälle der EWR-Stichprobe. Die EWR-Gesamtwerte werden daher wesentlich von der deutschen Stichprobe mitbestimmt; Vergleiche zwischen Deutschland und dem EWR insgesamt sind entsprechend zu interpretieren. Bezogen auf die Größe der männlichen Bevölkerung im Alter von 15–64 Jahren lag die relative Rekrutierung in Deutschland bei 4,0 gegenüber 2,9 im EWR. Deutschland erreichte damit im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße eine überdurchschnittlich hohe Rekrutierung, wobei in mehreren anderen Ländern deutlich höhere Werte erreicht wurden. Unterschiede in den Rekrutierungswegen sollten bei der Interpretation der deutschen Stichprobe berücksichtigt werden, da die Rekrutierung über NGOs und Dating-Plattformen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen soziodemografischen Merkmalen, unterschiedlicher Community-Anbindung und unterschiedlichen Präventionsbedarfen erreichen kann.

Die **deutsche Stichprobe** umfasste 10 592 Teilnehmende. Davon waren 10 017 (94,6 %) cis MSM, 212 (2,0 %) trans MSM, 51 (0,5 %) trans Frauen, 91 (0,9 %) nicht-binäre Personen mit weiblichem Geburtsgeschlecht (AFAB) und 221 (2,1 %) nicht-binäre Personen mit männlichem Geburtsgeschlecht (AMAB). Wie in früheren EMIS-Wellen schließt der Bericht alle Teilnehmenden ein, die die Einschlusskriterien der Befragung erfüllten und zur Teilnahme eingeladen wurden; analytische Teilgruppen werden entsprechend der jeweiligen Fragestellung definiert. **Kapitel 8** betrachtet die vier trans und nicht-binären Gruppen zusätzlich getrennt.

Für bestimmte epidemiologische Zwecke, darunter Indikatoren für das Monitoring der *Dublin Declaration*, wurde eine weiter gefasste MSM-Definition verwendet, die cis und trans MSM sowie nicht-binäre AMAB-Personen umfasst (n = 10 450; 98,7 %). Diese zweckgebundene analytische Definition bedeutet nicht, dass nicht-binäre Personen als Männer klassifiziert werden; Geschlechtsidentität und Zugehörigkeit zu einer epidemiologisch definierten Population werden als unterschiedliche Dimensionen betrachtet.

Die Rekrutierung für EMIS-2024 erwies sich in Deutschland als schwieriger als in früheren EMIS-Wellen; insbesondere war der Anteil jüngerer MSM geringer. Eine wesentliche Erweiterung von EMIS-2024 war die Integration einer Trans-Teilstudie mit spezifischen Befragungspfaden und gezielter Rekrutierung von trans und nicht-binären Personen. Die Zusammensetzung der EMIS-Stichproben hat sich zwischen

den Wellen verändert, insbesondere hinsichtlich des Alters sowie der Einbeziehung und gezielten Rekrutierung von trans und nicht-binären Personen. Diese Unterschiede sind bei Vergleichen zwischen Ländern, Regionen oder EMIS-Wellen zu berücksichtigen. Weitere Einzelheiten finden sich im **Hinweis zur Vergleichbarkeit** zu Beginn von **Kapitel 3**.

Im Vergleich zu den Teilnehmenden im EWR waren die Teilnehmenden in Deutschland älter (Median 43 *vs.* 39 Jahre) und gaben seltener an, mit ihrem gegenwärtigen Einkommen nur schwer auszukommen (8 % *vs.* 13 %). Auch der Anteil, der außerhalb des jeweiligen Wohnsitzlandes Geborenen war in Deutschland etwas niedriger (12 % *vs.* 15 %), während der Anteil mit höherer Bildung ähnlich hoch war (67 % *vs.* 66 %). Die meisten Teilnehmenden bezeichneten sich als schwul oder homosexuell (77 %) oder bisexuell (16 %). In den vergangenen zwölf Monaten hatten 11 % mindestens einmal einen Mann für Sex bezahlt und waren damit Kunden männlicher Sexarbeit. 2 % hatten im selben Zeitraum mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten; diese Häufigkeit wurde als Hinweis auf Sexarbeit gewertet.

Mehrere Befunde stützen die Validität der demographischen Daten. Der Erwerbsstatus variierte zwischen den Altersgruppen in einer Weise, die den erwartbaren Unterschieden im Lebensverlauf entsprach, und spricht damit für die interne Konsistenz der Daten. In Deutschland zeigte sich diese Übereinstimmung in mehreren Bundesländern, während in andern Bundesländern Unterschiede bestanden; für einige Bundesländer waren die EMIS-Fallzahlen für eine entsprechende Beurteilung zu klein. In Deutschland zeigten sich auch hinsichtlich Alter und sexueller Identität ähnliche Muster wie in unabhängigen Daten aus communitybasierten HIV-/STI-Beratungs- und Testeinrichtungen. In beiden Datensätzen bezeichneten sich jüngere MSM seltener als schwul oder homosexuell und häufiger als bisexuell oder mit anderen Begriffen. Unter den MSM unter 25 Jahren bezeichneten sich beispielsweise 65 % der EMIS-2024-Teilnehmenden als schwul oder homosexuell und 21 % als bisexuell; unter den gleichaltrigen MSM, die communitybasierte Beratungs- und Testeinrichtungen nutzten, waren es 67 % bzw. 25 %. In EMIS verwendeten weitere 7 % einen anderen Begriff für ihre sexuelle Identität; in den Daten der Beratungs- und Testeinrichtungen bezeichneten sich ebenfalls 7 % als queer oder verwendeten eine andere Bezeichnung.

10.2 Morbiditäten

Deutschland lag bei diagnostizierten sexuell übertragenen Infektionen (STI) im Vergleich der EWR-Länder insgesamt im mittleren bis oberen Bereich. Bei den Anteilen der Befragten mit einer Syphilis-, Gonorrhö- oder Chlamydien-Diagnose gehörte Deutschland zu den zehn Ländern mit den höchsten Werten. Auch Feigwarzen waren häufig; Deutschland lag damit an sechster Stelle. Anders als asymptomatische bakterielle STI werden Feigwarzen nicht durch Screening diagnostiziert. Ihre hohe Lebenszeitprävalenz ist daher auch vor dem Hintergrund der niedrigen HPV-Impfquote in Deutschland von Bedeutung.

Auch beim Anteil der Befragten mit einer Mpox-Diagnose gehörte Deutschland zu den fünf Ländern mit den höchsten Werten. Eine aktive Hepatitis B oder C wurde von 1,2 % berichtet und lag damit auf einem ähnlichen Niveau wie im EWR insgesamt (1,1 %).

In Deutschland berichteten in den vergangenen zwölf Monaten 5 % der Befragten eine Syphilis-Diagnose, 10 % eine Gonorrhö- und 9 % eine Chlamydien-Diagnose. Bei 20 % waren jemals Feigwarzen diagnostiziert worden, während 1,7 % seit 2022 eine Mpox-Diagnose erhalten hatten.

Insgesamt war bei 12 % der Befragten in Deutschland jemals HIV diagnostiziert worden. Damit gehörte Deutschland zu den zehn EWR-Ländern mit den höchsten Anteilen jemals mit HIV diagnostizierter Befragter. HIV-Neudiagnosen in den vergangenen zwölf Monaten waren dagegen selten (0,3 %). Von den Befragten mit HIV-Diagnose berichteten lediglich 3 % eine nachweisbare Viruslast.

Bei den Indikatoren zur psychischen Gesundheit zeigte sich ein anderes Bild. Deutschland gehörte bei schweren Angst- oder Depressionssymptomen und Suizidgedanken zu den EWR-Ländern mit den niedrigsten Anteilen. Schwere Angst- oder Depressionssymptome berichteten 7 % gegenüber 10 % im EWR insgesamt. Suizidgedanken wurden von 4 % berichtet und gehörten ebenfalls zu den niedrigsten Werten im Vergleich der EWR-Länder. Sexuelle Unzufriedenheit war mit 22 % häufiger und lag nahe am EWR-Durchschnitt von 21 %. Hinweise auf eine mögliche Alkoholabhängigkeit fanden sich dagegen bei 23 %; damit gehörte Deutschland zu den zehn EWR-Ländern mit den höchsten Anteilen.

Die sexuelle Zufriedenheit stand in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit. Der Mittelwert der sexuellen Zufriedenheit (Skala: 1–10) sank von 7 bei Teilnehmenden ohne Angst- oder Depressionssymptome auf 5 bei Teilnehmenden mit moderaten oder schweren Symptomen. Eine geringere sexuelle Zufriedenheit ging in ähnlicher Weise mit häufigeren Gedanken an Suizid oder Selbstverletzung einher. Dies verdeutlicht den in EMIS-2024 beobachteten engen Zusammenhang zwischen sexueller und psychischer Gesundheit.

Zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede in der Morbidität. Bei psychischen Belastungen bestand ein ausgeprägter Altersgradient: Der Anteil mit schweren Angst- oder Depressionssymptomen sank von 14 % bei den unter 25-Jährigen auf 2 % bei den ab 65-Jährigen, der Anteil mit Gedanken an

Selbstverletzung von 31 % auf 8 %. Umgekehrt stieg der Anteil der Befragten mit einer HIV-Diagnose im Laufe des Lebens deutlich mit dem Alter an, von 0,5 % bei den unter 25-Jährigen auf 23 % bei den ab 65-Jährigen. Gonorrhö- und Chlamydien-Diagnosen in den vergangenen zwölf Monaten waren bei den 25- bis 39-Jährigen am häufigsten.

Psychische Belastungen waren bei trans und nicht-binären Befragten besonders ausgeprägt. Schwere Angst- oder Depressionssymptome berichteten je nach Gruppe 20–35 % der vier trans und nicht-binären Gruppen, verglichen mit 6 % der cis MSM, die sich als schwul oder bisexuell identifizierten (cis gbMSM). Ebenso berichteten 36–57 % der trans und nicht-binären Befragten Gedanken an Selbstverletzung in den vergangenen zwei Wochen, verglichen mit 14 % der cis gbMSM.

Auch Geflüchtete und Asylsuchende wiesen eine hohe psychische Belastung auf. Befragte, die migriert waren, um offener schwul, bisexuell, trans etc. leben zu können, berichteten häufiger mehrere in den vergangenen zwölf Monaten diagnostizierte STI, insbesondere Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien.

Die Indikatoren zur psychischen Gesundheit unterschieden sich nur wenig nach HIV-Status. Befragte mit HIV-Diagnose berichteten dagegen deutlich häufiger verschiedene infektiöse Morbiditäten, darunter Mpox, Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien sowie Feigwarzen. PrEP Nutzende berichteten am häufigsten über Gonorrhö und Chlamydien.

Befragte, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, berichteten deutlich häufiger Syphilis-, Gonorrhö- und Chlamydien-Diagnosen in diesem Zeitraum als Befragte, die noch nie Sex gegen Bezahlung angeboten hatten. Sie berichteten auch häufiger Gedanken an Selbstverletzung, während sexuelle Unzufriedenheit seltener war.

10.3 Schutz- und Risikoverhalten

Die Muster des Sexualverhaltens und der HIV-Prävention in Deutschland ähnelten insgesamt denen im EWR, wenngleich sich einige Unterschiede zeigten. Die mediane Zahl nicht-fester männlicher Sexpartner lag bei fünf und entsprach damit dem EWR-Median. Auch die Anteile der Befragten, die Sex mit mindestens drei Personen berichteten, ihren letzten nicht-festen männlichen Sexpartner online kennengelernt oder Apps auf dem Mobiltelefon zur Partnersuche genutzt hatten, lagen nahe an den Werten im EWR. Sex mit dem letzten nicht-festen männlichen Partner in einem Sex Venue oder an einem Cruising-Ort war mit 21 % vergleichsweise häufig; Deutschland gehörte damit zu den EWR-Ländern mit den höchsten Anteilen. Geschlechtsverkehr ohne Kondom war ebenfalls etwas häufiger als im EWR insgesamt (38 % *vs.* 35 %). Chemsex in den vergangenen vier Wochen berichteten 5 %, ähnlich viele wie im EWR (6 %). Obwohl injizierender Drogenkonsum mit 2 % selten blieb, gehörte Deutschland zu den EWR-Ländern mit den höchsten Anteilen.

Unter Teilnehmenden, die bereits Sex mit Männern gehabt hatten, lag das mediane Alter bei der ersten sexuellen Erfahrung mit einem Mann bei 18 Jahren (IQR: 15–21) und beim ersten Analverkehr mit einem Mann bei 19 Jahren (IQR: 17–23). Bezogen

auf alle Teilnehmenden hatten bis zum Alter von 17 Jahren jedoch erst 29 % Analverkehr mit einem Mann gehabt; bis zum Alter von 19 Jahren waren es weniger als die Hälfte (48 %). Das Alter beim sexuellen Debüt ist insbesondere für die HPV-Impfung relevant, da die Impfempfehlung an Altersgrenzen gebunden ist.

Die Nutzung biomedizinischer HIV-Prävention war in Deutschland hoch. Von den Befragten ohne HIV-Diagnose nahmen 31 % PrEP ein, verglichen mit 23 % im EWR. Insgesamt berichteten 47 % der Befragten, zur HIV-Prävention entweder PrEP oder Schutz durch Therapie (U=U) zu nutzen, verglichen mit 39 % im EWR. Die Einnahme von Antibiotika vor oder nach dem Sex zur Verringerung des Risikos, sich mit bestimmten bakteriellen STI zu infizieren (‚Doxy-PEP'), wurde von 6 % berichtet und lag damit nahe am EWR-Wert.

Die Strategien zur Verringerung des HIV-Übertragungsrisikos beim Sex mit nicht-festen (männlichen) Partnern haben sich zwischen den EMIS-Wellen deutlich verändert. Unter den Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit nicht-festen Partnern hatten, sank der Anteil mit konsequenter Kondomnutzung von 40 % im Jahr 2010 auf 31 % im Jahr 2017 und 18 % im Jahr 2024. Im selben Zeitraum stieg der Anteil mit Schutz durch Therapie von 5 % auf 10 % und 12 %, während die PrEP-Nutzung von 0 % im Jahr 2010 und 2 % im Jahr 2017 auf 29 % im Jahr 2024 zunahm. Auch der Anteil der Befragten ohne Analverkehr mit nicht-festen Partnern sank von 19 % auf 11 %. Obwohl es sich hierbei um nicht adjustierte Vergleiche handelt und Veränderungen in der Zusammensetzung und Rekrutierung der Stichproben zwischen den EMIS-Wellen berücksichtigt werden müssen, zeigen die Befunde eine deutliche Verschiebung von einer überwiegend kondombasierten hin zu einer biomedizinischen HIV-Prävention. Dennoch ging der Anteil, der in dieser Analyse als einem HIV-Übertragungsrisiko ausgesetzt eingestuft wurde, nur moderat zurück: von 36 % im Jahr 2010 auf 30 % im Jahr 2024, nachdem er 2017 bei 41 % gelegen hatte.

Sexualverhalten und Präventionsverhalten unterschieden sich deutlich zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Ein höheres Maß an *Outness* ging sowohl mit größerer sexueller Aktivität als auch mit einer stärkeren Nutzung von Maßnahmen zur HIV- und STI-Prävention einher. Die mediane Zahl nicht-fester (männlicher) Sexpartner stieg von drei bei Befragten, bei denen niemand oder nur wenige von ihrer sexuellen Anziehung zu Männern wussten, auf sechs bei Befragten, bei denen alle oder fast alle davon wussten. Der Anteil mit Chemsex stieg von 3 % auf 7 %, der Anteil mit injizierendem Drogenkonsum von 1 % auf 3 %. Gleichzeitig stieg die PrEP-Nutzung von 13 % auf 32 % und der Anteil, der durch den kombinierten Safer-Sex-Indikator erfasst wurde, von 35 % auf 59 %, obwohl die konsequente Kondomnutzung von 29 % auf 19 % zurückging.

Befragte mit HIV-Diagnose berichteten ebenfalls eine größere sexuelle Aktivität und häufiger Drogenkonsum in sexuellen Kontexten. Sie hatten im Median zehn nicht-feste männliche Sexpartner gegenüber fünf bei Befragten ohne HIV-Diagnose und berichteten ein breiteres sexuelles Repertoire. Chemsex wurde von 16 % gegenüber 4 % berichtet, injizierender Drogenkonsum von 9 % gegenüber 1 %. Konsequente Kondomnutzung war bei Befragten mit HIV-Diagnose deutlich seltener (5 % *vs.*

24 %). Da die große Mehrheit jedoch eine supprimierte Viruslast hatte und HIV damit sexuell nicht übertragen werden konnte, erfüllten insgesamt 96 % die in diesem Bericht verwendete Definition von Safer Sex.

Auch zwischen verschiedenen Gruppen von migrierten Personen zeigten sich unterschiedliche Muster. Befragte, die migriert waren, um offener schwul, bisexuell, trans oder queer leben zu können, hatten im Median zehn nicht-feste Sexpartner gegenüber fünf bei in Deutschland geborenen Befragten und berichteten häufiger Chemsex (12 % *vs.* 5 %). Sie nutzten auch häufiger pharmakologische Prävention: 41 % nahmen PrEP ein und 11 % berichteten ‚Doxy-PEP', verglichen mit 25 % bzw. 6 % bei in Deutschland geborenen Befragten. Entsprechend war auch der Anteil, der durch den kombinierten Safer-Sex-Indikator erfasst wurde, höher (64 % *vs.* 51 %). Dies verdeutlicht, dass unterschiedliche Gruppen von migrierten Personen nicht als homogene Population angesehen werden sollten.

Befragte, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, verbanden ebenfalls eine höhere sexuelle Aktivität mit einer stärkeren Nutzung von Präventionsmaßnahmen. Sie berichteten im Median zwölf nicht-feste Sexpartner gegenüber vier bei Befragten, die noch nie Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, und deutlich häufiger Chemsex (23 % *vs.* 4 %) sowie injizierenden Drogenkonsum (12 % *vs.* 1 %). Obwohl konsequente Kondomnutzung seltener war (13 % *vs.* 23 %), war die PrEP-Nutzung höher (36 % *vs.* 26 %), ebenso die Nutzung von ‚Doxy-PEP' (15 % *vs.* 5 %); auch der kombinierte Safer-Sex-Indikator war insgesamt höher (65 % *vs.* 49 %).

Befragte, die in den vergangenen zwölf Monaten Drogen injiziert hatten, zeigten ein besonders ausgeprägtes Muster von Sexual- und Präventionsverhalten. Sie berichteten eine höhere mediane Zahl nicht-fester männlicher Sexpartner (11 *vs.* 5) und ein breiteres sexuelles Repertoire (mittlerer SRS 7,3 *vs.* 5,9 bei maximal 9 Punkten); zugleich berichteten 66 % Chemsex in den vergangenen vier Wochen gegenüber 3 % der Befragten, die keine Drogen injiziert hatten. Konsequente Kondomnutzung war selten (1 % *vs.* 22 %), die Nutzung der im Safer-Sex-Indikator erfassten Strategien zur Verringerung des HIV-Übertragungsrisikos insgesamt jedoch deutlich häufiger (78 % *vs.* 51 %). Auch PrEP und ‚Doxy-PEP' wurden häufiger genutzt; ‚Doxy-PEP' berichteten beispielsweise 19 % gegenüber 6 % der Befragten, die keine Drogen injiziert hatten.

10.4 Ungedeckte Präventionsbedarfe

Insgesamt fielen mehrere Indikatoren für ungedeckte Bedarfe in Deutschland im Vergleich zum EWR günstig aus. Deutschland wies unter den EWR-Ländern den niedrigsten Mittelwert für verinnerlichte Homonegativität auf (mittlerer SIHS-Wert: 1,0 gegenüber 1,3 im EWR insgesamt). Selbstbestimmung über die eigene Sicherheit beim Sex war vergleichsweise selten (13 % *vs.* 22 %), ebenso erlebtes und erwartetes Stigma im Gesundheitswesen (7 % *vs.* 8 % bzw. 10 % *vs.* 13 %) sowie homo- oder transnegative Gewalt (3 % *vs.* 6 %). Dagegen berichteten Befragte in Deutschland etwas häufiger, sich im öffentlichen Raum unsicher gefühlt zu haben (28 % *vs.* 25 %), und auch verbale Belästigungen waren etwas häufiger (21 % *vs.* 19 %).

Das Wissen über die Prävention von HIV und anderen STI war insgesamt ähnlich gut oder etwas besser als im EWR. In Deutschland wussten 17 % nicht, dass Menschen mit nicht nachweisbarer HIV-Viruslast HIV sexuell nicht übertragen können, 20 % wussten nicht was PrEP ist, und 8 % wussten nicht, wo sie einen HIV-Test erhalten können. Auch die Wissenslücken zu Hepatitis und Mpox waren kleiner als im EWR insgesamt. Eine auffällige Ausnahme bildete HPV: 43 % wiesen eine Wissenslücke zu HPV auf und 41 % wussten nicht, dass es eine HPV-Impfung gibt, verglichen mit 37 % bzw. 32 % im EWR.

Die Bedarfe unterschieden sich deutlich nach Alter. Bei Befragten unter 25 Jahren bestanden besonders große Wissenslücken in der Prävention: 36 % kannten PrEP nicht, 29 % wussten nicht über Schutz durch Therapie (U=U) Bescheid und 34 % wussten nicht, wo sie einen HIV-Test erhalten können. Sie berichteten über wesentlich häufigeres Stigma im Gesundheitswesen und Unsicherheit im öffentlichen Raum als ältere Befragte. Mehr als die Hälfte (54 %) hatte sich in den vergangenen zwölf Monaten im öffentlichen Raum unsicher gefühlt, verglichen mit 20 % der 40- bis 64-Jährigen und 7 % der ab 65-Jährigen. Auch Erfahrungen mit körperlichem Zwang oder Druck zu Sex nahmen mit dem Alter deutlich ab: von 5 % bei den unter 25-Jährigen auf weniger als 1 % bei Befragten ab 40 Jahren.

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch nach sexueller und geschlechtlicher Identität. Trans und nicht-binäre Befragte berichteten insgesamt häufiger ungedeckte Bedarfe als cis gbMSM, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsversorgung, der sexuellen Selbstbestimmung und des Präventionswissens. Von den trans Männern berichteten 33 % in den vergangenen zwölf Monaten Stigma im Gesundheitswesen und 51 % erwartetes Stigma, verglichen mit 6 % bzw. 8 % der cis gbMSM. Trans Männer berichteten außerdem häufiger fehlende Kontrolle über unerwünschten Sex (17 % *vs.* 8 %) sowie körperlichen Zwang oder Druck zu Sex (5 % *vs.* 1 %). Auch Wissenslücken waren häufiger: 41 % der trans Männer kannten PrEP nicht und 31 % wussten nicht, wo sie einen HIV-Test erhalten können, verglichen mit 18 % bzw. 7 % der cis gbMSM. Ähnliche Muster zeigten sich bei mehreren der anderen trans und nicht-binären Gruppen; aufgrund der kleineren Fallzahlen sollten die entsprechenden Schätzwerte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden.

Bei cis MSM bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen *Outness* und mehreren Bedarfsindikatoren. Der mittlere SIHS-Wert sank von 2,0 bei Befragten, die gegenüber niemandem oder nur wenigen Menschen geoutet waren, auf 0,7 bei Befragten, die gegenüber allen oder fast allen geoutet waren. Entlang desselben Gradienten sank der Anteil derjenigen, die U=U nicht kannten, von 35 % auf 10 %, der Anteil derjenigen, die PrEP nicht kannten, von 33 % auf 14 %, und der Anteil derjenigen, die nicht wussten, wo sie einen HIV-Test erhalten können, von 18 % auf 4 %. Erwartetes Stigma im Gesundheitswesen ging von 19 % auf 6 % zurück. Diese Muster zeigen, dass Befragte, die weniger offen mit ihrer Anziehung zu Männern umgingen, auch durch wichtige Präventionsinformationen schlechter erreicht wurden und häufiger Barrieren bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung erwarteten. Cis MSM, die sich nicht als schwul oder bisexuell identifizierten, wiesen ebenfalls größere Wissens- und Zugangsbedarfe auf als cis gbMSM; sie kannten beispielsweise seltener PrEP und wussten häufiger nicht, wo sie einen HIV-Test oder eine Mpox-Impfung erhalten können. Diese heterogene Gruppe umfasst Befragte mit unterschiedlichen sexuellen Identitäten sowie unterschiedlicher Outness und unterschiedlichem Bezug zur Community; die beobachteten Unterschiede sollten daher nicht als alleinige Effekte der sexuellen Identität interpretiert werden.

Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung beschränkten sich jedoch nicht auf das Gesundheitswesen. Von den cis MSM hatten sich 35 % aufgrund ihrer Sexualität schon einmal durch ihre Familie diskriminiert gefühlt, 22 % waren von Familienaktivitäten ausgeschlossen worden und 27 % hatten sich von Menschen in ihrem Freundeskreis zurückgewiesen gefühlt. Insgesamt hatten 23 % jemals Angst davor gehabt, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, 12 % hatten Gesundheitsversorgung jemals aktiv vermieden und 18 % hatten jemals schlechte Behandlung im Gesundheitswesen erfahren.

Psychosoziale Belastungen beschränkten sich zudem nicht auf Stigmatisierung und Diskriminierung außerhalb sexueller und geschlechtlicher Minderheiten. Auch Stressoren innerhalb der Minderheiten-Communities selbst waren verbreitet: Von den cis MSM berichteten 38 % ein hohes Ausmaß an sexbezogenem *Intra-Minority-Stress*, 22 % ein hohes Ausmaß an konkurrenzbezogenem und 21 % an ausgrenzungsbezogenem *Intra-Minority-Stress*.

Die Bedarfe von migrierten Personen unterschieden sich deutlich nach Migrationsgeschichte. Befragte, die migriert waren, um offener schwul, bisexuell, trans oder queer leben zu können, wiesen insgesamt weniger Wissenslücken zur HIV-Prävention auf als in Deutschland geborene Befragte. So kannten 14 % PrEP nicht, verglichen mit 20 % der in Deutschland Geborenen, und 4 % wussten nicht, wo sie einen HIV-Test erhalten können, verglichen mit 8 %. Gleichzeitig machten sie sich häufiger Sorgen über den eigenen Drogenkonsum (10 % *vs.* 4 %) und berichteten häufiger, über die eigene Sicherheit beim Sex nicht selbst bestimmen zu können (14 % *vs.* 7 %). Bei Geflüchteten und Asylsuchenden zeigten sich bei mehreren Indikatoren hohe ungedeckte Bedarfe; aufgrund der geringen Zahl von Befragten in dieser Gruppe sollten diese Schätzwerte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden.

Befragte, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, zeigten erhebliche Bedarfe hinsichtlich sexueller Selbstbestimmung, Gewalt und Drogenkonsum, jedoch nicht durchgehend größere Lücken im Präventionswissen. Mehr als ein Fünftel (23 %) berichtete Schwierigkeiten, unerwünschten Sex abzulehnen, verglichen mit 8 % der Befragten, die noch nie Sex gegen Bezahlung angeboten hatten. Sie berichteten außerdem häufiger körperlichen Zwang oder Druck zu Sex (11 % *vs.* 0,8 %) sowie homo- oder transnegative Gewalt (13 % *vs.* 3 %) und machten sich häufiger Sorgen über den eigenen Drogenkonsum (13 % *vs.* 4 %).

Ein ähnlich ausgeprägtes Muster zeigte sich bei Befragten, die in den vergangenen zwölf Monaten Drogen injiziert hatten. Mehr als ein Drittel (36 %) machte sich Sorgen über den eigenen Drogenkonsum, verglichen mit 4 % derjenigen, die keine Drogen injiziert hatten. Sie berichteten außerdem häufiger, nicht über die eigene Sicherheit beim Sex bestimmen zu können (14 % *vs.* 7 %), sowie häufiger körperlichem Zwang oder Druck zu Sex (5 % *vs.* 1 %) ausgesetzt zu sein. Gleichzeitig war ihr Wissen über die Prävention von HIV und anderen STI insgesamt besser: 5 % kannten U=U nicht, verglichen mit 17 % der Befragten ohne injizierenden Drogenkonsum, und 10 % wiesen eine Wissenslücke zu PrEP auf, verglichen mit 27 %. Diese Befunde zeigen, dass eine höhere sexuelle oder drogenbezogene Exposition und erhebliche psychosoziale Bedarfe sowie Selbstbestimmung und Sicherheit beim Sex nicht zwangsläufig mit einem geringeren Präventionswissen einhergehen.

10.5 Interventionen

EMIS betrachtet Interventionen zur sexuellen Gesundheit in einem Rahmen, der von der Vermittlung von Wissen über Impfungen und Schutzmaßnahmen bis hin zu gezielter Testung und Behandlung reicht. Insgesamt war die Reichweite vieler Interventionen zur sexuellen Gesundheit in Deutschland hoch, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Interventionen und Bevölkerungsgruppen zeigten.

Die Reichweite von Informationen zur sexuellen Gesundheit war hoch. In Deutschland hatten 87 % der Teilnehmenden in den vergangenen zwölf Monaten spezifische Informationen zu HIV/STI gesehen oder gehört, gegenüber 83 % im EWR. Unter Teilnehmenden unter 25 Jahren (77 %) sowie in mehreren trans und nicht-binären Gruppen war die Reichweite jedoch geringer. Unter cis MSM nahm sie zudem mit dem Grad des Outseins zu: von 81 % bei denjenigen, die gegenüber niemandem oder nur wenigen Personen bezüglich ihrer Anziehung zu Männern geoutet waren, auf 89 % bei denjenigen, die gegenüber allen oder fast allen Personen geoutet waren.

Der Leitgedanke, Menschen zu informierten Entscheidungen für bestmöglichen Sex bei möglichst geringem Schaden (*the best sex with the least harm*) zu befähigen, prägt auch die zielgruppenspezifische HIV- und STI-Prävention in Deutschland. Die 2008 von der *Deutschen Aidshilfe* ins Leben gerufene nationale Kampagne *Ich weiß, was ich tu* (IWWIT) zur Förderung der sexuellen Gesundheit von MSM war 57 % der befragten EMIS-2024-Teilnehmenden bekannt. Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede nach Alter und zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Unter den 16- bis 19-Jährigen kannten 15 % IWWIT; bei den 30- bis 34-Jährigen waren es 60 %. Die Bekanntheit war außerdem geringer unter Befragten, die sich nicht als schwul oder homosexuell identifizierten, im Ausland geboren waren oder den Fragebogen in einer anderen Sprache als Deutsch ausfüllten, sowie unter trans MSM. Die Ergebnisse zeigen damit, dass die Kampagne verschiedene Teile ihrer Zielpopulation in unterschiedlichem Maße erreicht.

Bei Impfungen zeigte sich ein gemischtes, insgesamt jedoch günstiges Bild. Deutschland lag bei Hepatitis-Impfungen über dem EWR-Durchschnitt: 69 % war jemals von einer Gesundheitseinrichtung eine Hepatitis-Impfung angeboten worden; 69 % hatten die Impfung gegen Hepatitis A und 68 % die Impfung gegen Hepatitis B vollständig abgeschlossen, gegenüber 59 %, 54 % bzw. 57 % im EWR. Auch die Mpox-Impfung war in Deutschland häufiger: 29 % hatten mindestens eine Impfdosis erhalten, gegenüber 23 % im EWR. Eine deutliche Ausnahme bildete die HPV-Impfung: Nur 10 % hatten mindestens eine Impfdosis erhalten, gegenüber 16 % im EWR. Unter Teilnehmenden unter 25 Jahren war der Anteil mit 22 % allerdings deutlich höher als in den älteren Altersgruppen, was auf eine größere Reichweite der HPV-Impfung in jüngeren Kohorten hinweist.

Die Reichweite von Schutzmaßnahmen unterschied sich erheblich zwischen den Bevölkerungsgruppen. Insgesamt hatten 33 % der Teilnehmenden ohne HIV-Diagnose mit einer medizinischen Fachperson über PrEP gesprochen, ähnlich wie im EWR (32 %). Dieser Anteil reichte jedoch von 17 % bei Teilnehmenden unter 25 Jahren und 16 % bei den mindestens 65-Jährigen bis zu 41 % bei den 25- bis 39-Jährigen. Unter cis MSM zeigte sich ein besonders ausgeprägter Gradient nach *Outness*: 14 %

derjenigen, die gegenüber niemandem oder nur wenigen Personen bezüglich ihrer Anziehung zu Männern geoutet waren, hatten mit einer medizinischen Fachperson über PrEP gesprochen, *vs.* 41 % derjenigen, die gegenüber allen oder fast allen Personen geoutet waren. Beim Erhalt kostenloser Kondome zeigte sich ein ähnliches, wenn auch weniger ausgeprägtes Muster.

Das aktuelle Niveau der HIV- und STI-Testung in Deutschland war insgesamt mit dem im EWR vergleichbar. Im Ländervergleich hatten 60 % in den vergangenen zwölf Monaten einen HIV-Test erhalten, gegenüber 59 % im EWR; 54 % hatten einen STI-Test erhalten, gegenüber 55 %. Der Anteil aller Teilnehmenden, bei denen in den vergangenen zwölf Monaten ein Analabstrich vorgenommen worden war, lag in Deutschland etwas höher (35 % *vs.* 32 %).

Noch bedeutsamer ist, dass die STI-Testung in Deutschland über die EMIS-Wellen hinweg erheblich intensiviert wurde. Der Anteil der Teilnehmenden, die in den vergangenen zwölf Monaten einen STI-Test erhalten hatten, stieg von 33 % im Jahr 2010 auf 40 % im Jahr 2017 und 54 % im Jahr 2024. Gleichzeitig wurden bei den Getesteten Analabstriche wesentlich häufiger durchgeführt: Ihr Anteil stieg von 21 % auf 36 % und 65 %. Infolgedessen erhöhte sich der Anteil aller Teilnehmenden mit Analabstrich annähernd um das Fünffache, von 7 % im Jahr 2010 über 14 % im Jahr 2017 auf 35 % im Jahr 2024. Obwohl Unterschiede in der Zusammensetzung und Rekrutierung der Stichproben zwischen den EMIS-Wellen berücksichtigt werden müssen, zeigt dies eine erhebliche Ausweitung der Testung und insbesondere der Testung an anatomisch relevanten Körperstellen. Sofern dieser Anstieg nicht vollständig auf Unterschiede zwischen den Stichproben zurückzuführen ist, dürfte er einen großen Teil der in jüngerer Zeit in Europa und im Bundesland Sachsen beobachteten Zunahme diagnostizierter Gonorrhö- und Chlamydien Infektionen erklären. Steigende Diagnoseraten sollten daher nicht mit einem entsprechenden Anstieg der Infektionsinzidenz gleichgesetzt werden.

Die HIV-Behandlungskaskade zeigte eine sehr hohe Einbindung in die Versorgung. Unter Teilnehmenden mit HIV-Diagnose waren 99,8 % an die HIV-Versorgung angebunden worden, 99,5 % weiterhin in Versorgung und 99,1 % erhielten eine ART; bei rund 95 % war die Viruslast supprimiert. Im Ländervergleich war der Anteil mit supprimierter Viruslast in Deutschland höher als im EWR insgesamt (95,4 % *vs.* 92,4 %). Auch der Beginn der Behandlung hat sich im Zeitverlauf erheblich beschleunigt. Von den Teilnehmenden, deren HIV-Diagnose zwischen 2021 und 2024 gestellt worden war, hatten 88 % innerhalb eines Monats nach der Diagnose mit einer ART begonnen, weitere 9 % innerhalb von ein bis sechs Monaten.

Über die verschiedenen Interventionsbereiche hinweg erwies sich *Outness* unter cis MSM als einer der konsistentesten Marker für die Reichweite. Ein höherer Grad von *Outness* ging nicht nur mit einer größeren Reichweite zielgruppenspezifischer Informationen einher, sondern auch mit höheren Anteilen bei Hepatitis- und Mpox-Impfungen, dem Erhalt kostenloser Kondome, PrEP-bezogenen Kontakten mit der Gesundheitsversorgung, HIV- und STI-Testung sowie Analabstrichen. So stieg der Anteil mit STI-Test von 33 % bei denjenigen, die gegenüber niemandem oder nur wenigen Personen bezüglich ihrer Anziehung zu Männern geoutet waren, auf 62 % bei

denjenigen, die gegenüber allen oder fast allen Personen geoutet waren; bei Analabstrichen stieg er von 18 % auf 41 %. Zusammen mit den in weniger geouteten Gruppen festgestellten erhöhten Wissens- und Zugangsbedarfen zeigen diese Ergebnisse, dass wichtige Interventionen zur sexuellen Gesundheit diese Gruppe weniger gut erreichen.

Andere Gruppen mit erheblichen Bedarfen im Bereich der sexuellen oder psychosozialen Gesundheit wurden dagegen nicht zwangsläufig schlechter erreicht. Teilnehmende, die migriert waren, um offener schwul, bisexuell, trans oder queer leben zu können, Teilnehmende, die in den vergangenen zwölf Monaten mindestens dreimal Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, Teilnehmende mit HIV-Diagnose sowie Teilnehmende mit injizierendem Drogenkonsum in den vergangenen zwölf Monaten wiesen bei mehreren Interventionen vergleichsweise hohe Werte auf. Unter Teilnehmenden mit injizierendem Drogenkonsum war beispielsweise 82 % eine Hepatitis-Impfung angeboten worden, 54 % hatten mindestens eine Mpox-Impfdosis erhalten, 52 % derjenigen ohne HIV-Diagnose hatten mit einer medizinischen Fachperson über PrEP gesprochen und 83 % hatten in den vergangenen zwölf Monaten einen STI-Test erhalten. Diese Muster verdeutlichen, dass eine höhere Exposition oder ein größerer Bedarf nicht zwangsläufig mit einer geringeren Reichweite von Interventionen zur sexuellen Gesundheit einhergeht.

10.6 Schlussfolgerungen

EMIS-2024 zeichnet ein umfassendes und vielschichtiges Bild der sexuellen und psychischen Gesundheit von MSM sowie trans und nicht-binären Personen in Deutschland. Insgesamt zeigen die Ergebnisse erhebliche Fortschritte bei der HIV-Prävention und -Versorgung, zugleich aber fortbestehende Unterschiede hinsichtlich Gesundheit, Präventionsbedarfen und Zugang zu Interventionen. Besonders gut ist die HIV-Versorgung: Nahezu alle Teilnehmenden mit HIV-Diagnose waren an die HIV-Versorgung angebunden, weiterhin in Versorgung und erhielten eine ART; bei rund 95 % war die Viruslast supprimiert. Auch der Beginn der Behandlung nach einer HIV-Diagnose hat sich im Zeitverlauf erheblich beschleunigt.

Die HIV-Prävention hat sich über die EMIS-Wellen hinweg grundlegend verändert. Der konsequente Kondomgebrauch beim Sex mit nicht-festen Partnern ist deutlich zurückgegangen, während PrEP und der Schutz durch eine nicht nachweisbare Viruslast zunehmend an Bedeutung gewonnen haben. Dies zeigt eine Verschiebung von einer überwiegend kondombasierten Prävention hin zu einer Kombination verschiedener Präventionsstrategien, insbesondere der pharmakologischen HIV-Prävention. Die vergleichsweise häufige Nutzung der PrEP und der hohe Anteil mit supprimierter Viruslast zeigen, dass diese Entwicklungen in Deutschland breite Anwendung gefunden haben.

Auch die STI-Testung hat sich erheblich verändert. Der Anteil der Teilnehmenden mit einem STI-Test in den vergangenen zwölf Monaten stieg von 33 % im Jahr 2010 auf 54 % im Jahr 2024, während sich der Anteil aller Teilnehmenden mit Analabstrich annähernd verfünffachte, von 7 % auf 35 %. Diese Ausweitung der Testung und der Abstrichdiagnostik an anatomisch relevanten Körperstellen dürfte die Zahl

erkannter Infektionen erheblich erhöht haben. Entwicklungen bei diagnostizierten Gonorrhö- und Chlamydien Infektionen müssen daher vor dem Hintergrund veränderter Testpraktiken interpretiert werden und sollten nicht als unmittelbares Maß für Veränderungen der Infektionsinzidenz verstanden werden.

Trotz dieser Erfolge bestehen wichtige Ungleichheiten fort. Über die verschiedenen untersuchten Indikatoren hinweg zeigten sich innerhalb Deutschlands nur wenige konsistente geografische Muster und insbesondere keine durchgängigen Ost-West-Unterschiede. Regionale Unterschiede folgten meist keinem einheitlichen Muster; eine deutlichere Ost-West-Struktur zeigte sich lediglich beim Poppers Konsum (siehe Karte auf der Titelseite). Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass geografische Unterschiede innerhalb Deutschlands für gesundheitliche Risiken, Präventionsbedarfe und die Reichweite von Interventionen eine geringere Rolle spielen als Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen.

Jüngere Teilnehmende wiesen erhebliche Wissenslücken zur Prävention auf und wurden durch mehrere Interventionen weniger gut erreicht. Unter cis MSM ging insbesondere ein geringerer Grad an *Outness* konsistent mit größeren Wissens- und Zugangsbedarfen sowie einer geringeren Reichweite von Präventionsmaßnahmen einher. Mehrere trans und nicht-binäre Gruppen berichteten zudem eine erhebliche psychische Belastung, Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Lücken in der Reichweite zielgruppenspezifischer Informationen und gesundheitlicher Interventionen. Diese Ergebnisse zeigen, für welche Bevölkerungsgruppen bestehende Ansätze angepasst oder verstärkt werden sollten.

Ein größerer gesundheitlicher Bedarf oder eine höhere Exposition gingen jedoch nicht zwangsläufig mit einer geringeren Reichweite einher. Teilnehmende mit HIV-Diagnose, Personen, die migriert waren, um offener schwul, bisexuell, trans oder queer leben zu können, Personen, die wiederholt Sex gegen Bezahlung angeboten hatten, sowie Teilnehmende mit injizierendem Drogenkonsum wurden durch mehrere relevante Interventionen vergleichsweise gut erreicht. Präventionsstrategien sollten sich daher an den spezifischen Bedarfen und der tatsächlichen Reichweite von Interventionen in den jeweiligen Bevölkerungsgruppen orientieren, anstatt grundsätzlich davon auszugehen, dass Gruppen mit höherer Exposition schlechter versorgt werden.

Impfungen verdeutlichen besonders, dass unterschiedliche Prioritäten erforderlich sind. Die Impfquoten gegen Hepatitis A und B lagen in Deutschland ebenso wie die Mpox-Impfquote über den entsprechenden Werten im EWR. Die HPV-Impfquote war dagegen deutlich niedriger, und Wissenslücken zu HPV und zur HPV-Impfung waren vergleichsweise groß. Die Bekanntheit und Inanspruchnahme der HPV-Impfung zu erhöhen, sollte daher eine besondere Priorität darstellen.

Auch die derzeitige deutsche Empfehlung, Nachholimpfungen gegen HPV vor dem 18. Geburtstag abzuschließen, sollte für MSM überprüft werden. EMIS-2024 zeigt, dass der erste Analverkehr mit Männern häufig erst nach dem von der derzeitigen Empfehlung erfassten Alter stattfindet: Bis zum Alter von 17 Jahren hatten erst 29 % der Teilnehmenden Analverkehr mit einem Mann gehabt, bis zum Alter von 19 Jahren weniger als die Hälfte (48 %). Diese Daten erlauben zwar keine Aussage darüber,

ob bereits eine Exposition gegenüber einzelnen HPV-Typen stattgefunden hat, sie weisen jedoch darauf hin, dass viele MSM auch jenseits des derzeit für Nachholimpfungen empfohlenen Alters noch von einer HPV-Impfung profitieren könnten. Eine Ausweitung der Impfempfehlung auf ältere MSM oder eine anderweitige Erleichterung der Impfung auf Grundlage des individuellen Risikos und des möglichen Nutzens sollte daher erwogen werden.

Eine wirksame Förderung der sexuellen Gesundheit erfordert sowohl gut zugängliche Angebote als auch die Berücksichtigung der sozialen Bedingungen, unter denen diese in Anspruch genommen werden. Zielgruppenspezifische Informationen, HIV- und STI-Testung, Impfungen, PrEP-Angebote, psychologische und psychosoziale Unterstützung, Angebote zur Schadensminimierung und eine transkompetente Gesundheitsversorgung müssen insbesondere auf die Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein, die bislang weniger gut erreicht werden. Arztpraxen, Aidshilfen, *Checkpoints* und der öffentliche Gesundheitsdienst können bei der Bereitstellung und Vernetzung dieser Angebote komplementäre Aufgaben übernehmen. Zugleich bleibt die Verringerung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitswesen, in Familien, im öffentlichen Raum und in anderen gesellschaftlichen Bereichen ein wichtiger Bestandteil der Förderung sexueller und psychischer Gesundheit.

Diese Prioritäten stehen in engem Einklang mit der nationalen Strategie *BIS 2030* („Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend"), die den nationalen strategischen Rahmen zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragenen Infektionen bildet. EMIS-2024 liefert sowohl Hinweise darauf, in welchen Bereichen diese Ansätze bereits gut greifen, als auch darauf, bei welchen Bevölkerungsgruppen und Interventionen weitere Verbesserungen erforderlich sind.

Über die HIV- und STI-Prävention hinaus stehen die Ergebnisse zu psychischer Gesundheit, Stigmatisierung und Diskriminierung sowie zu den Versorgungsbedarfen von trans und nicht-binären Personen auch im Zusammenhang mit weiter gefassten politischen Ansätzen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Der 2022 von der damaligen Bundesregierung beschlossene Aktionsplan *Queer leben* griff entsprechende Themen unter anderem in den Handlungsfeldern Gesundheit sowie Beratungs- und Communitystrukturen auf. Als ressortübergreifender Aktionsplan wird er von der derzeitigen Bundesregierung nicht fortgeführt; mehrere der darin adressierten Bedarfe zeigen sich jedoch weiterhin deutlich in den Ergebnissen von EMIS-2024.

EMIS-2024 bietet eine umfangreiche Datengrundlage für weiterführende Analysen zu einzelnen Bevölkerungsgruppen und gesundheitlichen Bedarfen, zu Unterschieden zwischen Ländern und zu Veränderungen über die EMIS-Wellen hinweg. Die thematische Breite der Befragung ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen Sexualverhalten, Präventionsstrategien, Substanzkonsum, sozialen Belastungen und Minderheitenstress, Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Ergebnissen zu untersuchen und zu identifizieren, wo bestehende Präventions- und Versorgungsansätze bereits gut funktionieren und wo weitere Anpassungen erforderlich sind.