



Daten zur sexuellen Gesundheit von Anbietern und Kunden sexueller Dienste bei in Deutschland lebenden Männern, die Sex mit Männern haben

Hintergrund

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind eine stark von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen (STI) betroffene Bevölkerungsgruppe. Jedoch ist über den Einfluss des Kaufs und Verkaufs sexueller Dienste auf die sexuelle Gesundheit von MSM nicht viel bekannt. In den meisten Veröffentlichungen zu diesem Thema werden für männliche Sexarbeiter (MSW) höhere HIV-Prävalenzen als für MSM allgemein berichtet [1]. Die HIV-Prävalenz bei MSW wurde in einer im Jahr 2013 publizierten deutschen Studie auf 5–15 % geschätzt [2] – im Vergleich zu 5 % bei MSM allgemein [3]. Erhöhte Prävalenzen für HIV und STI bei MSW wurden zwar in vielen Studien beschrieben, es bleibt aber meist unklar, ob diese auf Risiken bei kommerziellen oder privaten Sexkontakten zurückzuführen sind, oder auch auf injizierenden Drogengebrauch [1, 4–10]. MSW wird bisweilen mehr Geld angeboten, wenn sie Analverkehr ohne Kondom zulassen, was darauf schließen lässt, dass Infektionsrisiken mit Kunden – zumindest gelegentlich – eingegangen werden [11, 12]. Studien zu Männern, die andere Männer für sexuelle Dienste bezahlen, sind noch seltener. Eine Studie mit 82 männlichen Kunden von MSW in den Vereinigten Staaten berichtete eine HIV-Prävalenz von 37 % und eine Syphilisvorgeschichte bei 16 %, aber es konnte

nicht belegt werden, dass die Bezahlung sexueller Dienste ein unabhängiger Risikofaktor für Infektionen war [13].

In der Literatur werden zahlreiche unterschiedliche Formen des Austausches von Sex gegen Bezahlung, sonstige Vergünstigungen oder Vorteile bei MSM beschrieben. Viele Personengruppen sind in solche Transaktionen involviert [12, 14, 15]. Die vorliegende Arbeit basiert auf Auswertungen des deutschen Arms des Europäischen MSM Internet Surveys (EMIS), der 2010 durchgeführt wurde.

Ausgewertet wurden auch die Angaben von Männern, die nur gelegentlich (1- bis 2-mal in den letzten 12 Monaten) eine Bezahlung für sexuelle Dienste erhielten. Die Gruppe der Anbieter sexueller Dienste (Sexanbieter) umfasst daher ein breites Spektrum von Männern, die ausnahmsweise oder gelegentlich Geld für Sex annehmen, bis hin zu Männern, die häufig und regelmäßig (mehr als 50-mal in den letzten 12 Monaten) sexuelle Dienste gegen Bezahlung anbieten. Die hier untersuchten Sexanbieter wurden über eine Onlinestudie rekrutiert und repräsentieren daher wahrscheinlich eher das Internetescortsegment männlicher Sexarbeiter als diejenigen Anbieter, die auf dem Straßenstrich oder in Stricherkneipen ihre Kundschaft suchen. Die meisten Studien zu Anbietern sexueller Dienste fokussieren aber auf diese, an bestimmten konkreten Orten anzutreffenden Sexarbeiter. In manchen Studien

wird auch ein Anteil von Internetescorts erreicht, aber Männer, die nur gelegentlich für sexuelle Dienste bezahlt werden, sind in anderen Studien praktisch nie vertreten. Im Vergleich zu Anbietern, die auf der Straße oder in Szenelokalen ihre Kunden suchen, sind Escorts meist älter, haben eine bessere Schulbildung, sind finanziell besser gestellt, besser über HIV und STI informiert und eher fähig, „Safer Sex“ mit Freiern auszuhandeln. Eine Studie bei männlichen Sexanbietern in Deutschland fand heraus, dass 83 % der Escorts wussten, wo sie sich kostenlos und anonym auf HIV untersuchen lassen konnten, und ebenso viele berichteten, mit ihren Klienten regelmäßig Kondome zu verwenden – die erreichte Stichprobe war mit lediglich 12 Männern aber sehr klein [16]. Im Unterschied zu Escorts dürfte unter den Anbietern, die auf der Straße oder in Einrichtungen ihre Kunden suchen, der Anteil von Migranten höher sein. Diese haben oft geringere Sprachkenntnisse, haben häufig keine Krankenversicherung und haben seltener eine homosexuelle Identität. Diese spezielle und hoch vulnerable Gruppe von Anbietern sexueller Dienste ist in der Onlinestichprobe wahrscheinlich unterrepräsentiert [2, 16].

Die rechtliche Situation männlicher Sexarbeiter in Deutschland ist im internationalen Vergleich gesehen durchaus ungewöhnlich: Bereits vor Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes von 2002 war

Prostitution in Deutschland prinzipiell legal. Mit Inkrafttreten des Prostitutionsgesetzes konnten Sexarbeiter sich aber auch regulär in der gesetzlichen Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung versichern und erhielten Zugang zu anderen Sozialleistungen [17]. Mit dem Prostitutionsgesetz wurde auch die Sittenwidrigkeit der Prostitutions-tätigkeit beendet. Es gibt jedoch keine wissenschaftlichen Untersuchungen zur konkreten Umsetzung und konkreten Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes auf männliche Sexarbeiter. Darüber hinaus werden Migranten ohne Arbeits-erlaubnis und Asylbewerber von diesem Gesetz nicht erfasst [2, 11]. Da bis zu 90 % der Anbieter, die auf der Straße oder in Szenelokalen ihre Kunden suchen, in Deutschland Migranten sind, ist diese Einschränkung von erheblicher praktischer Bedeutung [2]. Kostenlose und anonyme Testmöglichkeiten für HIV und Syphilis sind über Gesundheitsämter breit verfügbar. Deutlich eingeschränkter ist die Verfügbarkeit von Untersuchungen auf andere häufige STI wie Gonorrhö und Chlamydieninfektionen, insbesondere gibt es kaum Möglichkeiten für rektale Screeninguntersuchungen [18, 19]. Während die Behandlung einer akuten bakteriellen STI in Fällen fehlender Krankenversicherung oft durch die Gesundheitsämter sichergestellt werden kann, ist die Behandlung von HIV und chronischen Hepatitiden ohne Krankenversicherung kaum möglich [11].

Ziel dieser Arbeit ist die Beschreibung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für HIV und STI, des Gebrauchs von Drogen, gesundheitlicher Folgen wie HIV-Infektion und bakterieller STI sowie der sexuellen Zufriedenheit in 2 Zielpopulationen: (1) Männer, die in den letzten 12 Monaten sexuelle Dienste angeboten, und (2) Männer, die solche Dienste in Anspruch genommen haben. Diese Untersuchung soll zu einem besseren Verständnis von Gesundheitsproblemen bei Anbietern und Kunden homosexueller Dienste beitragen.

Methodik

Stichprobe(n)

Die Studienpopulation besteht aus den in Deutschland lebenden Teilnehmern des 2010 durchgeführten Europäischen MSM Internet Surveys (EMIS-DE, $N = 54.387$), welche Fragen zu Angebot und Inanspruchnahme sexueller Dienste in Deutschland in den letzten 12 Monaten beantwortet haben ($N = 50.086$). Eine detaillierte Beschreibung von EMIS und der verwendeten Methoden wurde andernorts publiziert [20]. Weitere Informationen sind unter www.emis-project.eu verfügbar. Ein Ethikvotum für die Studie wurde vom Ethikkomitee der Universität Portsmouth in England erteilt (REC application number 08/09:21). Für diese Auswertung sei besonders hervorgehoben, dass der Fragebogen in 25 Sprachen verfügbar war, darunter neben Englisch auch Portugiesisch, Spanisch, Russisch, Türkisch, Ungarisch, Tschechisch, Polnisch, Rumänisch, Bulgarisch, Lettisch, Litauisch, Estnisch und Serbokroatisch.

Wie in einer bereits publizierten Arbeit gezeigt werden konnte, ist die große Mehrheit der Männer in EMIS, die sexuelle Dienste angeboten haben, jünger als 30 Jahre, während die große Mehrheit der Männer, die sexuelle Dienste in Anspruch genommen haben, älter als 30 Jahre alt war [21]. Daher wurde für diese Untersuchung der Datensatz aufgespalten: In der Altersgruppe unter 30 Jahren ($n = 19.138$) wurden Anbieter sexueller Dienste untersucht, in der Altersgruppe ab 30 Jahren ($n = 30.948$) Kunden sexueller Dienste.

Kenngroßen

Das Angebot und die Inanspruchnahme sexueller Dienste im Wohnland wurde durch 2 Fragen ermittelt: „Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten in Deutschland von einem Mann für Sex bezahlt?“ bzw. „Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Deutschland einen Mann für Sex bezahlt?“ Die Antwortmöglichkeiten waren: überhaupt nicht, 1- bis 2-mal, 3- bis 10-mal, 11- bis 50-mal oder mehr als 50-mal. Teilnehmer wurden nicht gefragt, ob sie sich selbst

als Sexarbeiter bezeichnen würden. Daher wird dieser Begriff im Ergebnisteil auch nicht verwendet. Wenn trotzdem im Weiteren aus Gründen der Lesbarkeit den Begriff „Escort“ für diese Gruppe verwendet wird, soll damit nicht suggeriert werden, dass sich die befragten Teilnehmer selbst als solche sehen oder bezeichnen.

Sexuelle Gesundheit wurde über Fragen zu Test, Diagnose und Therapie von HIV/STI sowie zur sexuellen Zufriedenheit ermittelt. Teilnehmer wurden gefragt, wie lange ihr letzter HIV-Test zurücklag und ob sie in den letzten 12 Monaten auf andere STI getestet wurden. Männer mit HIV-Diagnose wurden gefragt, ob sie derzeit eine antiretrovirale Therapie erhalten und ob ihre Viruslast bei der letzten Kontrolle nachweisbar war. Männer mit STI-Test wurden gefragt, ob Syphilis, Gonorrhö oder Chlamydien diagnostiziert wurden. Sexuelle Zufriedenheit wurde mit einer einfachen Ja-Nein-Frage ermittelt: „Sind Sie mit Ihrem Sexleben zufrieden?“

Drogengebrauch wurde in folgenden Substanzgruppen untersucht: 1) Gebrauch von Heroin oder verwandten Substanzen; 2) Gebrauch von Cannabis; 3) Gebrauch von mit Sex und Partys assoziierten Substanzen (Ecstasy/MDMA, Speed/Amphetamine, Crystal/Methamphetamine, Mephedron, GBL/GHB, Ketamin, Kokain); 4) Gebrauch von Erektiva (Viagra®, Cialis®, Levitra® u. ä.); 5) Gebrauch von Amylnitrit (Poppers); 6) Sedativa/Tranquilizer wie Valium®, Rivotril®, Rohypnol® u. ä.

Für alle Substanzgruppen – außer für Erektiva und Amylnitrit – wurde der Konsum in den letzten 12 Monaten ausgewertet; für Erektiva und Amylnitrit die Einnahme in den letzten 4 Wochen.

Weitere ausgewertete Parameter sind Alter, Bildungsstatus (kategorisiert in den 6 Kategorien der „International Standard Classification of Educational Degrees“ [ISCED] in der Fassung von 1997), Einwohnerzahl des Wohnortes, Geburtsland, Beziehungsstatus und Gesamtzahl der männlichen und weiblichen Sexualpartner in den letzten 12 Monaten. Für die Auswertung wurde der Bildungsstatus in niedrig (ISCED 1–3, bis Mittlere

S. Kramer · A. J. Schmidt · U. Marcus

Daten zur sexuellen Gesundheit von Anbietern und Kunden sexueller Dienste bei in Deutschland lebenden Männern, die Sex mit Männern haben

Zusammenfassung

Über die sexuelle Gesundheit von männlichen Anbietern und Kunden sexueller Dienstleistungen in Deutschland ist wenig bekannt. Es wurden daher Daten von in Deutschland lebenden Teilnehmern des im Jahre 2010 durchgeführten Europäischen MSM Internet Survey (EMIS-DE, $N = 50.086$) analysiert. Zielgrößen waren Test und Diagnose von HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen (STI), Partnerzahl, Drogengebrauch und sexuelle Zufriedenheit in 2 Zielpopulationen: (1) Männer, die in den letzten 12 Monaten sexuelle Dienste anboten und (2) Männer, die solche Dienste in Anspruch genommen haben. In der Altersgruppe unter 30 Jahren ($n = 19.138$) wurden Anbieter sexueller Dienste (Escorts) mit Nichtanbietern verglichen. In der

Altersgruppe ab 30 Jahren ($n = 30.948$) wurden Kunden sexueller Dienste mit Nichtkunden verglichen. Die Vergleiche erfolgten mittels univariabler und multinomialer, multivariabler logistischer Regressionsanalysen. Von den unter 30-Jährigen wurden 8 % ($n = 1529$) in den letzten 12 Monaten für Sex bezahlt; die Hälfte davon jedoch nur ein- oder zweimal. Escorts hatten niedrigere Bildungsabschlüsse, lebten häufiger in Großstädten, waren häufiger im Ausland geboren, bezeichneten sich seltener als schwul und waren häufiger alleinstehend. Sie berichteten häufiger über Substanzkonsum und eine höhere Zahl von Sexpartnern, und sie waren häufiger mit ihrem Sexleben zufrieden. Escorts waren häufiger auf HIV und STI getestet und unter den Getesteten waren

Diagnosen von HIV und STI häufiger als in der Vergleichsgruppe. Escorts mit HIV-Diagnose erhielten seltener eine antiretrovirale Therapie. Bei den über 30-Jährigen hatten 11 % ($n = 3334$) für Sex bezahlt; die Mehrheit (58 %) jedoch nur ein- oder zweimal. Die Kunden waren älter, lebten häufiger in Großstädten, waren häufiger alleinstehend, bisexuell oder lebten mit einer Frau zusammen. Kunden wurden seltener auf HIV und STI getestet, Partydrogen, Erektiva und Sedativa wurden häufiger konsumiert, die sexuelle Zufriedenheit war geringer.

Schlüsselwörter

MSM · Escorts · Männliche Prostitution · STI · HIV · Drogengebrauch

Data on the sexual health of providers and clients of sexual services for men who have sex with men in Germany

Abstract

Little is known about the sexual health of male providers and clients of transactional sex. The data of participants of the European MSM Internet Survey (EMIS-DE; $N = 50,086$) who live in Germany were analysed. The outcomes were testing for and diagnoses of HIV and other sexually transmitted infections (STIs), partner numbers, illicit drug use, and sexual happiness in two populations: (1) men who offered and (2) men who paid for transactional sex in the past 12 months. In the age group of under 30 years ($n = 19,138$), providers of sexual services (escorts) were compared with non-providers; in the age group of 30 years and above ($n = 30,948$), we compared men who paid for sexual

services with those who did not. We applied univariable and multinomial, multivariable logistic regression analyses in both age groups. Of those under the age of 30, 8% ($n = 1529$) had been paid for sex in the last 12 months, of which 49% were only paid once or twice. Escorts had lower educational achievements, lived more commonly in large cities, were more often born abroad, self-defined less frequently as gay, and were more frequently single. They reported higher numbers of sex partners, more drug use, and more sexual happiness. Escorts were more frequently tested for HIV and STIs, and among the tested, more diagnoses of HIV and STIs were reported,

but those with HIV were less likely to be treated. Among those over 30 years, 11% ($n = 3334$) had paid for sex, the majority (58%) only once or twice. Payers were older, lived more commonly in large cities, and were more likely to be single, bisexual, or living with a woman. Clients used more illicit drugs, sexual enhancement drugs, and sedatives, but reported less sexual happiness. They were less likely to be tested for HIV and STIs.

Keywords

MSM · Escorting · Male prostitution · STIs · HIV · Drug use

Reife) und hoch (ISCED 4–6, Fachabitur und höher) dichotomisiert.

Statistik

Es wurden in beiden Teilstichproben (Männer unter bzw. ab 30 Jahre) soziodemografische Variablen, sexuelle Gesundheit und Drogengebrauch bei Männern mit und ohne Sex gegen Bezahlung in den letzten 12 Monaten vergli-

chen. Finanzielle Transaktionen wurden nach Häufigkeitskategorien unterteilt. Gesundheitsfaktoren, die sich in univariabler Analyse als statistisch signifikant im χ^2 -Test erwiesen, wurden in einem logistischen multinomialen und multivariablen Regressionsmodell, kontrolliert auf soziodemografische Faktoren, weiter untersucht. In einer Sensitivitätsanalyse wurden die Odds Ratios der Zielvariablen HIV-Test, STI-Test, HIV-Diagnose,

STI-Diagnose sowie der Gebrauch von Erektiva und Amylnitrit zusätzlich auf die Anzahl der Sexualpartner in den letzten 12 Monaten kontrolliert.

Tab. 1 Soziodemografische Charakteristika und Gesundheitsaspekte bei Männern unter 30 Jahren (N = 19.138), in Deutschland lebende Teilnehmer des Europäischen MSM Internet Survey 2010

	Angebot sexueller Dienste in den letzten 12 Monaten				Gesamt (n = 1529) n (%)	Kein Anbieten sexueller Dienste (n = 17.609) n (%)
	1- bis 2-mal (n = 745) n (%)	3- bis 10-mal (n = 464) n (%)	11- bis 50-mal (n = 214) n (%)	>50-mal (n = 106) n (%)		
Soziodemografische Angaben						
<i>Alter (Jahre)</i>						
<20	190 (25,5 %)	109 (23,5 %)	38 (17,8 %)	22 (20,8 %)	359 (23,5 %)	2464 (14,0 %)
20–24	344 (46,2 %)	217 (46,8 %)	94 (43,9 %)	46 (43,4 %)	701 (45,9 %)	7474 (42,4 %)
25–29	211 (28,3 %)	138 (29,7 %)	82 (38,3 %)	38 (35,9 %)	469 (30,7 %)	7671 (43,6 %)
<i>Schulbildung ISCED^a 4+</i>	368 (49,4 %)	209 (45,0 %)	103 (48,1 %)	35 (33,0 %)	715 (46,8 %)	10.633 (60,4 %)
<i>Ortsgröße 500.000+</i>	286 (38,4 %)	179 (38,6 %)	106 (49,5 %)	68 (64,2 %)	639 (41,8 %)	6300 (35,8 %)
<i>Nicht in Deutschland geboren</i>	67 (9,0 %)	51 (11,0 %)	42 (19,6 %)	38 (35,9 %)	198 (13,0 %)	1521 (8,6 %)
<i>Sexuelle Orientierung</i>						
Schwul	485 (65,1 %)	325 (70,0 %)	157 (73,4 %)	67 (63,2 %)	1034 (67,6 %)	13.582 (77,1 %)
Bisexuell	187 (25,1 %)	97 (20,9 %)	34 (15,9 %)	25 (23,6 %)	343 (22,4 %)	2681 (15,2 %)
Anderes	72 (9,7 %)	40 (8,6 %)	23 (10,8 %)	14 (13,2 %)	149 (9,7 %)	1319 (7,5 %)
<i>Beziehungsstatus</i>						
Alleinstehend	471 (63,2 %)	304 (65,5 %)	129 (60,3 %)	55 (51,9 %)	959 (62,7 %)	9801 (55,7 %)
Männlicher fester Partner	222 (29,8 %)	127 (27,4 %)	66 (30,8 %)	49 (46,2 %)	464 (30,4 %)	7186 (40,8 %)
Weibliche feste Partnerin	52 (7,0 %)	30 (6,5 %)	18 (8,4 %)	2 (1,9 %)	102 (6,7 %)	589 (3,3 %)
Gesundheitsaspekte						
<i>Jemals mit HIV diagnostiziert</i>						
Ja	43 (5,8 %)	41 (8,8 %)	31 (14,5 %)	9 (8,5 %)	124 (8,1 %)	387 (2,2 %)
Davon unter antiretroviraler Therapie	12 (27,9 %)	17 (41,5 %)	12 (38,7 %)	4 (44,4 %)	45 (36,3 %)	184 (47,6 %)
Nein	696 (93,4 %)	421 (90,7 %)	183 (85,5 %)	97 (91,5 %)	1397 (91,4 %)	17.165 (97,5 %)
<i>HIV-Test in den letzten 12 Monaten</i>	285 (41,0 %)	166 (39,4 %)	83 (45,4 %)	54 (55,7 %)	588 (42,1 %)	6113 (35,6 %)
<i>STI-Test in den letzten 12 Monaten</i>	210 (28,2 %)	159 (34,3 %)	82 (38,3 %)	63 (59,4 %)	514 (33,6 %)	3882 (22,1 %)
Diagnostiziert mit bakteriellen STI	50 (23,8 %)	51 (32,1 %)	37 (45,1 %)	24 (22,6 %)	162 (31,5 %)	694 (17,9 %)
<i>Heroin o. ä. in den letzten 12 Monaten</i>	15 (2,0 %)	13 (2,8 %)	8 (3,7 %)	18 (17,0 %)	54 (3,5 %)	70 (0,4 %)
<i>Cannabis in den letzten 12 Monaten</i>	245 (32,9 %)	179 (38,6 %)	99 (46,3 %)	59 (55,7 %)	582 (38,1 %)	3719 (21,1 %)
<i>Partydrogen^b in den letzten 12 Monaten</i>	157 (21,1 %)	121 (26,1 %)	70 (32,7 %)	45 (42,5 %)	393 (25,7 %)	1574 (8,9 %)
<i>Sedativa/Tranquilizer in den letzten 12 Monaten</i>	84 (11,3 %)	71 (15,3 %)	37 (17,3 %)	35 (33,0 %)	227 (14,9 %)	1030 (5,9 %)
<i>Erektiva in den letzten 4 Wochen</i>	21 (2,8 %)	33 (7,1 %)	20 (9,3 %)	36 (34,0 %)	110 (7,2 %)	241 (1,4 %)
<i>Amylnitrite in den letzten 4 Wochen</i>	188 (25,2 %)	145 (31,3 %)	81 (37,9 %)	58 (54,7 %)	472 (30,9 %)	2213 (12,6 %)
<i>Sexuell zufrieden</i>	467 (62,7 %)	282 (60,8 %)	145 (67,8 %)	77 (72,6 %)	971 (63,5 %)	10.625 (60,3 %)

^aInternational Standard Classification of Education (Version von 1997)

^bEcstasy/MDMA, Speed/Amphetamine, Crystal/Methamphetamin, Mephedron, GBL/GHB, Ketamin, Kokain

Ergebnisse

Anbieter sexueller Dienste (Männer unter 30 Jahre, im Folgenden „Escorts“ genannt)

Unter den 19.138 Männern unter 30 Jahren, die die Frage zum Angebot sexueller Dienste beantwortet hatten, gaben 1529 (7,9 %) an, dass sie in den letzten 12 Monaten für sexuelle Dienste bezahlt worden

waren („Escorts“). Von diesen berichteten 745 (48,7 %) eine 1- oder 2-malige Bezahlung, 464 (30,3 %) eine 3- bis 10-malige, 214 (14,0 %) eine 11- bis 50-malige und 106 (6,9 %) berichteten, dass sie öfter als 50-mal Geld für sexuelle Dienste erhalten hatten (■ **Tab. 1**).

Soziodemografie

23,5 % der Escorts waren jünger als 20 Jahre, 45,9 % waren zwischen 20 und

24 Jahre alt. Nahezu die Hälfte hatte mindestens ein Fachabitur oder einen höheren Bildungsabschluss. 13 % waren nicht in Deutschland geboren. Etwa zwei Drittel (67,6 %) bezeichneten sich selbst als homosexuell oder schwul, 22,4 % als bisexuell. Die meisten waren entweder alleinstehend (62,7 %) oder lebten in einer Beziehung mit einem Mann (30,4 %).

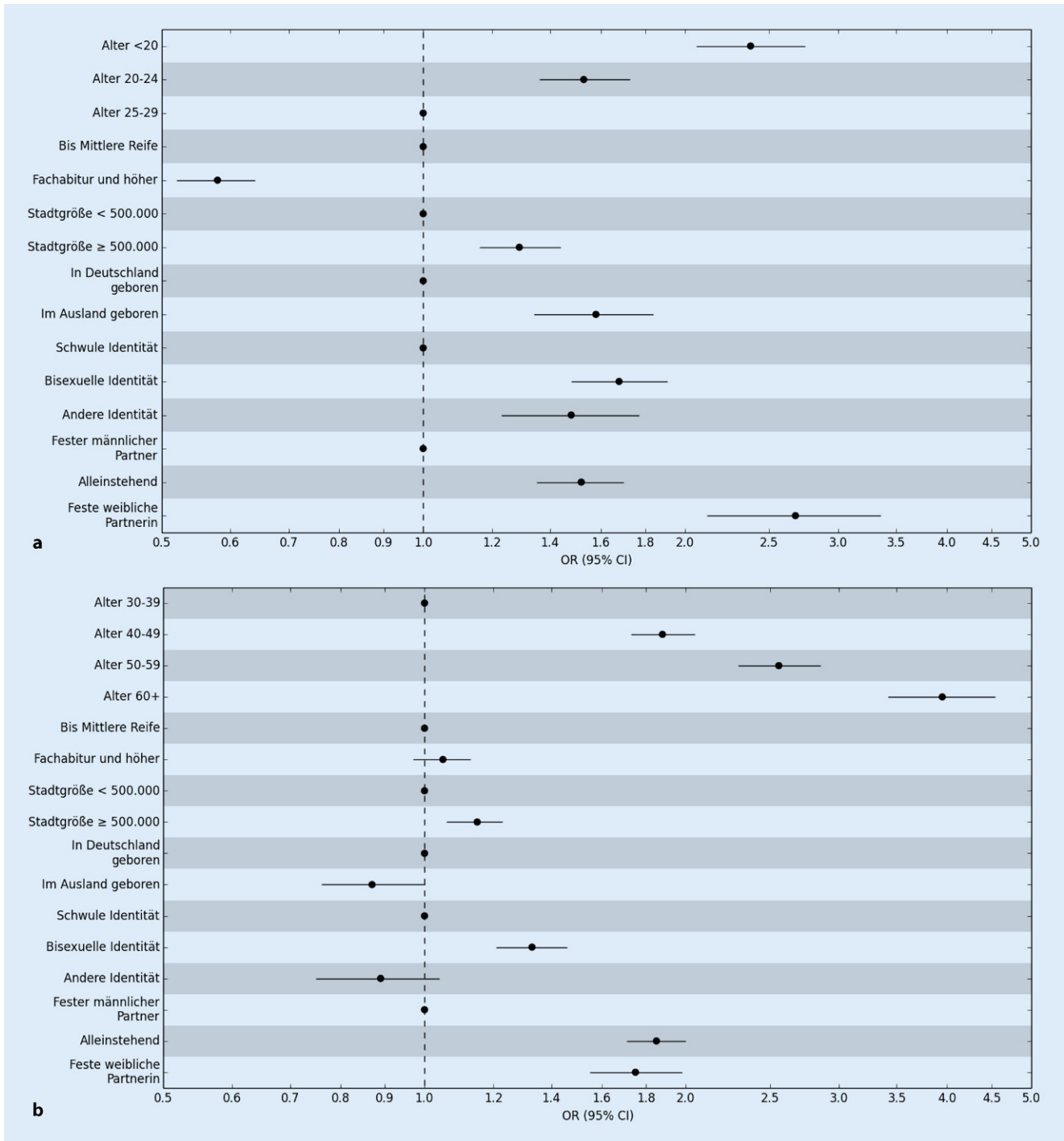


Abb. 1 ▲ Mit Verkauf und Kauf sexueller Dienstleistungen assoziierte soziodemografische Faktoren. Dargestellt werden Odds Ratios (Punkte) und 95 %-Konfidenzintervalle (Linien) für soziodemografische Variablen, die signifikant entweder mit Verkauf (a) oder Kauf (b) sexueller Dienste oder beidem assoziiert bleiben. a Zielgröße/abhängige Variable: Angebot sexueller Dienste. b Zielgröße/abhängige Variable: Kauf sexueller Dienste

Verglichen mit Männern, die keine sexuellen Dienste angeboten hatten, waren Escorts jünger (OR = 2,38; 95 %-Konfidenzintervall 2,06–2,75 für Alter <20 Jahre; OR = 1,53; 95 %-KI 1,36–1,73 für Alter 20–24 Jahre), hatten niedrigere

Bildungsabschlüsse (OR = 0,58; 95 %-KI 0,52–0,64), lebten häufiger in Großstädten (OR = 1,29; 95 %-KI 1,16–1,44), waren häufiger im Ausland geboren (OR = 1,58; 95 %-KI 1,34–1,84), bezeichneten sich seltener als schwul oder homosexuell

(OR = 1,68; 95 %-KI 1,48–1,91 für bisexuelle Identität; OR = 1,48; 95 %-KI 1,23–1,77 für eine „andere“ Identität), waren häufiger alleinstehend (OR = 1,52; 96 %-KI 1,35–1,70) oder lebten in einer Beziehung mit einer Frau (OR =

Tab. 2 Multinomiale multivariable Regressionsanalyse bei Männern unter 30 Jahren (N= 19.138). Zielvariable: Frequenz des Angebots sexueller Dienste in den letzten 12 Monaten^a

	3- bis 10-mal bezahlt worden adjustierte Odds Ratio (95 %-KI)*	11- bis 50-mal bezahlt worden adjustierte Odds Ratio (95 %-KI)*	Mehr als 50-mal bezahlt worden adjustierte Odds Ratio (95 %-KI)*
Soziodemografische Angaben			
<i>Alter (Jahre)</i>			
<20	0,88 (0,64–1,21)	0,51 (0,33–0,79)	0,64 (0,37–1,13)
20–24	0,96 (0,73–1,27)	0,70 (0,50–0,99)	0,74 (0,47–1,18)
25–29	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
<i>Abitur oder weitergehender Abschluss (ISCED^b 4+)</i>	0,85 (0,67–1,07)	0,98 (0,72–1,33)	0,52 (0,34–0,80)
<i>Ortsgröße 500.000+</i>	1,02 (0,80–1,29)	1,61 (1,18–2,18)	3,18 (2,05–4,93)
<i>Nicht in Deutschland geboren</i>	1,26 (0,86–1,85)	2,51 (1,65–3,83)	5,76 (3,59–9,23)
<i>Sexuelle Orientierung</i>			
Schwul	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Bisexuell	0,77 (0,58–1,03)	0,56 (0,37–0,84)	0,97 (0,59–1,58)
Anderes	0,83 (0,55–1,25)	0,99 (0,60–1,63)	1,41 (0,75–2,63)
<i>Beziehungsstatus</i>			
Alleinstehend	1,13 (0,87–1,47)	0,92 (0,66–1,29)	0,53 (0,35–0,80)
Männlicher fester Partner	1,00 (ref)	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Weibliche feste Partnerin	1,01 (0,61–1,66)	1,16 (0,64–2,13)	0,17 (0,04–0,74)
Gesundheitsaspekte			
<i>HIV-Diagnose</i>			
Ja	1,49 (0,93–2,37)	1,95 (1,15–3,31)	1,03 (0,45–2,32)
Davon unter antiretroviraler Therapie	1,83 (0,69–4,88)	2,10 (0,70–6,25)	2,76 (0,46–16,56)
HIV-Test in den letzten 12 Monaten	0,96 (0,73–1,27)	1,16 (0,80–1,69)	2,40 (1,30–4,41)
<i>STI-Test in den letzten 12 Monaten</i>	1,21 (0,92–1,59)	1,30 (0,91–1,86)	2,60 (1,49–4,55)
Diagnostiziert mit bakteriellen STI	1,37 (0,88–2,11)	1,83 (1,11–3,04)	1,02 (0,51–2,06)
<i>Heroin o. ä. in den letzten 12 Monaten</i>	1,42 (0,67–3,03)	2,01 (0,82–4,90)	8,22 (3,65–18,48)
<i>Cannabis in den letzten 12 Monaten</i>	1,33 (1,03–1,70)	1,67 (1,20–2,31)	2,13 (1,35–3,36)
<i>Partydrogen^c in den letzten 12 Monaten</i>	1,33 (1,00–1,76)	1,56 (1,09–2,22)	2,18 (1,36–3,51)
<i>Sedativa/Tranquilizer in den letzten 12 Monaten</i>	1,29 (0,91–1,84)	1,56 (1,01–2,41)	3,79 (2,28–6,31)
<i>Erektiva in den letzten 4 Wochen</i>	2,30 (1,24–4,25)	2,33 (1,16–4,69)	5,56 (2,57–12,03)
<i>Amylnitrite in den letzten 4 Wochen</i>	1,05 (0,79–1,40)	1,06 (0,73–1,53)	1,16 (0,66–2,02)
<i>Sexuell zufrieden</i>	0,92 (0,71–1,20)	1,56 (1,06–2,27)	1,48 (0,88–2,48)

*ORs für Gesundheitsaspekte sind für die soziodemografischen Parameter kontrolliert. STI-Test, STI-Diagnose und Gebrauch von Erektiva wurden zusätzlich für die Anzahl Sexualpartner der letzten 12 Monate kontrolliert

^aReferenzkategorie: 1–2 mal

^bInternational Standard Classification of Education (Version von 1997)

^cEcstasy/MDMA, Speed/Amphetamine, Crystal/Methamphetamine, Mephedron, GBL/GHB, Ketamin, Kokain

ref Referenzkategorie

2,68; 95 %-KI 2,12–3,36). **Abb. 1a** stellt grafisch die adjustierten Odds Ratios der multivariablen Analyse dar. Eine analoge Darstellung für die Kunden sexueller Dienste zeigt **Abb. 1b**.

Escorts mit häufiger Bezahlung hatten im Vergleich zu denjenigen, die 1- bis 2-mal bezahlt worden waren, ein nied-

rigeres Bildungsniveau, lebten häufiger in Großstädten, waren häufiger nicht in Deutschland geboren und berichteten häufiger eine feste Beziehung mit einem männlichen Partner (**Tab. 2**).

Anzahl der Sexualpartner

Escorts berichteten eine insgesamt signifikant höhere Zahl von Sexualpartnern als Männer in der gleichen Altersgruppe, die nicht für Sex bezahlt wurden (OR = 3,76; 95 %-KI 3,07–4,65 für 2–10 Partner; OR = 12,91; 95 %-KI 10,50–16,03 für 11–50 Partner; OR = 51,26; 95 %-

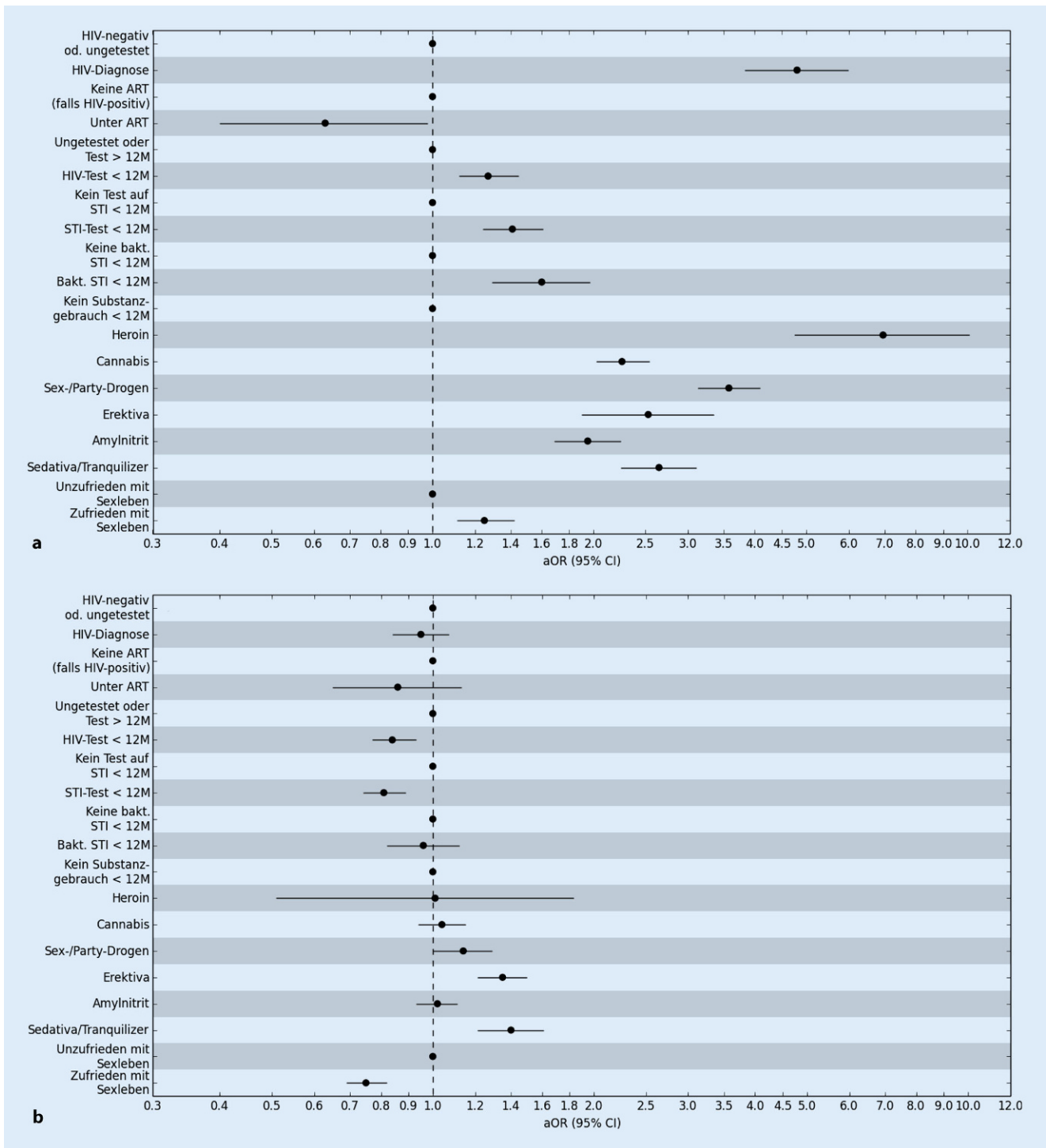


Abb. 2 ▲ Mit Verkauf und Kauf sexueller Dienstleistungen assoziierte gesundheitliche Folgen und Verhaltensweisen. Dargestellt werden Odds Ratios (*Punkte*) und 95 %-Konfidenzintervalle (*Linien*) für Gesundheitsparameter, die nach Kontrolle auf soziodemografische Faktoren signifikant entweder mit Verkauf (a) oder Kauf (b) sexueller Dienste oder beidem assoziiert bleiben. HIV- und STI-Testung sowie die Diagnose bakterieller STI, der Gebrauch von Erektiva und Amylnitrit wurde zusätzlich auf die Anzahl der Sexualpartner kontrolliert. **a** Zielgröße/abhängige Variable: Angebot sexueller Dienste. **b** Zielgröße/abhängige Variable: Kauf sexueller Dienste

KI 38,74–68,18 für mehr als 50 Partner). Eine steigende Zahl von Kunden war mit einer steigenden Gesamtzahl von Sexualpartnern assoziiert (χ^2 -Test $p < 0,0001$).

HIV-Test und HIV-Diagnosen

Unter den Männern, die jemals auf HIV getestet worden waren (59,6 % der Männer unter 30 Jahre), berichteten Escorts signifikant häufiger eine HIV-Diagnose (aOR = 4,80; 95 %-KI 3,83–5,99). Escorts mit einer HIV-Diagnose berichteten seltener als eine altersmäßig vergleichbare Kontrollgruppe, dass sie eine antiretrovirale Therapie erhalten (adjustierte Odds Ratio [aOR] = 0,63; 95 %-KI 0,40–0,98).

Bei Männern ohne HIV-Diagnose berichteten die Männer, die sexuelle Dienste angeboten haben, signifikant häufiger, dass sie in den letzten 12 Monaten auf HIV getestet wurden (aOR = 1,27; 95 %-KI 1,12–1,45). Die Ergebnisse sind in **Abb. 2a** zusammengefasst. Männer, die mehr als 50-mal für sexuelle Dienste bezahlt worden waren, waren im Unterschied zu Männern mit vergleichbar hohen Partnerzahlen (aber ohne Bezahlung) seltener mit HIV diagnostiziert, häufiger in den letzten 12 Monaten auf HIV getestet und seltener ungetestet (**Tab. 2**).

STI-Test und STI-Diagnosen

Escorts berichteten häufiger einen STI-Test (aOR = 1,41; 95 %-KI 1,24–1,61) und waren auch häufiger mit einer bakteriellen STI diagnostiziert worden (aOR = 1,60; 95 %-KI 1,29–1,97). Ergebnisse sind in **Abb. 2a** zusammengefasst. Die STI-Untersuchungswahrscheinlichkeit stieg mit der Anzahl der bezahlten Kontakte (**Tab. 2**).

Drogengebrauch

Escorts berichteten für alle 6 Substanzgruppen einen deutlich höheren Drogenkonsum als Männer die nicht für Sex bezahlt wurden (Heroin: aOR = 6,95; 95 %-KI 4,75–10,09; Cannabis: aOR = 2,26; 95 %-KI 2,02–2,54; Partydrogen: aOR = 3,58; 95 %-KI 3,13–4,09; Erektiva: aOR = 2,53; 95 %-KI 1,90–3,36; Amylnitrit: aOR = 1,95; 95 %-KI 1,69–2,25; Sedativa/Tranquilizer: aOR = 2,65; 95 %-KI 2,25–3,11; **Abb. 2a**), und mit Ausnahme von Amylnitrit stieg der Konsum

in allen Kategorien mit Zunahme der bezahlten Sexualkontakte an (**Tab. 2**).

Sexuelle Zufriedenheit

Escorts berichteten signifikant häufiger, dass sie mit ihrem Sexleben zufrieden waren (aOR = 1,25; 95 %-KI 1,11–1,42). Es wurden keine Unterschiede bezüglich der Anzahl bezahlter Kontakte festgestellt.

Kunden sexueller Dienste (Männer ab 30 Jahre)

Unter den 30.948 Männern ab 30 Jahren, die die Frage nach Inanspruchnahme sexueller Dienste beantwortet hatten, gaben 3334 (10,8 %) an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal einen Mann für sexuelle Dienste bezahlt zu haben („Kunden“). Davon berichteten 1945 (58,3 %) Männer 1- oder 2-malige Bezahlung, 1080 (32,4 %) eine 3- bis 10-malige Bezahlung, 279 (8,4 %) eine 11- bis 50-malige Bezahlung und 30 (0,8 %) berichteten, dass sie öfter als 50-mal Männer für sexuelle Dienste bezahlt hatten (**Tab. 3**). Aufgrund der geringen Fallzahlen wurden die letzten beiden Kategorien für die multivariablen Analysen zusammengefasst.

Soziodemografie

28,4 % der Kunden waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, 43,9 % zwischen 40 und 49 Jahre, 18,3 % zwischen 50 und 59, und 9,4 % waren 60 Jahre und älter. 59,8 % berichteten einen Ausbildungsabschluss, der mindestens dem Fachabitur entsprach. Die Mehrheit bezeichnete sich als schwul oder homosexuell, 18,8 % als bisexuell. Nicht in Deutschland geboren waren 7,1 %. Die meisten (54,8 %) waren alleinstehend, 33,4 % lebten in einer Beziehung mit einem Mann.

Verglichen mit Männern, die keine sexuellen Dienste in Anspruch genommen hatten, waren Kunden sexueller Dienste älter (OR = 1,88; 95 %-KI 1,73–2,05 für Alter 40–49; OR = 2,56; 95 %-KI 2,30–2,86 für Alter 50–59; OR = 3,95; 95 %-KI 3,42–4,54 für Alter 60+), lebten häufiger in Großstädten (OR = 1,15; 95 %-KI 1,06–1,23), waren häufiger alleinstehend (OR = 1,85; 95 %-KI 1,71–2,00), bezeichneten sich als bisexuell (OR = 1,33; 95 %-KI 1,21–1,46) oder

lebten in einer Beziehung mit einer Frau (OR = 1,75; 95 %-KI 1,55–1,98).

Vergleicht man Männer, die selten bezahlt haben, mit denen, die häufig bezahlt haben, so waren letztere älter, lebten häufiger in Großstädten, waren häufiger alleinstehend und bezeichneten sich seltener als bisexuell (**Tab. 4**).

Anzahl der Sexualpartner

Kunden sexueller Dienste berichteten eine höhere Gesamtzahl von Sexualpartnern als andere Männer in der gleichen Altersgruppe (OR = 3,70; 95 %-KI 3,23–4,26 für 2–10 Partner; OR = 4,41; 95 %-KI 3,83–5,11 für 11–50 Partner; OR = 4,26; 95 %-KI 3,48–5,20 für mehr als 50 Partner). Eine steigende Zahl von bezahlten Partnern war mit einer Steigerung der Gesamtzahl der Sexualpartner assoziiert (χ^2 -Test $p < 0,0001$).

HIV-Test und HIV-Diagnosen

Kunden waren nicht häufiger mit HIV diagnostiziert als andere Männer in der gleichen Altersgruppe; auch hinsichtlich antiretroviraler Behandlung bzw. supprimierter Viruslast zeigten sich keine Unterschiede. Männer ohne HIV-Diagnose waren jedoch seltener in den letzten 12 Monaten auf HIV getestet worden (aOR = 0,84; 95 %-KI 0,77–0,93; **Abb. 2b**). Es gab keine signifikanten Zusammenhänge mit der Häufigkeit, mit der sexuelle Dienste in Anspruch genommen wurden.

STI-Tests und STI-Diagnosen

Im Vergleich mit Männern, die keine sexuellen Dienste in Anspruch genommen hatten, waren Kunden seltener auf STI getestet (aOR = 0,81; 95 %-KI 0,74–0,89). Unter denjenigen, die auf STI getestet waren, war jedoch der Anteil derer, bei denen eine bakterielle STI diagnostiziert wurde, höher. Dieser Unterschied blieb aber nach Kontrolle auf die Gesamtzahl der Sexualpartner und soziodemografische Parameter nicht signifikant. Die Ergebnisse sind in **Abb. 2b** zusammengefasst. Es zeigte sich kein Zusammenhang mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme sexueller Dienste.

Tab. 3 Soziodemografische Charakteristika und Gesundheitsaspekte bei Männern ab 30 Jahren (N = 30.948), in Deutschland lebende Teilnehmer des Europäischen MSM Internet Surveys 2010

	Inanspruchnahme sexueller Dienste in den letzten 12 Monaten					Keine Inanspruchnahme sexueller Dienste (n = 27.614) n (%)
	1- bis 2-mal (n = 1945) n (%)	3- bis 10-mal (n = 1080) n (%)	11–50 mal (n = 279) n (%)	>50-mal (n = 30) n (%)	Gesamt (n = 3334) n (%)	
Soziodemografische Angaben						
<i>Alter (Jahre)</i>						
30–39	616 (31,7 %)	276 (25,6 %)	50 (17,9 %)	6 (20,0 %)	948 (28,4 %)	12.812 (46,4 %)
40–49	855 (44,0 %)	466 (43,2 %)	132 (47,3 %)	10 (33,3 %)	1463 (43,9 %)	10.514 (38,1 %)
50–59	319 (16,4 %)	219 (20,3 %)	63 (22,6 %)	9 (30,0 %)	610 (18,3 %)	3216 (11,7 %)
60+	155 (8,0 %)	119 (11,0 %)	34 (12,2 %)	5 (16,7 %)	313 (9,4 %)	1072 (3,9 %)
<i>Abitur oder weitergehender Abschluss (ISCED^a 4+)</i>	1143 (58,8 %)	660 (61,1 %)	163 (58,4 %)	16 (53,3 %)	1982 (59,5 %)	16.135 (58,4 %)
<i>Ortsgröße 500.000+</i>	906 (46,6 %)	486 (45,0 %)	149 (53,4 %)	16 (53,3 %)	1557 (46,7 %)	12.006 (43,5 %)
<i>Nicht in Deutschland geboren</i>	157 (8,1 %)	58 (5,4 %)	20 (7,2 %)	2 (6,7 %)	237 (7,1 %)	2229 (8,1 %)
<i>Sexuelle Orientierung</i>						
Schwul	1468 (75,5 %)	808 (74,8 %)	227 (81,4 %)	25 (83,3 %)	2528 (75,8 %)	21.856 (79,2 %)
Bisexuell	378 (19,4 %)	214 (19,8 %)	36 (12,9 %)	0 (0,0 %)	628 (18,8 %)	4088 (14,8 %)
Anderes	94 (4,8 %)	52 (4,8 %)	14 (5,0 %)	5 (16,7 %)	165 (5,0 %)	1611 (5,8 %)
<i>Beziehungsstatus</i>						
Alleinstehend	1009 (51,9 %)	619 (57,3 %)	178 (63,8 %)	22 (78,3 %)	1828 (54,8 %)	11.739 (42,5 %)
Männlicher fester Partner	698 (35,9 %)	335 (31,0 %)	72 (25,8 %)	8 (26,7 %)	1113 (33,4 %)	13.226 (47,9 %)
Weibliche feste Partnerin	232 (11,9 %)	123 (11,4 %)	27 (9,7 %)	0 (0,0 %)	382 (11,5 %)	2592 (9,4 %)
Gesundheitsaspekte						
<i>Jemals mit HIV diagnostiziert</i>						
Ja	232 (11,9 %)	116 (10,7 %)	41 (14,7 %)	4 (13,3 %)	393 (11,8 %)	3286 (11,9 %)
Davon unter antiretroviraler Therapie	183 (78,9 %)	87 (75,0 %)	30 (73,2 %)	2 (50,0 %)	302 (76,8 %)	2566 (78,1 %)
Nein	1707 (87,8 %)	957 (88,6 %)	235 (84,2 %)	26 (86,7 %)	2925 (87,7 %)	24.166 (87,5 %)
<i>HIV-Test in den letzten 12 Monaten</i>	565 (33,1 %)	289 (30,2 %)	76 (32,3 %)	7 (26,9 %)	937 (32,0 %)	8592 (35,6 %)
<i>STI-Test in den letzten 12 Monaten</i>	553 (28,4 %)	276 (25,6 %)	84 (30,1 %)	7 (23,3 %)	920 (27,6 %)	8054 (29,2 %)
Diagnostiziert mit bakteriellen STI	138 (25,0 %)	68 (24,6 %)	16 (19,1 %)	4 (57,1 %)	226 (24,6 %)	1651 (20,5 %)
<i>Heroin in den letzten 12 Monaten</i>	7 (0,4 %)	4 (0,4 %)	2 (0,7 %)	0 (0,0 %)	13 (0,4 %)	97 (0,4 %)
<i>Cannabis in den letzten 12 Monaten</i>	328 (16,9 %)	173 (16,0 %)	41 (14,7 %)	7 (23,3 %)	549 (16,5 %)	4683 (17,0 %)
<i>Partydrogen^b in den letzten 12 Monaten</i>	218 (11,2 %)	110 (10,2 %)	33 (11,8 %)	5 (16,7 %)	366 (11,0 %)	2865 (10,4 %)
<i>Sedativa/Tranquilizer in den letzten 12 Monaten</i>	160 (8,2 %)	93 (8,6 %)	28 (10,0 %)	3 (10,0 %)	284 (8,5 %)	1699 (6,2 %)
<i>Erektiva in den letzten 4 Wochen</i>	323 (16,6 %)	197 (18,2 %)	58 (20,8 %)	8 (26,7 %)	586 (17,6 %)	2802 (10,1 %)
<i>Amylnitrite in den letzten 4 Wochen</i>	601 (30,9 %)	322 (29,8 %)	92 (33,0 %)	8 (26,7 %)	1023 (30,7 %)	7730 (28,0 %)
<i>Sexuell zufrieden</i>	1024 (52,7 %)	558 (51,7 %)	147 (52,7 %)	15 (50,0 %)	1744 (52,3 %)	16.960 (61,4 %)

^aInternational Standard Classification of Education (Version von 1997)^bEcstasy/MDMA, Speed/Amphetamine, Crystal/Methamphetamine, Mephedron, GBL/GHB, Ketamin, Kokain

Drogengebrauch

Kunden berichteten im Vergleich zu Männern, die nicht für Sex bezahlt hatten, in den Kategorien Partydrogen (aOR = 1,14; 95 %-KI 1,00–1,29), Erektiva in den letzten 4 Wochen (aOR = 1,35; 95 %-KI 1,21–1,50) und Sedativa/Tranquilizer in den letzten 12 Monaten (aOR = 1,40; 95 %-KI 1,21–1,61) einen

höheren Konsum als die Vergleichsgruppe. Die Ergebnisse sind in **Abb. 2b** zusammengefasst. Ein Zusammenhang mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme sexueller Dienste zeigte sich nicht.

Sexuelle Zufriedenheit

Im Vergleich zu Männern, die keine sexuellen Dienste in Anspruch genommen

hatten, waren Kunden weniger zufrieden mit ihrem Sexleben (aOR = 0,75; 95 %-KI 0,69–0,82). Die Häufigkeit der Inanspruchnahme hatte keinen Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit.

Tab. 4 Multinomiale multivariable Regressionsanalyse bei Männern unter 30 Jahren (N = 19.138). Zielvariable: Frequenz des Kaufs sexueller Dienste in den letzten 12 Monaten^a

	3- bis 10-mal für Sex bezahlt adjustierte Odds Ratio (95 %-KI)*	11-mal und öfter für Sex bezahlt adjustierte Odds Ratio (95 %-KI)*
Soziodemografische Angaben		
<i>Alter (Jahre)</i>		
30–39	1,00 (ref)	1,00 (ref)
40–49	1,22 (1,01–1,46)	1,83 (1,32–2,53)
50–59	1,53 (1,23–1,92)	2,48 (1,71–3,61)
60+	1,71 (1,30–2,26)	2,77 (1,77–4,32)
<i>Abitur oder weitergehender Abschluss (ISCED^b 4+)</i>	1,10 (0,95–1,28)	0,95 (0,74–1,21)
<i>Ortsgröße 500.000+</i>	0,93 (0,80–1,08)	1,37 (1,07–1,75)
<i>Nicht in Deutschland geboren</i>	0,65 (0,47–0,88)	0,88 (0,55–1,40)
<i>Sexuelle Orientierung</i>		
Schwul	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Bisexuell	1,03 (0,85–1,24)	0,55 (0,38–0,80)
Anderes	1,01 (0,71–1,43)	1,18 (0,71–1,96)
<i>Beziehungsstatus</i>		
Alleinstehend	1,28 (1,08–1,51)	1,73 (1,31–2,28)
Männlicher fester Partner	1,00 (ref)	1,00 (ref)
Weibliche feste Partnerin	1,10 (0,86–1,42)	1,02 (0,64–1,61)
Gesundheitsaspekte		
<i>HIV-Diagnose</i>		
Ja	0,91 (0,71–1,17)	1,21 (0,84–1,73)
Davon unter antiretroviraler Therapie	0,70 (0,40–1,26)	0,77 (0,35–1,70)
HIV-Test in den letzten 12 Monaten	0,83 (0,69–1,01)	0,96 (0,69–1,33)
STI-Test in den letzten 12 Monaten	0,85 (0,70–1,03)	0,85 (0,62–1,15)
Diagnostiziert mit bakteriellen STI	0,95 (0,69–1,31)	0,70 (0,40–1,20)
<i>Heroin o. ä. in den letzten 12 Monaten</i>	1,26 (0,35–4,50)	1,09 (0,13–9,29)
<i>Cannabis in den letzten 12 Monaten</i>	0,99 (0,80–1,23)	0,92 (0,64–1,31)
<i>Partydrogen^c in den letzten 12 Monaten</i>	0,96 (0,74–1,25)	1,10 (0,74–1,64)
<i>Sedativa/Tranquilizer in den letzten 12 Monaten</i>	1,06 (0,79–1,40)	1,17 (0,76–1,82)
<i>Erektiva in den letzten 4 Wochen</i>	1,05 (0,85–1,30)	1,01 (0,72–1,41)
<i>Amylnitrite in den letzten 4 Wochen</i>	0,94 (0,78–1,12)	0,89 (0,66–1,19)
<i>Sexuell zufrieden</i>	1,01 (0,86–1,19)	1,15 (0,88–1,51)

*ORs für Gesundheitsaspekte sind für die soziodemografischen Parameter kontrolliert. STI-Test, STI-Diagnose und Gebrauch von Erektiva wurden zusätzlich für die Anzahl Sexualpartner der letzten 12 Monate kontrolliert

^aReferenzkategorie: 1–2 mal

^bInternational Standard Classification of Education (Version von 1997)

^cEcstasy/MDMA, Speed/Amphetamine, Crystal/Methamphetamine, Mephedron, GBL/GHB, Ketamin, Kokain

ref Referenzwert

Diskussion

Basierend auf Selbstangaben einer großen Anzahl in Deutschland lebender MSM wurde hier die sexuelle Gesundheit von Kunden und Anbietern sexueller Dienste mit altersgleichen Kontrollgruppen verglichen. Sowohl Kunden als auch

Anbieter sexueller Dienste gebrauchten häufiger bestimmte Drogen. HIV und andere STI waren bei Anbietern sexueller Dienste häufiger als bei altersgleichen Männern, auch nach Kontrolle für die Anzahl sexueller Partner. Escorts mit HIV-Diagnose erhielten seltener eine antiretrovirale Behandlung. Während

Escorts überproportional sexuell zufrieden waren, fand sich bei ihren Kunden ein gegenteiliger Effekt.

Durch die Identifizierung von Faktoren, die mit dem Anbieten und der Inanspruchnahme sexueller Dienste assoziiert sind, ist es möglich, Defizite bezüglich der gesundheitlichen Versorgung und des Erreichens dieser Personengruppen mit Test- und Präventionsangeboten zu beschreiben.

Anbieter sexueller Dienste (Escorts; Männer unter 30 Jahren)

Escorts berichteten signifikant höhere Partnerzahlen als altersgleiche Kontrollgruppen. Die Unterschiede nahmen mit der Anzahl der bezahlten Kontakte zu. Es ist zwar nicht möglich, hier zwischen bezahlten und nichtbezahlten Kontakten zu differenzieren, der Zusammenhang legt aber nahe, dass er zumindest zu einem erheblichen Anteil auf bezahlten Kontakten beruht.

Bezüglich sexueller Gesundheit wurde eine Reihe signifikanter Unterschiede aufgezeigt zwischen Männern, die sexuelle Dienste anbieten bzw. in Anspruch nehmen und altersentsprechenden Männern, bei denen dies nicht der Fall ist. Escorts berichteten signifikant häufiger, mit HIV oder – in den letzten 12 Monaten – mit einer bakteriellen STI diagnostiziert worden zu sein. Mit HIV diagnostizierte Escorts erhielten signifikant seltener eine antiretrovirale Therapie als die altersentsprechende Kontrollgruppe. Dies unterstreicht die Bedeutung nicht nur einer häufigen Testung dieser Männer auf HIV, sondern auch eines ungehinderten Zugangs zur HIV-Behandlung. Ähnlich wie in früheren Untersuchungen waren in dieser Untersuchung Sexanbieter häufiger auf HIV und STI untersucht worden als andere Männer [5, 7]. Besonders hoch war die HIV- und STI-Testhäufigkeit bei Männern, die mindestens einmal pro Woche (>50-mal pro Jahr) sexuelle Dienste angeboten haben. Dies spricht dafür, dass zumindest professionell arbeitende Internetescorts die Fähigkeit und Möglichkeit haben, mit HIV-Infektionsrisiken bei Ausübung ihrer Tätigkeit umzugehen.

Kunden sexueller Dienste (Männer ab 30 Jahre)

Bei Männern ab 30 Jahren wurde kein signifikanter Unterschied von HIV- und STI-Infektionshäufigkeiten zwischen Kunden sexueller Dienste und anderen Männern gefunden. Allerdings waren Kunden signifikant seltener auf HIV getestet oder hatten sich in den letzten 12 Monaten auf bakterielle STI untersuchen lassen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass niedrige Testraten auch durch ein als gering empfundenes Risiko, z. B. wegen häufigerer Kondomverwendung oder nicht[anal]penetrierender sexueller Praktiken, erklärbar sein könnten [22]. Niedrige Testraten können jedoch auch auf andere Gründe als gering empfundene Risiken zurückführbar sein [23]. Obwohl Männer, die sexuelle Dienste anbieten, als Gruppe mit einem erhöhten Risiko für HIV und STI angesehen werden, werden Risiken von Männern, die sexuelle Dienste von Männern in Anspruch nehmen, selten öffentlich diskutiert, und es gibt keine speziellen Präventionsbotschaften, die auf diese Gruppe abzielen. Es gibt aber durchaus begründete Hinweise dafür, dass Männer, die sexuelle Dienste durch andere Männer in Anspruch nehmen, erhöhten Risiken einer HIV-Infektion oder anderen sexuell übertragenen Infektion ausgesetzt sein könnten. Daher wäre es wichtig, sie nicht nur zu „Safer Sex“, sondern auch zu regelmäßigen Untersuchungen auf HIV und STI zu ermuntern. Dies gilt insbesondere dann, wenn beim Analverkehr mit Sexanbietern keine Kondome verwendet wurden.

Vergleich mit anderen Studien

Die unterschiedlichen gesundheitlichen Korrelate von bezahltem Sex – sei es auf Seiten der Anbieter oder auf Seiten der Kunden sexueller Dienstleistungen – könnten sich teilweise dadurch erklären lassen, dass diese Männer sich deutlich seltener als homosexuell identifizieren und deutlich häufiger in einer Beziehung mit einer Frau leben als altersgleiche MSM, die nicht in Angebot und Nachfrage sexueller Dienstleistungen involviert sind. Diese Beobachtung wird

auch von anderen Autoren berichtet [2, 5]. Diese Männer werden möglicherweise durch Präventionskampagnen, die sich an Männer mit schwuler oder bisexueller Identität richten, unzureichend angesprochen [4, 6, 14]. Präventionsbotschaften für Männer, die sexuelle Dienste anbieten oder in Anspruch nehmen, müssen daher so ausdifferenziert sein, dass sich auch Männer angesprochen fühlen, die keine schwule Identität aufweisen.

Eine relativ hohe Prävalenz von Drogenkonsum bei männlichen Sexarbeitern wurde bereits berichtet [9, 16] und eine Studie beschrieb eine Verknüpfung zwischen dem Konsum von Crack und dem Verkauf sexueller Dienstleistungen [6]. Die meisten Studien berichten, wie auch diese, über Drogenkonsum allgemein und nicht spezifisch über Drogenkonsum im Kontext von bezahltem Sex. Mimiaga et al. fand jedoch, dass viele Escorts Drogen bei der Sexarbeit verwenden, um Hemmungen zu reduzieren. Die Stichprobe war allerdings mit nur 13 Teilnehmern sehr klein [12]. Smith et al. berichtete Alkohol- oder Drogenkonsum mit einem Kunden bei über einem Viertel seiner Stichprobe innerhalb der letzten 30 Tage [9]. Drogen können Risikoverhalten aber auch mit nicht zahlenden Partnern begünstigen, selbst wenn die Drogen typischerweise nicht bei kommerziellen Kontakten benutzt werden. Die Beobachtung eines erhöhten Drogenkonsums bei Männern, die sexuelle Dienste anbieten bzw. in Anspruch nehmen, legt daher nahe, dass spezifisch auf diese Gruppen ausgerichtete Interventionen und Beratungsangebote zur Reduzierung von Drogenkonsum und weiterer dadurch ausgelöster oder verschärfter Probleme dazu beitragen könnten, eine Ausbreitung von HIV zu verringern. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die sehr häufig für sexuelle Dienste bezahlt werden, selbst wenn sich riskantes Verhalten nicht speziell im Kontext von Kundenkontakten reduzieren würde.

In vielen Studien zum Sexualverhalten werden gesundheitliche Aspekte wie HIV und andere STIs in einem Ausmaß hervorgehoben, das andere Aspekte der Gesundheit, einschließlich der emotionalen Gesundheit, nahezu ausschließt. In

dieser Studie wurde auch betrachtet, wie zufrieden Männer, die sexuelle Dienste anbieten oder in Anspruch nehmen, mit ihrem Sexualleben sind. Es wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass Sexanbieter mit ihrem Sexualleben weniger zufrieden sind als Männer in einer altersgleichen Vergleichsgruppe. Im Gegenteil: Sie waren mit ihrem Sexualleben signifikant zufriedener. Einschränkend ist anzumerken, dass das Design der Befragung nicht erlaubt, andere Aspekte der emotionalen und psychischen Gesundheit zu beurteilen, bspw. die Diagnose von Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen, die in einigen der bisherigen Publikationen mit dem Anbieten sexueller Dienste in Verbindung gebracht wurden [4, 6, 12]. Auf der anderen Seite waren Männer, die sexuelle Dienste in Anspruch genommen haben, deutlich unzufriedener mit ihrem Sexualleben als Männer, die dies nicht getan haben. Angesichts der Beobachtung, dass Kunden auch eher berichteten, keinen festen Partner zu haben, könnte dies bis zu einem gewissen Grad durch den Wunsch nach häufigerer sexueller Aktivität oder einem festen Partner bedingt sein [24]. Im Vergleich zu Männern, die keine sexuellen Dienste in Anspruch genommen haben, waren Kunden im Durchschnitt älter. Mit zunehmendem Alter und nachlassender körperlicher Attraktivität wird die Suche nach Partnern schwieriger. In höherem Alter erleben Männer auch häufiger Probleme bei der Erlangung oder Aufrechterhaltung einer Erektion und ein Nachlassen der Libido [25], die ebenfalls zu einer verminderten Zufriedenheit mit dem Sexualleben beitragen können.

In Übereinstimmung mit dem hohen berichteten Anteil nicht in Deutschland geborener Personen unter den Sexarbeitern in Deutschland [11] und anderen Publikationen [4, 5], wurden auch in dieser Untersuchung Hinweise darauf gefunden, dass nicht in Deutschland geborene Befragungsteilnehmer signifikant häufiger als in Deutschland geborene Teilnehmer im letzten Jahr sexuelle Dienste angeboten haben. Auch war speziell das häufige Anbieten sexueller Dienste assoziiert mit einem anderen Geburtsland. Um solche erhöhten Risiken zu reduzieren, müssen Sexarbeiter

mit Migrationshintergrund nicht nur Zugang zu kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und STI haben, sondern auch ungehinderten Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Sexarbeiter mit Migrationshintergrund vom Zugang zur Gesundheitsversorgung für HIV und andere sexuell übertragene Infektionen auszuschließen, ist eine schlechte öffentliche Gesundheitsvorsorge.

Limitationen

Leider kann auf Grundlage dieses Surveys nicht unterschieden werden, ob kondomloser Analverkehr und andere Risiken mit zahlenden oder nichtzahlenden Partnern praktiziert wurden. Es kann infolgedessen nicht festgestellt werden, ob die erhöhte Prävalenz von HIV und die hohe Inzidenz anderer STI direkt oder indirekt mit dem Verkauf sexueller Dienstleistungen zusammenhängen. Die meisten früheren Untersuchungen legen nahe, dass Verhaltensweisen wie injizierender Drogengebrauch und kondomloser Analverkehr mit nichtzahlenden Partnern eher für diese erhöhten Infektionsrisiken verantwortlich sind als das Verhalten bei Kontakten mit Kunden [7–10]. Männliche Sexarbeiter, insbesondere Escorts, scheinen vergleichsweise geringe Risiken mit Kunden einzugehen [9]. Studien berichten von 86 % [7] bis 96 % [8] Kondomverwendungsraten mit Kunden. Auch eine Untersuchung bei Kunden fand, dass konsistenter Kondomgebrauch bei bezahlten Kontakten annähernd 15-mal wahrscheinlicher war als bei nichtbezahlten [26]. Zukünftige Untersuchungen sollten genauer beschreiben, welche Risiken von Männern, die sexuelle Dienste anbieten und in Anspruch nehmen, mit ihren zahlenden und bezahlten bzw. ihren nichtzahlenden und nicht bezahlten Partnern eingegangen werden, um besser zu verstehen, wo genau Infektionsrisiken verortet sind.

Weitere Limitationen der vorliegenden Studie bestehen im Querschnittsdesign, welches Schlussfolgerungen zu Ursachen und Wirkungen verbietet, und in der Tatsache, dass Angaben selbstberichtet sind, was zu Verzerrungen aufgrund unvollständiger Erinnerung oder sozialer

Erwünschtheit führen kann. Auch mag die Art der Frageformulierung, die direkt nach dem Bezahlen oder Bezahlwerden für Sex fragte, andere Formen des nicht-finanziellen Austausches von Vorteilen oder Vergünstigungen wie Drogen, Wohnung, Aufenthaltsrechte im Austausch gegen sexuelle Gefälligkeiten nicht oder nicht adäquat erfasst haben.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse legen nahe, dass Anbieter, aber nicht Kunden sexueller Dienste, ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit HIV und anderen sexuell übertragenen Infektionen haben. Kunden berichteten indes, dass sie sich seltener auf HIV oder andere sexuell übertragene Infektionen haben untersuchen lassen. Diese beiden Beobachtungen weisen darauf hin, dass Männer, die in Angebot oder Nachfrage sexueller Dienste durch andere Männer involviert sind, nicht ausreichend durch die derzeitigen Test- und Präventionsbemühungen erreicht werden. Zwar stehen in Deutschland Testmöglichkeiten prinzipiell zur Verfügung, es wird aber kaum kommuniziert, dass MSM, die sexuelle Dienste anbieten oder kaufen, ein erhöhtes Risiko für HIV und STI haben und sich deshalb auch häufiger testen lassen sollten. Einer Testermutigung bedürfen insbesondere Männer, die sexuelle Dienste in Anspruch nehmen, da deren Risiko für HIV und STIs selten thematisiert wird. Es bedarf jedoch weiterer Untersuchungen zu den Charakteristika und sexuellen Verhaltensweisen von Männern, die sexuelle Dienste in Anspruch nehmen, da die derzeitigen mangelhaften Kenntnisse zu dieser Gruppe es schwierig machen, wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln. Unabhängig davon ist es erforderlich, einer Stigmatisierung von männlichen Sexarbeitern und ihrer Kunden entgegenzuwirken, da eine solche Stigmatisierung den Zugang zu HIV- und STI-bezogenen Gesundheitsdiensten erschwert [4–6, 14]. Erschwerend kommt hinzu, dass sich sowohl Anbieter als auch Kunden sexueller Dienste seltener als andere MSM als homosexuell identifizieren, und daher durch Präventionsbotschaften und -kampagnen, die

sich an homosexuelle Männer richten, weniger gut erreicht werden. Vielmehr wären Präventionsbotschaften notwendig, die sich speziell an Escorts und ihre Kunden richten, unabhängig von der sexuellen Identität dieser Männer. Solche Botschaften müssten auch Männer einschließen, die sich als bi- oder heterosexuell identifizieren [4, 6, 14]. Zusätzlich wurde ein Zusammenhang zwischen nichtdeutscher Herkunft und dem Anbieten sexueller Dienste gefunden, insbesondere mit dem sehr häufigen Anbieten solcher Dienste. Daher müssen Präventionsbotschaften für Männer in der Sexarbeit insbesondere auch mehrsprachig und kultursensibel formuliert und auf die Herkunftsländer zugeschnitten werden [1]. Zudem müssen Zugangsbarrieren für die Gesundheitsversorgung, wie z. B. Sprachbarrieren, Stigmatisierung und mangelnde Kenntnis des deutschen Gesundheitssystems, berücksichtigt werden. Am wichtigsten ist für Migranten in der Sexarbeit jedoch die Möglichkeit, eine Krankenversicherung zu erhalten und damit ungehinderten Zugang zum deutschen Gesundheitsversorgungssystem [11]. Schließlich ist es wichtig, dass Präventionsmaßnahmen nicht nur auf individueller, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene ansetzen. Risikoverhalten von MSM, die sexuelle Dienste anbieten und in Anspruch nehmen wird sehr stark durch weitere Faktoren wie eine prekäre finanzielle Situation, Stigma, vielfältige Abhängigkeiten und dadurch eingeschränkte Entscheidungsmöglichkeiten beeinflusst und kann daher nicht allein durch Strategien angegangen werden, die auf eine individuelle Verhaltensmodifikation abzielen [2, 4, 9].

Korrespondenzadresse

Dr. U. Marcus
Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut
Seestraße 10, 13353 Berlin, Deutschland
MarcusU@rki.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Kramer, A. J. Schmidt und U. Marcus geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ein Ethikvotum für die Studie wurde vom Ethikkomitee der Universität Portsmouth in England erteilt (REC application number 08/09:21).

Literatur

1. Belza MJ (2005) Risk of HIV infection among male sex workers in Spain. *Sex Transm Infect* 81(1):85–88. doi:10.1136/sti.2003.008649
2. Castaneda H (2013) Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. *Soc Sci Med* 84:94–101. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.010
3. Marcus U, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ (2012) Prevalence of HIV among MSM in Europe: comparison of self-reported diagnoses from a large scale internet survey and existing national estimates. *BMC Public Health* 2:978. doi:10.1186/1471-2458-12-978
4. Baral SD, Friedman MR, Geibel S, Rebe K, Bozhinov B, Diouf D et al (2015) Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission. *Lancet* 385(9964):260–273. doi:10.1016/s0140-6736(14)60801-1
5. Grath-Lone LM, Marsh K, Hughes G, Ward H (2014) The sexual health of male sex workers in England: Analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect* 90(1):38–40. doi:10.1136/sextrans-2013-051320
6. Weber AE, Craib KJ, Chan K, Martindale S, Miller ML, Schechter MT et al (2001) Sex trade involvement and rates of human immunodeficiency virus positivity among young gay and bisexual men. *Int J Epidemiol* 30(6):1449–1454 (discussion 55–6)
7. Estcourt CS, Marks C, Rohrsheim R, Johnson AM, Donovan B, Mindel A (2000) HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney. *Sex Transm Infect* 76(4):294–298
8. Sethi G, Holden BM, Gaffney J, Greene L, Ghani AC, Ward H (2006) HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male sex workers in London over a 10 year period. *Sex Transm Infect* 82(5):359–363. doi:10.1136/sti.2005.019257
9. Smith MD, Seal DW (2008) Sexual behavior, mental health, substance use, and HIV risk among agency-based male escorts in a small U.S. city. *Int J Sex Health* 19(4):27–39. doi:10.1300/J514v19n04_04
10. van den Hoek JA, van Haastrecht HJ, Coutinho RA (1991) Homosexual prostitution among male drug users and its risk for HIV infection. *Genitourin Med* 67(4):303–306
11. TAMPEP (European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers) (2015) National Report on HIV and Sex Work: Germany. <http://tampep.eu/documents/Germany%20National%20Report.pdf>. Zugegriffen: 12. Juni 2015
12. Mimiaga MJ, Reinsner SL, Tinsley JP, Mayer KH, Safren SA (2009) Street workers and internet escorts: contextual and psychosocial factors surrounding HIV risk behavior among men who engage in sex work with other men. *J Urban Health* 86(1):54–66. doi:10.1007/s11524-008-9316-5
13. Elifson KW, Boles J, Darrow WW, Sterk CE (1999) HIV seroprevalence and risk factors among clients of female and male prostitutes. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 20(2):195–200
14. Ballester R, Salmeron P, Gil MD, Gimenez C (2014) Sexual behaviors in male sex workers in Spain: modulating factors. *J Health Psychol* 19(2):207–217. doi:10.1177/1359105312467389
15. Minichiello V, Marino R, Browne J, Jamieson M, Peterson K, Reuter B et al (1999) A profile of the clients of male sex workers in three Australian cities. *Aust NZ J Public Health* 23(5):511–518
16. SPI Forschung (2008) Stricherstudie „östliches Ruhrgebiet“ 2008: Studie zur Lebenslage von Strichern/mann-männlichen Prostituierten im östlichen Ruhrgebiet/Dortmund: Eine Bedarfsanalyse. http://www.dortmund.de/media/p/schwule_lesben_transidente/schwulelesben/Stricherstudie_2008.pdf. Zugegriffen: 12. Juni 2015
17. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015) Auszug aus der Untersuchung „Auswirkungen des Prostitutionsgesetzes“ Abschlussbericht. <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/prostitutionsgesetz/pdf/07.pdf>. Zugegriffen: 12. Juni 2015
18. Schmidt AJ, Hickson F, Weatherburn P, Marcus U (2013) 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* 89(7):575–582. doi:10.1136/sextrans-2012-050973
19. Schmidt AJ, Marcus U (2013) Defizite in den Angeboten zur STI-Diagnostik für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in deutschsprachigen Städten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(12):1609–1618. doi:10.1007/s00103-013-1855-6
20. Weatherburn P, Schmidt AJ, Hickson F, Reid D, Berg RC, Hospers HJ et al (2013) The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS): Design and Methods. *Sex Res Social Policy* 10(4):243–257. doi:10.1007/s13178-013-0119-4
21. Berg RC, Schmidt AJ, Weatherburn P, EMIS Network (2015) Transactional sex: supply and demand among european men who have sex with men (MSM) in the context of local laws. *Int J Sex Health* 27(3):286–302. doi:10.1080/19317611.2014.982263
22. Grov C, Rodriguez-Diaz CE, Jovet-Toledo GG (2016) Male Escorts' and Male Clients' Sexual Behavior During Their Last Commercial Sexual Encounter: Comparing and Contrasting Findings from Two Online Studies. *Arch Sex Behav* 45(4):965–973. doi:10.1007/s10508-015-0531-3
23. Marcus U, Gassowski M, Drewes J (2016) HIV risk perception and testing behaviours among men having sex with men (MSM) reporting potential transmission risks in the previous 12 months from a large online sample of MSM living in Germany. *BMC Public Health* 16(1):1111. doi:10.1186/s12889-016-3759-5
24. Bourne A, Hammond G, Hickson F, Reid D, Schmidt AJ, Weatherburn P (2013) What constitutes the best sex life for gay and bisexual men? Implications for HIV prevention. *BMC Public Health* 13:1083. doi:10.1186/1471-2458-13-1083
25. Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G, Maggi M (2013) Sexual function of the ageing male. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 27(4):581–601. doi:10.1016/j.beem.2013.05.007
26. Jin M, Yang Z, Dong Z, Han J (2013) Correlates of consistent condom use among men who have sex with men recruited through the Internet in Huzhou city: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 13:1101. doi:10.1186/1471-2458-13-1101