

European MSM Internet Survey (EMIS-2017)

Länderbericht für die Schweiz



Patrick Weber¹, Daniel Gredig¹, Andreas Lehner², Sibylle Nideröst¹

¹ Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten

² Aids-Hilfe Schweiz, Zürich

30. August 2019

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

Der Länderbericht zur Schweiz aus EMIS-2017 wurde durch das Bundesamt für Gesundheit, Sektion Prävention und Promotion finanziert.

Danksagung

Wir danken allen Männern, die an der Studie EMIS-2017 teilgenommen haben.

EMIS-2017 wurde durch Sigma Research an der London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch Institut (RKI) in Berlin koordiniert. Zum EMIS Kernteam bei Sigma Research (LSHTM) gehören: Ford Hickson; David Reid, Axel J. Schmidt und Peter Weatherburn; zum RKI-Team gehören: Uli Marcus und Susanne B. Schink.

17% aller Befragten wurden über die NGO-Partner_innen durch Aktivitäten auf Facebook und anderen sozialen Medien sowie das Aufschalten von Banner auf ihren Websites rekrutiert.

Wir danken allen diesen Partner_innen für ihr grosses Engagement.

Im Folgenden bedanken wir uns bei allen EMIS-Partner_innen in den jeweiligen Ländern. Namen werden dort erwähnt, wo freischaffende Mitarbeitende oder Übersetzer_innen als Ansprechpersonen fungierten oder Personen bei der Entwicklung des Fragebogens mitwirkten, die keiner Organisation angehörten. Die Nennung erfolgt in folgender Reihenfolge: Hauptsächliche NGO Partner_innen, andere NGO Partner_innen, Partner_innen von Hochschulen, Partner_innen von Regierungsorganisationen, Einzelpersonen.

Europa: PlanetRomeo, European AIDS Treatment Group (EATG), Eurasion Coalition on Male Health (ECOM), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction (EMCDDA), European Commission (DG SANTE). Speziell erwähnen möchten wir den individuellen Beitrag von Caoimhe Cawley (Koordination des ESTICOM Konsortium von Oktober 2016 bis Mai 2018), und Teymur Noori für seine unaufhörliche Unterstützung der EMIS-Studie seit ihrer ersten Durchführung im Jahr 2010.

CH: Aids-Hilfe Schweiz, Kantonsspital St. Gallen, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Universitätsspital Zürich, Bundesamt für Gesundheit.

Unser spezieller Dank geht an die Stakeholder in der Schweiz, die durch ihre Inputs im Rahmen der beiden Workshops und ihr kritisches Gegenlesen einen wichtigen Beitrag zur Entstehung dieses EMIS-2017 Länderberichts zur Schweiz geleistet haben.

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

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	11
1 Einleitung	13
1.1 Epidemiologie und Prävention bei MSM in der Schweiz	13
1.2 Entwicklungsschritte hin zur Gleichberechtigung homosexueller Menschen in der Schweiz	14
1.3 Ziele und Gegenstand von EMIS-2017	15
1.4 Rahmen und Leitung EMIS-2017	16
1.5 Verankerung in der Community	16
1.6 Der Länderbericht für die Schweiz	16
2 Methodisches Vorgehen	17
2.1 Einschlusskriterien	17
2.2 Entwicklung des Fragebogens	17
2.3 Rekrutierung	18
2.4 Teilnehmer von EMIS-2017 und Teilnehmer aus der Schweiz	18
2.4.1 Genutzte Sprachversionen des Fragebogens	18
2.5 Statistische Analyse	19
2.6 Limitationen	19
3 Beschreibung der Stichprobe	21
3.1 Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geschlecht bei der Geburt	21
3.2 Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität, Coming-out	21
3.3 Alter	22
3.4 Wohnregion	23
3.5 Geburtsland, Aufenthaltsdauer in der Schweiz und Migrationsgrund	25
3.6 Bildung, Erwerbssituation, Einkommenssituation	26
3.7 Beziehungsstatus	28
3.8 HIV-Status der Befragten und ihrer festen Partner_innen	29
3.9 Kauf und Verkauf von Sex	32
3.10 Community Health Worker	34
3.11 Betrachtung von Gruppenunterschieden	34
4 Gesundheitszustand	36
4.1 Psychische Gesundheit	36
4.1.1 Ängste und Depressionen	36
4.1.2 Suizidgedanken und Imagination von selbstverletzendem Handeln	37
4.1.3 Sexuelle Zufriedenheit	37
4.1.4 Alkoholabhängigkeit (CAGE4)	38

4.2	HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI)	39
4.2.1	HIV-Diagnosen und Viruslast	39
4.2.2	Letzte Diagnose von Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis	39
4.2.3	Erste Diagnose von Anal- oder Genitalwarzen	40
4.2.4	Hepatitis C Diagnose und aktuelle Infektion	41
4.2.5	Aktuelle Hepatitis B Infektion	41
5	Sex, Schutz- und Risikoverhalten	42
5.1	Erster und letzter Sex mit Männern	42
5.1.1	Erster Sex und erster Analverkehr mit einem Mann	42
5.1.2	Letzter Sex und letzter Analverkehr mit einem Mann	43
5.2	Sex mit festen und nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten	43
5.2.1	Sex mit (dem) festen Partner(n)	43
5.2.2	Sex mit nicht-festen Partnern	45
5.3	Kondomgebrauch mit nicht-festen Partnern	46
5.3.1	Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern	46
5.3.2	Analverkehr ohne Kondom mit HIV-positiven nicht-festen Partnern	48
5.3.3	Analverkehr ohne Kondom mit HIV-negativen nicht-festen Partnern	49
5.3.4	Analverkehr ohne Kondom mit nicht-festen Partnern mit unbekanntem HIV-Status	50
5.4	Sex mit Frauen	51
5.4.1	Letzter Sex mit einer Frau	51
5.4.2	Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den letzten 12 Monaten	51
5.4.3	Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen	52
5.5	Konsum von Alkohol, Tabak und stimulierenden Substanzen	52
5.5.1	Letzter Konsum nach Substanzen	52
5.5.2	Injektion von Steroiden und stimulierenden Substanzen	55
5.6	Kombinieren von Sex und stimulierenden Substanzen	56
5.6.1	Sex unter dem Einfluss von Alkohol oder stimulierenden Substanzen in den letzten 12 Monaten	56
5.6.2	Letzter Sex nüchtern, Chemsex und Gruppensex unter stimulierenden Substanzen	56
5.6.3	Ort des letzten Gruppensexes unter stimulierenden Substanzen	58
5.6.4	Dauer der Kombination von Gruppensex mit Konsum von stimulierenden Substanzen	58
5.7	Nutzung der Post-Expositionsprophylaxe (PEP)	59
5.8	Nutzung der Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)	59
5.9	HIV-Therapie	60
5.9.1	Anzahl Befragte in HIV-Therapie	60

5.9.2	Zeit zwischen Diagnose und Therapie	61
5.10	Impfung gegen Hepatitis A und B	61
6	Schutzbezogene Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen	63
6.1	In Bezug auf Gesundheitsverhalten allgemein	63
6.1.1	Wahrgenommene soziale Unterstützung	63
6.1.2	Internalisierte Homonegativität	64
6.1.3	Erfahrungen mit homophoben Einschüchterungen und Gewalt	65
6.2	In Bezug auf Sexualverhalten	66
6.2.1	Selbstwirksamkeit	66
6.2.2	Verfügbarkeit von Kondomen während des Sex	67
6.2.3	Wissen zur Übertragung von HIV und anderen STI	68
6.3	Sorgen über den eigenen Drogenkonsum	69
6.4	Kenntnis, Wissen und Zugang zu PEP	69
6.4.1	Kenntnis von PEP	69
6.4.2	Wissen zu PEP	71
6.4.3	Zugang zu PEP	71
6.5	Kenntnis und Wissen über PrEP und Absicht zur Einnahme der PrEP	71
6.5.1	Kenntnis von PrEP	71
6.5.2	Wissen zu PrEP	72
6.5.3	Absicht PrEP einzunehmen	73
6.6	Wissen und Kenntnis zu HIV	74
6.6.1	Wissen zu HIV, HIV-Test und Therapie	74
6.6.2	Kenntnis des eigenen HIV-Status	75
6.6.3	Kenntnis von HIV-Testangeboten	75
6.6.4	Begründung keine ART oder gestoppt	75
6.7	In Bezug auf virale Hepatitis Impfung	75
6.7.1	Wissen zu Hepatitis	75
6.7.2	Kennen von Angeboten zur Hepatitis A und B Impfung	76
7	Präventionsmassnahmen und Beratungsangebote	77
7.1	Bezug von Kondomen	77
7.2	Unterstützungs- und Beratungsangebote hinsichtlich Drogen- und Alkoholkonsum	78
7.3	PrEP Angebote	79
7.3.1	Gespräche über PrEP	79
7.3.2	Ärztliche Verschreibungen und Beratung vor der Nutzung der PrEP	79
7.3.3	Bezug der PrEP	79
7.4	Vermittlung von Informationen zu HIV/STI	80

7.5	HIV-Test Angebote	81
7.5.1	Anbieter von HIV-Tests und Ort der Diagnosestellung	81
7.5.2	Inanspruchnahme von HIV-Testangeboten	81
7.5.3	Zufriedenheit mit Unterstützung und Information	83
7.5.4	Verlaufskontrolle der HIV-Infektion	84
7.6	Angebot einer Hepatitis-Impfung	84
7.7	STI-Testangebote	86
7.7.1	Inanspruchnahme von STI-Testangeboten	86
7.7.2	Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter	87
7.7.3	Umfang des STI-Screenings	87
7.8	Information der Sexpartner über Syphilis- und Gonorrhoe-Diagnosen	88
8	Eine Momentaufnahme des letztmaligen Sex mit nicht-festen Partnern	89
8.1	Anzahl nicht-feste Partner und Häufigkeit des Sexualkontakts	89
8.2	Ort des Kennenlernens und Sexorte	89
8.3	Kommunikation über HIV und PrEP	91
8.4	Sexuelle Praktiken	94
8.5	Konsum von stimulierenden Substanzen beim letzten Sex	97
8.6	Bewertung des Sex	98
9	Schlussfolgerungen	99
10	Literaturverzeichnis	103

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschlechtsidentität	21
Tabelle 2: Zugewiesenes Geschlecht bei Geburt	21
Tabelle 3: Sexuelle Anziehung	21
Tabelle 4: Coming-out	22
Tabelle 5: Geburtsländer nach EMIS-2017- und WHO-Regionen	25
Tabelle 6: Erwerbssituation	27
Tabelle 7: Beschreibung der Beziehung	28
Tabelle 8: Dauer der festen Beziehung	29
Tabelle 9: Mutmasslicher HIV-Status des_der festen Partner_in	30
Tabelle 10: HIV-Status der Befragten und ihres festen Partners	30
Tabelle 11: HIV-Status der Befragten und ihrer festen Partnerin	31
Tabelle 12: HIV-Status der Befragten und der non-binären Person in Partnerschaft	31
Tabelle 13 : Übersicht der Variablen für die Gruppenvergleiche und Zusammenhangstests	34
Tabelle 14: Jahr der ersten HIV-Diagnose	39
Tabelle 15: Letzte Diagnose von Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	40
Tabelle 16: Erste Diagnose Anal- oder Genitalwarzen (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	40
Tabelle 17: Erste Diagnose Hepatitis C (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	41
Tabelle 18: Letzter Sex und letzter Analverkehr mit einem Mann (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	43
Tabelle 19: Männer ohne HIV-Diagnose: Anzahl feste männliche Partner, mit denen die Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten	44
Tabelle 20: Männer mit HIV-Diagnose: Anzahl feste männliche Partner, mit denen die Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten	44
Tabelle 21: Männer ohne HIV-Diagnose: Anzahl nicht-feste Partner, mit denen die Antwortenden in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten	45
Tabelle 22: Männer mit HIV-Diagnose: Anzahl nicht-feste Partner, mit denen die Antwortenden in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten	46
Tabelle 23: Angaben zur Viruslast der HIV-positiven nicht-festen Partner beim Analverkehr ohne Kondom	49
Tabelle 24: Angaben zur PrEP Nutzung der HIV-negativen nicht-festen Partner beim Analverkehr ohne Kondom	50
Tabelle 25: Letzter Sex mit einer Frau (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	51
Tabelle 26: Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den letzten 12 Monaten	51
Tabelle 27: Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung	52
Tabelle 28: Konsum von Alkohol, Tabak, Beruhigungsmittel, Potenzmittel und stimulierenden Substanzen (kumulierte Prozente)	53
Tabelle 29: Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder stimulierenden Substanzen	56
Tabelle 30: Letzter Sex nüchtern (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	57

Tabelle 31: Konsum von stimulierenden Substanzen für längeren oder intensiveren Sex (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	57
Tabelle 32: Konsum von stimulierenden Substanzen im Rahmen von Gruppensex (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	58
Tabelle 33: Dauer der Kombination von Gruppensex mit Konsum von stimulierenden Substanzen	59
Tabelle 34: Prä-Expositionsprophylaxe bei Befragten ohne HIV-Diagnose	60
Tabelle 35: Zeit zwischen Diagnose und Therapie	61
Tabelle 36: Impfung Hepatitis A und Hepatitis B	62
Tabelle 37: Erfahrungen von Bedrohung, Beleidigung und physischer Gewalt (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	66
Tabelle 38: Analverkehr ohne Kondom, da nicht zur Hand (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	67
Tabelle 39: Wissen zur Übertragung von HIV	68
Tabelle 40: Wissen zur Übertragung von anderen STI	68
Tabelle 41: Sorgen bezüglich Drogenkonsum	69
Tabelle 42: Wissen zu PEP	71
Tabelle 43: Wissen zu PrEP	73
Tabelle 44: Wahrscheinlichkeit die PrEP einzunehmen	73
Tabelle 45: Wissen zu HIV und HIV-Test	74
Tabelle 46: Wissen zu HIV-Therapie	74
Tabelle 47: Wissen zu Hepatitis	76
Tabelle 48: Bezug von Kondomen in den 12 Monaten vor der Befragung	77
Tabelle 49: Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten hinsichtlich Drogenkonsum (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	78
Tabelle 50: Bezug der PrEP	80
Tabelle 51: Vermittlung von Informationen zu HIV/STI (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	80
Tabelle 52: Ort der HIV-Diagnose / des letzten HIV-Tests	81
Tabelle 53: Zeitpunkt des letzten HIV-Tests von Männern ohne HIV-Diagnose (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	82
Tabelle 54: Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen	84
Tabelle 55: Zeitpunkt der letzten Verlaufskontrolle der HIV-Infektion (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	84
Tabelle 56: Zeitpunkt des letzten Tests / Untersuchs auf andere STI (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)	86
Tabelle 57: Art der Untersuchung auf STI	87
Tabelle 58: Information der Sexpartner über Syphilis- und Gonorrhoe-Diagnosen	88
Tabelle 59: Ort des Kennenlernens der nicht-festen Partner des letzten Sexkontakts	90
Tabelle 60: Orte des letzten Sex mit nicht-festen Partnern	91
Tabelle 61: Information über den eigenen HIV-Status beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern	91
Tabelle 62: Wissen über HIV-Status der nicht-festen Partner	92
Tabelle 63: Kommunikation über PrEP vor dem oder beim Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung	93
Tabelle 64: Kommunikation der Männer mit HIV-Diagnose über Virenlast vor dem oder beim Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung	93
Tabelle 65: Analverkehr beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern	94
Tabelle 66: Kondomnutzung der nicht-festen Partner in der insertiven Position	94

Tabelle 67: Rektale Ejakulation der nicht-festen Partner in der insertiven Position	95
Tabelle 68: Kondomnutzung beim insertiven Analsex mit nicht-festen Partnern	95
Tabelle 69: Rektale Ejakulation beim insertiven Analsex mit nicht-festen Partnern	95
Tabelle 70: Art der Sexpraktiken beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern	96
Tabelle 71: Konsum von Substanzen vor oder während des letzten Sexkontakts mit nicht-festen Partnern	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Zustimmung zur Aussage, «Schwule und Lesben sollten ihr Leben nach eigenen Vorstellungen leben können» von 2002 bis 2016 bei Befragten aus der Schweiz im Vergleich mit dem Durchschnitt der Befragten der 15 Länder, die an allen Ausgaben teilgenommen haben (BE, FI, F, D, HU, IRL, NL, NW, PL, PT, SL, E, SW, CH, UK).	15
Abbildung 2: Zugang zum Fragebogen EMIS-2017 der Teilnehmer aus der Schweiz (N=3066)	18
Abbildung 3: Alter der Befragten (N=3066)	23
Abbildung 4: Grossregionen der Schweiz (NUTS-2) (N=2816)	24
Abbildung 5: Teilnehmer nach Grösse des Wohnortes (N=3040)	24
Abbildung 6: Migrationsgrund (N=805), Mehrfachnennungen	26
Abbildung 7: Teilnehmer nach Ausbildung in Jahren seit dem 16. Lebensjahr (N=2866)	26
Abbildung 8: Beurteilung der Einkommenssituation (N=3056)	27
Abbildung 9: Beziehungsstatus (N=3060)	28
Abbildung 10: Häufigkeit des Kaufs von Sex in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen (N=511)	32
Abbildung 11: Häufigkeit des Verkaufs von Sex in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen (N=113)	33
Abbildung 12: Skala Angst- und depressive Störungen (N=3021)	37
Abbildung 13: Suizidgedanken und Imagination von selbstverletzendem Verhalten (N=3057)	37
Abbildung 14: Sexuelle Zufriedenheit (N=3008)	38
Abbildung 15: Alter beim ersten Sex mit einem Mann und beim ersten Analverkehr mit einem Mann	42
Abbildung 16: Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Männer mit und ohne HIV-Diagnose	47
Abbildung 17: Einnahme der PrEP und Häufigkeit des Kondomgebrauchs der Männer ohne HIV-Diagnose beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern (N=1685)	48
Abbildung 18: Anzahl MSM und Art der gespritzten Droge(n) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (N=36, Mehrfachnennungen)	55
Abbildung 19: Selbstwirksamkeit	67
Abbildung 20: Kenntnis der PEP bei den Männern ohne HIV-Diagnose nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz (n=1750)	70
Abbildung 21: Kenntnis der PrEP bei den Männern ohne HIV-Diagnose nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz (N=1685)	72
Abbildung 22: Inanspruchnahme von HIV-Testangeboten nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz	82
Abbildung 23: Letzter HIV-Test in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz	83
Abbildung 24: Anteil an Männern, denen jemals eine Hepatitis-Impfung angeboten wurde, nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz	85
Abbildung 25: Letzter STI-Test in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz	86
Abbildung 26: Bewertung des letzten Sexkontakts mit nicht-festen Partner(n)	98

Management Summary

Im Jahr 2017 zählte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 445 HIV-Neudiagnosen in der Schweiz. Rund 42% dieser Fälle betrafen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Bei Gonorrhoe-Diagnosen mit bekanntem Ansteckungsweg vom Jahr 2017 betrug der Anteil MSM 39%. Von den bestätigten Syphilis-Diagnosen mit bekanntem Ansteckungsweg im Jahr 2016 betrafen 60% MSM. Diese Zahlen zeigen, dass HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) bei MSM nach wie vor eine Herausforderung für die Praxis und die Wissenschaft sind.

Dem BAG wie auch den nichtstaatlichen Organisationen, die in der Prävention von HIV/STI tätig sind, soll der vorliegende Länderbericht zur Schweiz eine Grundlage für die Planung und Umsetzung der HIV/STI-Präventionsarbeit in der Schweiz bieten. Die Daten für den Länderbericht für die Schweiz basieren auf dem im Jahr 2017 durch die Forschungsgruppe SIGMA Research an der London School of Hygiene and Tropical Medicine in 50 Ländern durchgeführten European MSM Internet Survey (EMIS-2017). Insgesamt nahmen 137'358 MSM an dieser Online-Befragung teil.

Der vorliegende Länderbericht für die Schweiz beschreibt das Schutz- und Risikoverhalten von MSM, ihre Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen sowie die Inanspruchnahme von Präventions- und Beratungsangeboten. Die Analyse der Daten erfolgte mittels Verfahren der deskriptiven Statistik. Gestützt auf die von den Stakeholdern eingebrachten Bedarfe wurden ausgewählte Themen auf Unterschiede nach Alter, Bildung, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit, Grösse des Wohnortes, Coming-out und Beziehungsstatus geprüft. Der Länderbericht für die Schweiz basiert auf den Angaben von 3066 MSM. Das mittlere Alter der Befragten liegt bei 41 Jahren. Knapp 19% waren zum Zeitpunkt der Befragung in Zürich wohnhaft und je 5% lebten in Genf, Bern, Basel und Lausanne. Rund 62% waren ausserhalb dieser Städte wohnhaft. Rund 90% sind erwerbstätig und knapp 64% bezeichnen ihre finanzielle Situation als komfortabel bis sehr komfortabel. Mehr als drei Viertel (78.7%) definieren sich als schwul oder homosexuell, 14.9% als bisexuell und 0.7% als heterosexuell. Knapp 69% haben ihre sexuelle Orientierung gegenüber Dritten weitgehend offengelegt. Jeweils rund 47% sind in einer festen Beziehung bzw. Singles.

Unter den Befragten sind knapp 11% Männer mit einer HIV-Diagnose. 95% davon sind unter ART und bei 98% dieser MSM ist die Virenlast supprimiert. 98% hatten ihre letzte Verlaufskontrolle in den letzten sechs Monaten vor der Befragung. Rund 75% der Männer ohne HIV-Diagnose und rund 88% der Männer mit HIV-Diagnose hatten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Sex mit einem nicht-festen Partner. 52% der Männer ohne HIV-Diagnose und ca. 8% der Männer mit HIV-Diagnose nutzten beim Analverkehr mit diesen nicht-festen Partnern immer Kondome. Unter den Männern ohne HIV-Diagnose praktizierten 18% analsex ohne Kondom mit einem HIV-positiven Partner. Bei 76% dieser Partner war die Virenlast supprimiert. 4% der Männer ohne HIV-Diagnose nutzen zur Zeit der Befragung die Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) zur Vermeidung einer HIV-Infektion. Rund 8% der PrEP-Nutzer verwendeten beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern immer auch Kondome. Rund 7% der Männer ohne HIV-Diagnose berichteten, mindestens einmal mit einer Post-Expositionsprophylaxe (PEP) behandelt worden zu sein.

Bei 59% der Männer ohne HIV-Diagnose erfolgte der letzte HIV-Test in den 12 Monaten vor der Befragung und 50% liessen sich im selben Zeitraum mindestens einmal auf andere STI testen, allerdings war nur in 38% der Fälle ein vollständiger STI-Test durchgeführt worden. Jeweils rund 6% wurden in den letzten 12 Monaten positiv auf Gonorrhoe bzw. Chlamydien getestet und bei 4% wurde eine Syphilis diagnostiziert. Unter den befragten Männern sind 13%, die sich noch nie auf HIV haben testen lassen. Von diesen gaben lediglich 12% an, dass ihnen jemals ein HIV-Test seitens Gesundheitsversorgenden angeboten wurde. Die

grosse Mehrheit der Befragten (88%) war mit der Unterstützung und der Information, die sie bei ihrem letzten HIV-Test erhalten haben, zufrieden bis sehr zufrieden.

Mit Blick auf den letzten Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung zeigt sich, dass 62% diese Partner über eine Smartphone-App oder im Internet kennengelernt haben. Bei den 313 Männern, die ihren letzten Sex mit zwei oder mehr nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten hatten, wurden zudem auch häufig Orte wie eine Schwulensauna (30.4%), der Darkroom, ein schwulen Sex-Club oder eine öffentliche schwulen Sex-Party als Ort des Kennenlernens (22.4%) genannt. Mehrheitlich fand dort auch der Sex statt. Bei Männern, die ihren letzten Sex mit nur einem nicht-festen Partner hatten, fand der Sex vorwiegend bei ihnen (36%) oder beim nicht-festen Partner zu Hause (35%) statt. Rund 74% praktizierten beim letzten Sex mit den nicht-festen Partnern Analverkehr, Männer mit zwei und mehr nicht-festen Partnern etwas häufiger (79%) als diejenigen mit nur einem nicht-festen Partner (68%). Dabei verwendeten 60% der MSM beim insertiven Analsex mit dem nicht-festen Partner konsequent Kondome. Beim letzten Sex mit zwei und mehr nicht-festen Partnern benutzten 41% der Männer die ganze Zeit über ein Kondom. 52% der MSM, die den letzten Sex mit einem nicht-festen Partner hatten, waren dabei nüchtern gewesen. Bei den MSM, die mit zwei und mehr nicht-festen Partnern den letzten Sex hatten, waren es knapp 29%. Beim letzten Sex mit einem nicht-festen Partner praktizierten zwischen 0.4% und 2% der Befragten die unter dem Begriff Chemsex bekannte Kombination von Sex mit dem Konsum von stimulierenden Substanzen wie Crystal Meth, Mephedron, GHB/GBL oder Ketamin. Beim letzten Sex mit zwei oder mehr nicht-festen Partnern praktizierten 1.3% und 8.9% der Befragten Chemsex.

Die Zufriedenheit bezüglich dieses letzten Sex fällt mit einem Mittelwert von 6.79 (SD=1.94) auf einer Skala 1 bis 10 beim Sex mit einem nicht-festen Partner bzw. 7.13 (SD=1.88) beim Sex mit zwei und mehr nicht-festen Partnern eher positiv aus. Auch im Allgemeinen sind die befragten MSM mit ihrer Sexualität zufrieden (M=6.44, SD=2.17). Bei den Befragten zeigten sich eher selten starke und moderate Anzeichen von Angststörungen und Depressionen (11.6%), jedoch konnten bei 29.2% milde Anzeichen dieser Störungen festgestellt werden. Auch fühlten sich 16.3% in den zwei Wochen vor der Befragung durch Suizidgedanken oder Gedanken, sich Leid zufügen zu wollen, beeinträchtigt. Die MSM schätzten jedoch ihre soziale Unterstützung als relativ hoch ein (27.64, SD=4.34, Min=8; Max=32) und die internalisierte Homonegativität fällt mit einem Mittelwert von 1.20 (SD=1.13) auf einer Skala von 0 bis 6 sehr gering aus. Relativ häufig erwähnt wurden hingegen Erfahrungen mit homophoben Einschüchterungen, Beleidigungen und Gewalt. Beinahe 55% der MSM wurde bereits einmal in ihrem Leben auf Grund der Annahme, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen angestarrt, bedroht oder beleidigt und 13% wurden auch schon deswegen geschlagen oder getreten.

Die Analyse auf Unterschiede und Zusammenhänge hat gezeigt, dass insbesondere dem Coming-out eine wichtige Bedeutung zukommt. Weitgehend geoutete MSM stehen zu ihrer Sexualität und Lebensweise. Dies scheint sich positiv auf den Umgang und die Auseinandersetzung mit HIV/STI Risiken sowie die Inanspruchnahme von Angeboten der HIV/STI-Prävention und Beratung auszuwirken.

1 Einleitung

1.1 Epidemiologie und Prävention bei MSM in der Schweiz

Im Jahr 2017 meldete das BAG 445 neu-diagnostizierte HIV-Infektionen. Dies entspricht einer Abnahme um 16 % gegenüber dem Vorjahr (Bundesamt für Gesundheit, 2018c). Männer, die Sex mit Männern haben, sind seit Beginn der Epidemie überproportional von HIV betroffen. Gemäss den Angaben in den Ergänzungsmeldungen betrafen 2017 rund 42% der neu diagnostizierten HIV-Infektionen MSM. Bei 52% dieser Fälle handelte es sich um eine so genannt «frische Infektion», d.h. eine Infektion, bei der aufgrund der Laborbefunde davon ausgegangen wird, dass sie sich im Zeitraum der letzten 12 Monaten ereignet hat (Bundesamt für Gesundheit, 2018c). Der Bund interpretiert diesen hohen Anteil an frischen Infektionen als Ausdruck davon, dass sich MSM häufiger testen lassen und die Infektionen früher entdeckt werden als bei anderen Bevölkerungsgruppen ((Bundesamt für Gesundheit, 2018c, p. 16). Die Interpretation aus dem Jahr 2008, wonach der hohe Anteil von frischen Infektionen darauf hindeuten, dass die Epidemie unter MSM immer noch nicht aufgehalten werden konnte (Bundesamt für Gesundheit, 2008), dürfte aber nach wie vor Gültigkeit haben.

Gleichzeitig zur anhaltenden Betroffenheit von HIV wird in der Schweiz eine seit Jahren steigende Anzahl von Diagnosen von Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose deutlich. Von Syphilis und seit neuerem auch Gonorrhoe sind MSM wiederum disproportional stark betroffen. 2017 wurden rund 60% der Infektionen mit Syphilis und rund 39% der Fälle von Gonorrhoe bei MSM diagnostiziert (Bundesamt für Gesundheit, 2018c). Dieser Anstieg kann teilweise auf vermehrtes Testen zurückgeführt werden.

Aktuell bildet, das «Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017» (NPHS), das vom Bundesamt für Gesundheit gemeinsam mit den Stakeholdern partizipativ ausformuliert wurde (Bundesamt für Gesundheit, 2010) den Rahmen für die HIV/STI-Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen STI in der Schweiz. Basierend auf den rechtlichen Grundlagen des Epidemiengesetzes, definiert das NPHS die nationale Strategie, die Akteure und Massnahmen sowie die Zielgruppen der HIV/STI-Prävention. Darin stellen MSM eine bedeutsame Zielgruppe innerhalb der Interventionsachse 2 dar. Der Bundesrat hat das NPHS 2017 um vier Jahre bis 2021 verlängert. Das BAG hat 2018 mit internen Vorarbeiten den Prozess für die Erarbeitung eines Folgeprogramms gestartet (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

Die wichtigste Trägerin der HIV/STI-Prävention mit und für MSM ist die Aids-Hilfe Schweiz mit ihren regionalen Aids-Hilfen. Die Prävention von HIV und anderen STI bei MSM ist eine Herausforderung geblieben. Die Aids-Hilfen waren es denn auch, die «Checkpoints» als Kliniken für Schwule Gesundheit in der Schweiz lancierten und dieses weit über die HIV-Prävention hinausgehende Angebot an MSM etablierten.

Seit dem Beginn der Präventionsarbeit 1986 liess der Bund seine Anstrengungen evaluieren. Dies führte zu einer langjährigen wissenschaftlichen Begleitung der HIV-Prävention in der Schweiz. Die Verantwortung dafür lag bei der Unité d'évaluation de programmes de prévention am Institut universitaire de médecine sociale et préventive der Universität Lausanne. Diese Arbeiten generierten in regelmässigen Abständen Informationen über relevante Grössen für die HIV-Prävention, wie zunächst z.B. das Wissen über HIV. Insbesondere entstand eine Reihe von Studien zu MSM. Diese Untersuchungen, die unter dem zur Marke gewordenen Label «gay survey» entstanden, vermittelten einen Einblick in die sexuellen Praktiken von MSM in der Schweiz, in ihr Schutz- und Risikoverhalten und anderes mehr. Die entsprechenden Berichte bildeten eine vielfach konsultierte Grundlage für die Dis-

kussion um die HIV-Prävention in der Schweiz. Dem jüngsten Bericht lässt sich beispielsweise entnehmen, dass der Anteil jener Antwortenden, die beim analsex mit einem Gelegenheitspartner nie oder nur manchmal ein Kondom nutzen, von 16.1% im Jahr 1992 auf 30.4% im Jahr 2014 angestiegen ist. Diese Berichte zeigen aber auch, welche Palette von Risikoreduktionsstrategien die Befragten nutzen (Lociciro & Bize, 2015).

Die Länderberichte für die Schweiz auf der Basis von EMIS-2010 und der vorliegende Bericht auf Basis von EMIS-2017 reihen sich in der Schweiz in diese Tradition von HIV-bezogenen Befragungen von MSM ein.

1.2 Entwicklungsschritte hin zur Gleichberechtigung homosexueller Menschen in der Schweiz

Die Lebenslage von sexuellen Minderheiten in der Schweiz, insbesondere von Schwulen, Lesben und bisexuellen Frauen und Männern, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Die Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Lebensweisen ist gestiegen. Es besteht jedoch noch nicht die volle Gleichberechtigung. Diese Bewegung kann anhand von Meilensteinen nachgezeichnet werden. Im Rahmen der Ausarbeitung des ersten (gesamt)schweizerischen Strafgesetzbuches (Verabschiedung 1927, Inkrafttreten 1942) wurde gleichgeschlechtlicher Sex – ganz entgegen dem Trend in den europäischen Nachbarländern – entkriminalisiert. Mit einem grossen zeitlichen Abstand folgte die Angleichung des Schutzalters von homo- und heterosexuellen Paaren. Im Rahmen der Revision der 1999 mit Volksmehr beschlossenen Bundesverfassung wurde in Art. 8 erstmals ein Diskriminierungsverbot «wegen der Lebensform» formuliert, womit die sexuelle Orientierung umschrieben wurde. Diese Bestimmung harrt jedoch der Konkretisierung in einer Anti-Diskriminierungsgesetzgebung, die ungerechtfertigte Ungleichbehandlung infolge der sexuellen Orientierung justiziabel machen würde. Der Diskriminierungsschutz von Schwulen, Lesben und bisexuellen Menschen ist deshalb immer noch schwach und hinkt der Rechtsentwicklung in anderen europäischen Ländern hinterher. Gewalt gegen Schwule, Lesben und bisexuelle Menschen, die sie aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erfahren, wird nicht erfasst, obwohl aktuelle Ereignisse bekannt sind. Ein weiterer Meilenstein hin zur Gleichberechtigung war das deutliche Volksmehr für das Partnerschaftsgesetz (Inkrafttreten 2007). Der neue Zivilstand eröffnete gleichgeschlechtlichen Paaren eine weitgehende rechtliche Absicherung, blieb aber in einer Reihe von Punkten hinter einer Ehe, die aktuell unter dem Schlagwort «Ehe für alle» immer noch in der politischen Diskussion ist, zurück. Die Adoption von Stiefkindern wurde 2018 möglich. Nach verbrieften Rechten beurteilt, liegt die Schweiz im internationalen Vergleich in der Gleichstellung deutlich hinter ihren europäischen Nachbarstaaten zurück. In der Einschätzung von ILGA Europe, der Europäischen Region der International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, findet sich die Schweiz auf dem 27. Platz (ILGA-Europe, 2019).

In der Lebenswelt von Schwulen und Lesben sind nebst den rechtlichen Regelungen aber insbesondere auch die Einstellungen ihrer Interaktionspartner im Alltag relevant. Betrachtet man die Einstellungen zu Schwulen und Lesben, so ausschnitthaft sie in bestehenden Untersuchungen auch fassbar wird, relativiert sich dieses rückständige Bild zur Lebenslage zur Schweiz etwas. Der European Social Survey zeigt, dass die Aussage, «Schwule und Lesben sollten ihr Leben nach eigenen Vorstellungen leben können», bei 87.5% der Befragten aus der Schweiz Zustimmung oder starke Zustimmung erhielt (vgl. Abbildung 1). 7.9% der Antwortenden würden sich schämen, wenn ein enges Familienmitglied schwul oder lesbisch wäre. Allerdings unterstützten nur 46.8% die Vorstellung, dass schwule und lesbische Paare die gleichen Rechte haben sollten, Kinder zu adoptieren, wie heterosexuelle Paare (ESS

Round 8, 2016, Kalkulationen durch FORS erstellt, Daten gewichtet durch Poststratifizierung, inkl. Designgewicht).

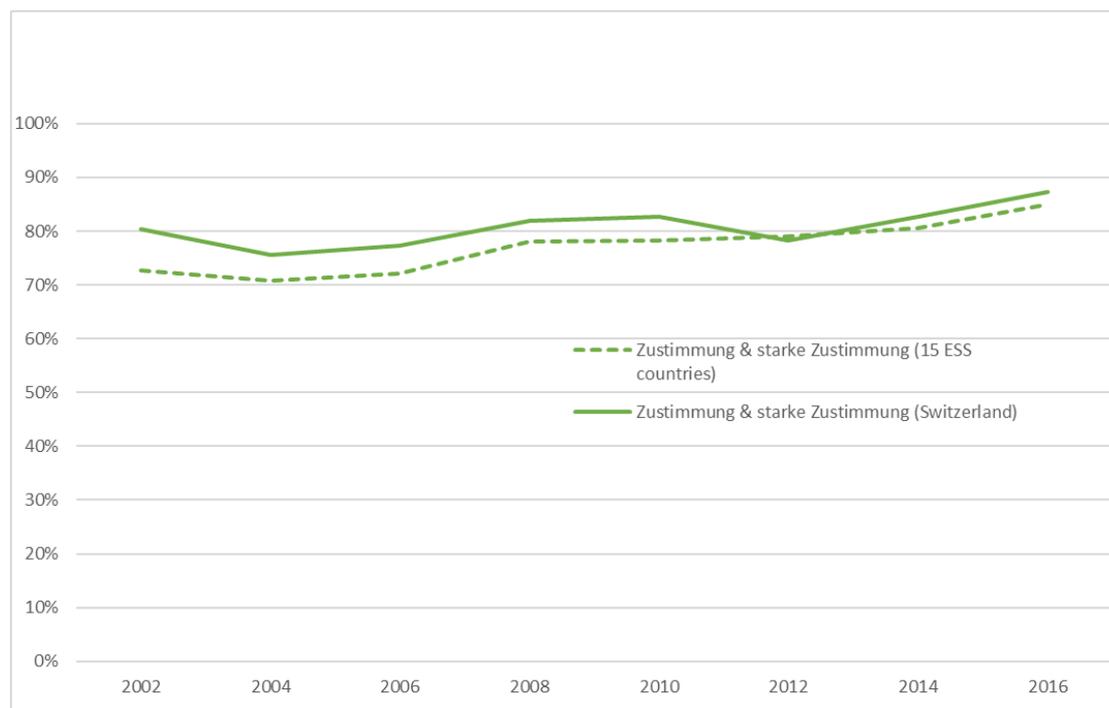


Abbildung 1: Entwicklung der Zustimmung zur Aussage, «Schwule und Lesben sollten ihr Leben nach eigenen Vorstellungen leben können» von 2002 bis 2016 bei Befragten aus der Schweiz im Vergleich mit dem Durchschnitt der Befragten der 15 Länder, die an allen Ausgaben teilgenommen haben (BE, FI, F, D, HU, IRL, NL, NW, PL, PT, SL, E, SW, CH, UK).

(Quelle: European Social Survey Cumulative File ESS 1-8, 2018, Kalkulationen von FORS)

Konfrontiert man das Ranking hinsichtlich der rechtlichen Bestimmungen mit der Einstellung der breiten Bevölkerung zu Schwulen und Lesben zeigen sich in einigen Fällen Diskrepanzen zwischen dem Ranking des rechtlichen Rahmens und dem Niveau der Werte, das von der breiten Bevölkerung mit ihren Haltungen erreicht wird.

Hinsichtlich der mann-männlichen Sexarbeit ist festzuhalten, dass der Verkauf von sexuellen Dienstleistungen von Männern an Männer (wie auch in jeder anderen geschlechtlichen Konstellation) legal ist.

1.3 Ziele und Gegenstand von EMIS-2017

Der European MSM Internet Survey 2017 (EMIS-2017) verfolgte das Ziel, Daten zu erheben, die der Planung und Weiterentwicklung der auf HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten gerichteten Präventions- und Versorgungsangebote für MSM dienen können. Zugleich sollen diese Informationen eine Einschätzung des Fortschritts ermöglichen, der in den verschiedenen Ländern in diesen Hinsichten zu verzeichnen war.

Hierzu versuchte die Befragung, das Ausmass und die Verteilung von HIV-Schutz- und Risikoverhalten zu erfassen und die daraus hervorgehenden Bedarfe an HIV Prävention deutlich werden zu lassen. Weiter zielte sie darauf, das STI-Testverhalten von MSM zu beschreiben, die Durchführung der STI-Tests zu ermitteln und abzuschätzen, wie häufig Diagnosen von STI (inklusive viraler Hepatitis) unter den Befragten sind.

In international vergleichender Hinsicht sollte die Befragung eine Einschätzung des Einflusses unterschiedlicher Politiken, Angebote und kultureller Antworten auf die Entwicklung der

Epidemie erlauben. Hinsichtlich der einzelnen Länder sollte EMIS-2017 Informationen zur Verfügung stellen, die eine Einsicht in das Verhalten von MSM und eine Grundlage für die Steuerung der Programme für diese Zielgruppe bieten soll.

1.4 Rahmen und Leitung EMIS-2017

EMIS-2017 wurde im Rahmen des von der EU finanzierten Projektes "European Surveys and Training to Improve MSM Community Health" (ESTICOM) durchgeführt, das vom Robert Koch-Institut in Berlin koordiniert wird. Die Konzeption und Durchführung von EMIS-2017 erfolgte durch die Forschungsgruppe SIGMA Research an der London School of Hygiene and Tropical Medicine. Die wissenschaftliche Leitung lag bei Axel J. Schmidt und Peter Weatherburn (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

1.5 Verankerung in der Community

EMIS-2017 arbeitete systematisch mit Partnerorganisationen in der Community der einbezogenen Länder zusammen. In jedem Land wurde die Partnerschaft mit einer Organisation eingegangen, die sich an der Entwicklung des Logos der Befragung, der Entwicklung des Befragungsinstruments, der Sicherung der Validität der verschiedenen Sprachversionen des Fragebogens und an der Bekanntmachung und Werbung für die Erhebung beteiligten. Aus der Schweiz beteiligte sich die Aids-Hilfe Schweiz als Partnerorganisation.

1.6 Der Länderbericht für die Schweiz

Der vorliegende Länderbericht fokussiert auf die Schweiz und arbeitet die Daten auf, die von EMIS-2017 zu MSM erhoben wurden, die zum Zeitpunkt der Befragung in der Schweiz wohnhaft waren. Die Analyse der von EMIS-2017 zur Verfügung gestellten Daten und die Darstellung der Ergebnisse berücksichtigten zum einen die Vorgaben der Verantwortlichen für die Gesamtstudie. Ziel war es, mit dem Länderbericht zur Schweiz einen Mosaikstein in das Bild zu legen, das sich aus dem Gesamt der Länderberichte ergeben würde. Zum anderen nahm der Länderbericht in Analyse und Darstellung die Bedarfe und Anregungen auf, die seitens des Bundesamtes für Gesundheit, aber auch anderer Stakeholder im Feld der HIV- und STI-Prävention und Versorgung eingebracht wurden. Hierzu wurden im Verlaufe der Erstellung des Länderberichts Schweiz zwei Workshops durchgeführt, an denen der Informationsbedarf der Stakeholder ermittelt und Rückmeldungen zum Berichtsentwurf eingeholt wurden. Nebst den Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamtes für Gesundheit, Sektion Prävention und Promotion, Marianne Jossen und Simone Eigenmann sowie Steven Derendinger und Matthias Gnädinger als MSM-Verantwortliche, wirkten mit: Andreas Lehner (Aids-Hilfe Schweiz), Florent Jouinot (Aids-Hilfe Schweiz), Florian Vock (Aids-Hilfe Schweiz), Vanessa Christinet (Checkpoint Lausanne), David Corte-Real (Aspasie), Hans Benjamin Hampel (Checkpoint Zürich) und Axel J. Schmidt (EMIS).

Die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW wurde 2018 vom BAG mit der Erarbeitung des Länderberichtes beauftragt.

2 Methodisches Vorgehen

EMIS-2017 war als Querschnittsuntersuchung angelegt. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines anonymen selbstauszufüllenden Online-Fragebogens. Die Erhebung dauerte vom 18. Oktober 2017 bis Ende Januar 2018.

2.1 Einschlusskriterien

Die Befragung richtete sich an Männer, die Sex mit Männern haben. Einbezogen wurden MSM in 50 Ländern. Dazu gehörten die Länder der EU und der EFTA, EU Kandidatenländer, die östlichen und südlichen Länder der Europäischen Nachbarschaftspolitik sowie Russland, Kanada und die Philippinen. Die Kleinstaaten Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino und der Vatikanstaat wurden ihren Nachbarstaaten bzw. den sie umgebenden Ländern zugeschlagen.

Die Einschlusskriterien für Antwortende lauteten konkret: sie identifizierten sich als Mann oder Transmann, fühlten sich von Männern sexuell angezogen bzw. hatten Sex mit Männern und lebten in einem der 50 spezifizierten Länder. Um in die Datenanalyse einzugehen, mussten die Teilnehmer zudem angeben, dass sie das Ziel der Befragung verstanden hatten und das in ihrem Land geltende Schutzalter für gleichgeschlechtlichen Sex erreicht hatten.

2.2 Entwicklung des Fragebogens

Die Entwicklung des Erhebungsinstruments von EMIS-2017 baute auf dem Instrument von EMIS-2010 auf. Für die Aktualisierung und Erweiterung wurden die Erfahrungen in der Untersuchung von 2010 berücksichtigt und die Erkenntnisse einer systematischen Übersicht zu Themen wie HIV und STI Prävalenz, Schutz- und Risikoverhalten von MSM und rechtliche, strukturelle, anbieterbezogene und individuelle Hinderungsfaktoren einer effektiven Implementierung von Präventions-, Diagnose- und Behandlungsangeboten für MSM einbezogen. Zudem wurden weitere für die Befragung von MSM entwickelte Befragungsinstrumente gesichtet, die seit EMIS-2010 eingesetzt worden waren. Der Fragebogen wurde bewusst um Fragen zu Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und dem so genannten «Chemsex» erweitert. In drei Konsultationen, an denen sich insbesondere die Partnerorganisationen, aber auch überstaatliche Organisationen beteiligten, wurde der Fragebogen zur Einsatzreife entwickelt und in 33 Sprachen übersetzt. In kleinen Pretests wurde das Erhebungsinstrument auf Verstehbarkeit und Handhabung geprüft und die für das Ausfüllen notwendige Zeit ermittelt.

Der Fragebogen umfasste fünf thematische Abschnitte:

- a) Soziodemografische Angaben
- b) Informationen zur physischen und psychischen Gesundheit
- c) Verhalten (konkret: HIV-Schutz- und Risikoverhalten, (injizierendem) Drogenkonsum, Chemsex, PEP und PrEP, HIV Test und Behandlung, Hepatitis Impfung, Offenlegung einer diagnostizierten Syphilis oder Gonorrhoe)
- d) Bedarfe im Sinne von schutzbezogenen Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen
- e) Präventionsmassnahmen und Beratungsangebote.

2.3 Rekrutierung

Die Ansprache von MSM erfolgte über:

- Homepages mit HIV-bezogenen und an LGBT gerichteten Inhalten von nationalen und transnationalen kommerziellen Anbietern wie auch Nicht-Regierungsorganisationen («buttons» und «banners»)
- soziale Medien (wie Facebook, Twitter und Instagram)
- Dating Plattformen und Applikationen. Zu letzteren zählten u.a. PlanetRomeo, Grindr, Hornet, Quiser, RECON, Scruff, Gaydar, Manhunt/Jack'd, GROWLr and Bluesystem.

2.4 Teilnehmer von EMIS-2017 und Teilnehmer aus der Schweiz

EMIS-2017 konnte in den 50 Ländern total 144'259 Teilnehmer zählen. Davon qualifizierten sich 137'358 Fälle für den Einschluss und gingen in die Analysen ein.

Aus der Schweiz hatten 3383 MSM teilgenommen. Im Anschluss an eine Analyse von sich widersprechenden Angaben wurden 313 Antwortende von der Analyse ausgeschlossen. Unter den verbleibenden Teilnehmer fanden sich 4 aus Liechtenstein. Diese wurden von den Analysen für die Schweiz ausgeschlossen. Der Länderbericht für die Schweiz basiert damit auf den Angaben von 3066 MSM, die zum Zeitpunkt der Befragung in der Schweiz lebten.

Die Teilnehmer aus der Schweiz gelangten über verschiedene Kanäle zur Befragung. Im Vordergrund stand mit Abstand der Zugang via PlanetRomeo (vgl. Abbildung 2).

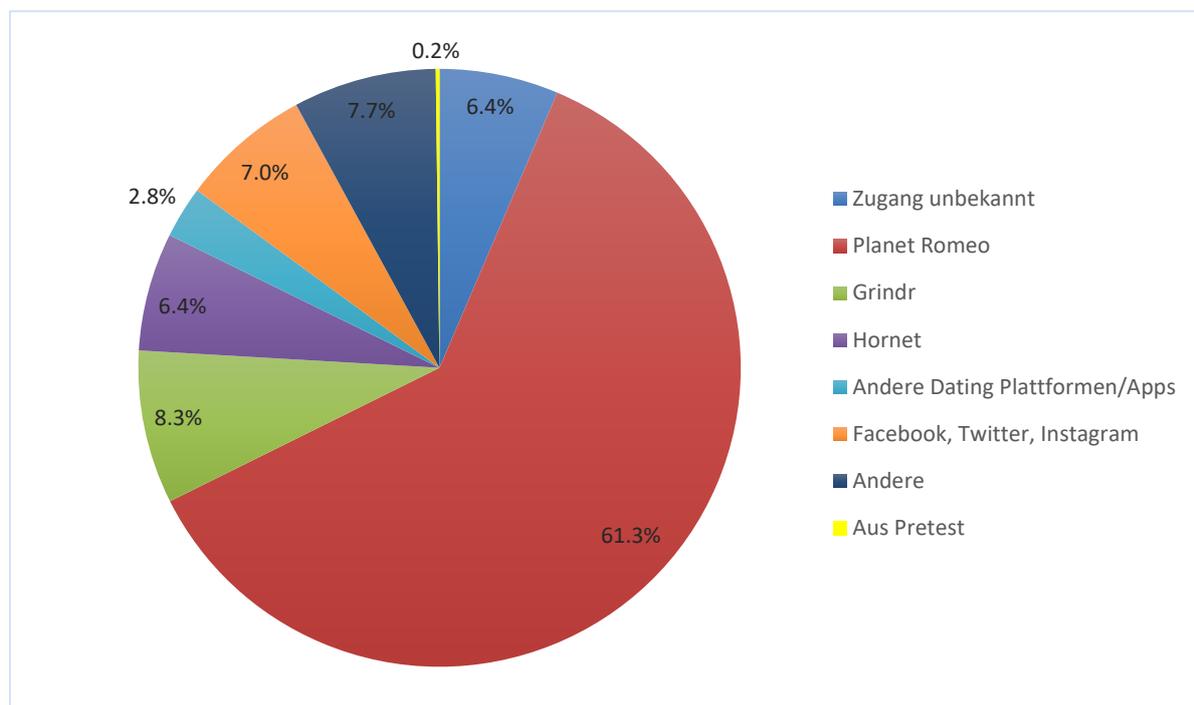


Abbildung 2: Zugang zum Fragebogen EMIS-2017 der Teilnehmer aus der Schweiz (N=3066)

2.4.1 Genutzte Sprachversionen des Fragebogens

Der Fragebogen stand in 33 Sprachen zur Verfügung. Auf den Dating-Plattformen und Applikationen, die von den Teilnehmern aus der Schweiz am meisten genutzt wurden (PlanetRomeo, Grindr und Hornet), waren alle Sprachversionen verfügbar.

Mit Blick auf den Länderbericht zur Schweiz ist deshalb zu beachten, dass die Fragebogen nicht nur in drei Landessprachen (Deutsch n=2034, 66.3%; Französisch n=590, 19.2%; Italienisch n=149, 4.9%), sondern in 20 weiteren Sprachen ausgefüllt wurden (n=293, 9.6%). Damit sind die drei Sprachregionen italienischsprachige Schweiz (8.1%), die Sprachregionen Deutschschweiz (66%) und Romandie (22.7%) repräsentativ abgebildet (EDA, 2017).

2.5 Statistische Analyse

Im Vordergrund stand die Datenanalyse mittels Verfahren beschreibender Statistik. Die einzelnen Variablen wurden hinsichtlich ihrer Häufigkeitsverteilung beschrieben. Die Analyse umfasst die absolute und relative Häufigkeit der Nennungen und charakterisiert die Verteilungen je an das Datenniveau angemessen hinsichtlich Minimum, Maximum, Durchschnitt, Standardabweichung, Median und Quartile.

Skalen wurden auf ihre Reliabilität geprüft (Cronbachs' Alpha). Die entsprechenden Ergebnisse sind in den Kästen mit den methodischen Erläuterungen zu den Skalen im Text vor Ort referiert. Die Skalenwerte wurden gemäss den in der Literatur beschriebenen Verfahren ermittelt. Die Ergebnisse werden im Text in verdichteter Form mittels Mittelwert und Standardabweichung dargestellt.

Je nach Fragestellung wurden die Daten gestützt auf die von den Stakeholdern eingebrachten Bedarfe auf Unterschiede mit Blick auf themenbezogen relevante Variablen wie Serostatus, Coming-out und Beziehungsstatus, aber auch mit Blick auf soziodemografische Variablen wie Alter, Bildung, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit und Grösse des Wohnortes hin analysiert. Je nach Angemessenheit wurden Gruppenvergleiche oder Zusammenhangstests bzw. Assoziationsmasse berechnet. Die Effektstärken werden mit «Cohen's d» zum Ausdruck gebracht. Angesichts der Grösse des Samples wurden nur Effektstärken berücksichtigt, die den Wert |0.20| übersteigen. Um Scheinkorrelationen zu vermeiden, wurden die Zusammenhänge jeweils auf alle genannten themenbezogenen oder soziodemografisch relevanten Variablen hin kontrolliert (lineare oder logistische Regressionsanalyse).

Die Darstellung der Ergebnisse wurde mit Tabellen und Abbildungen illustriert und grafisch zugänglich gemacht.

2.6 Limitationen

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

Mit diesen Stärken gehen punktuell aber auch mögliche Limitationen einher. So besteht eine Kehrseite der Internationalität in der Notwendigkeit, unterschiedliche Sprachversionen erzeugen zu müssen. Auch wenn die Übersetzungen des Fragebogens sorgfältig geprüft wurden, bleibt zu gewärtigen, dass eine bestimmte sprachliche Fassung semantische Differenzen zum Original in Englisch aufweisen kann, die für das Verständnis der Fragen wie auch der Antwortkategorien durch die Teilnehmer von Bedeutung sein können.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass zwischen dem Anliegen der internationalen Vergleichbarkeit und der lokalen Passung von Antwortkategorien ein Spannungsfeld liegen kann. In diesem Länderbericht wird dies z.B. bei der Ermittlung des Bildungshintergrunds der Teilnehmer deutlich. Die Bildung wird mit der Anzahl Jahre in Ausbildung ab dem 16. Lebensjahr operationalisiert. Dies bietet die Möglichkeit des internationalen Vergleichs, verunmöglicht aber eine Bestimmung des Bildungsniveaus der Antwortenden im Rahmen des Schweizerischen Bildungssystems. Abschlüsse auf Sekundarstufe II mit anschliessender Weiterbildung oder Bildungstitel auf Stufe 3b (Höhere Berufsbildung) können nicht von Abschlüssen auf

Stufe 3a (Universitäten, Fachhochschulen, Pädagogische Hochschulen) unterschieden werden.

Weiter ist präsent zu halten, dass die Befragung auf den Angaben der Teilnehmer beruht. Die Angaben können deshalb verzerrt sein. Dabei ist insbesondere an Verzerrungen in der Erinnerung von Zeitspannen und Häufigkeiten zu denken, wie auch an Über- und Unterschätzungen mangels objektiver Massstäbe.

Schliesslich ist die Repräsentativität des Samples nicht mit letzter Bestimmtheit zu klären. Es wird zwar geschätzt, dass rund 80'000 MSM im Alter zwischen 15 und 64 Jahren in der Schweiz leben und die Mehrheit davon in den Städten Zürich, Genf, Lausanne, Bern und Basel (Schmidt & Altpeter, 2019). Eine Beschreibung der Grundgesamtheit von MSM in der Schweiz nach soziodemographischen Merkmalen liegt jedoch nicht vor. Auch ist zu beachten, dass die Erhebung ausschliesslich über das Internet erfolgte. Aufgrund der grossen Anzahl Teilnehmer kann aber davon ausgegangen werden, dass MSM in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen und Kontexten mit verschiedenen biografischen Erfahrungsaufschichtungen einbezogen werden konnten und die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass das vorliegende Sample sich der Repräsentativität annähert.

3 Beschreibung der Stichprobe

3.1 Geschlechtsidentität und zugewiesenes Geschlecht bei der Geburt

Die Beschreibung der Teilnehmenden unterscheidet zwischen ihrer Geschlechtsidentität zum Zeitpunkt der Befragung (vgl. Tabelle 1) und dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Geschlechtsidentität

Geschlechtsidentität (N=3066)	n	%
Mann	3041	99.2
Trans*mann	25	0.8

Tabelle 2: Zugewiesenes Geschlecht bei Geburt

Zugewiesenes Geschlecht bei Geburt (N=3061)	n	%
Männlich	3040	99.3
Weiblich	21	0.7

3.2 Sexuelle Anziehung, sexuelle Identität, Coming-out

Knapp 82% der antwortenden Männer (n=2509) gab an, sich ausschliesslich von Männern sexuell angezogen zu fühlen, während 17% (n=521) vermerkten, dass sie sich zu Männern sowie zu mindestens einem weiteren Geschlecht sexuell hingezogen fühlen. Ein kleiner Teil von 0.8% (n=26) gab an, sich nicht von Männern, sondern entweder nur von Frauen, nur von nichtbinären Menschen oder nur von Frauen und nichtbinären Menschen sexuell angezogen zu fühlen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Sexuelle Anziehung

Sexuelle Anziehung (N=3062)	n	%
Nur Männer	2509	81.9
Nur Frauen	7	0.2
Nur trans* und/oder geschlechtsneutrale/nichtbinäre Menschen	11	0.4
Männer und Frauen	344	11.2
Männer, trans* und/oder geschlechtsneutrale/nichtbinäre Menschen	42	1.4
Frauen, trans* und/oder geschlechtsneutrale/nichtbinäre Menschen	8	0.3
Männer, Frauen, trans* und/oder nichtbinäre Menschen	135	4.4
niemanden	6	0.2

Hinsichtlich der Selbstdefinition gaben mehr als drei Viertel der 3064 Antwortenden an, sich als schwul oder homosexuell zu definieren (n=2412, 78.7%). 14.9% (n=458) bezeichnen sich als bisexuell und 0.7% (n=21) als heterosexuell. 1.2% (n=36) gab an, eine andere Bezeichnung zur Selbstdefinition zu verwenden und 4.5% (n=137) benutzt keine solchen Bezeichnungen.

Eine deutliche Mehrheit der Befragten hat die Orientierung ihrer sexuellen Anziehung und Selbstdefinition gegen aussen getragen und in einem äusseren Coming-out gegenüber Familie, Freund_innen, Arbeitskolleg_innen oder Mitstudierenden offengelegt (vgl. Tabelle 4). So schätzten über zwei Drittel der antwortenden MSM, dass entweder mehr als die Hälfte oder fast alle bis alle Menschen, die sie kennen (Familie, Freund_innen, Arbeitskolleg_innen, Mitstudierende) wissen, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen (n=2084, 68.8%). Dem gegenüber gab ein Drittel der Männer an, dass weniger als die Hälfte ihres sozialen Umfelds, nur wenige oder niemand davon Kenntnis haben (n=945, 31.2%).

Tabelle 4: Coming-out

Coming-out (N=3029)	n	%
Alle oder fast alle	1551	51.2
Mehr als die Hälfte	533	17.6
Weniger als die Hälfte	247	8.2
Wenige	444	14.7
Niemand	254	8.4

In die weiterführenden Analysen gehen zwei Gruppen ein. MSM, die angaben, mehr als die Hälfte, fast alle oder alle der Personen ihres sozialen Umfelds wüssten um ihre sexuelle Orientierung, bilden die Gruppe mit einem «weitgehenden Coming-out». Die übrigen Befragten werden in der Gruppe mit einem «eingeschränkten Coming-out» gefasst.

3.3 Alter

Die Stichprobe umfasst Männer im Alter von 16 bis 85 Jahren (vgl. Abbildung 3). Das Medianalter der Befragten liegt bei 41.0 Jahren (IQR=20).

Wählt man das Bekanntwerden der ersten Fälle von AIDS im Globalen Norden 1981 als Bezugspunkt, lässt sich festhalten, dass 62.6% (n=1918) vor dem Bekanntwerden von AIDS und HIV geboren sind und 13.6% (n=416) zu diesem Zeitpunkt zwischen 15 und 20 Jahren waren und ihre aktive sexuelle Biografie während der so genannten "Aids-Krise" begannen. Zu diesem Zeitpunkt waren 12.9% der Teilnehmer (n=396) bereits über 20 Jahre alt und sahen sich angesichts der neu auftretenden Krankheit herausgefordert, ihr sexuelles Verhalten an die neuen Gegebenheiten anzupassen.

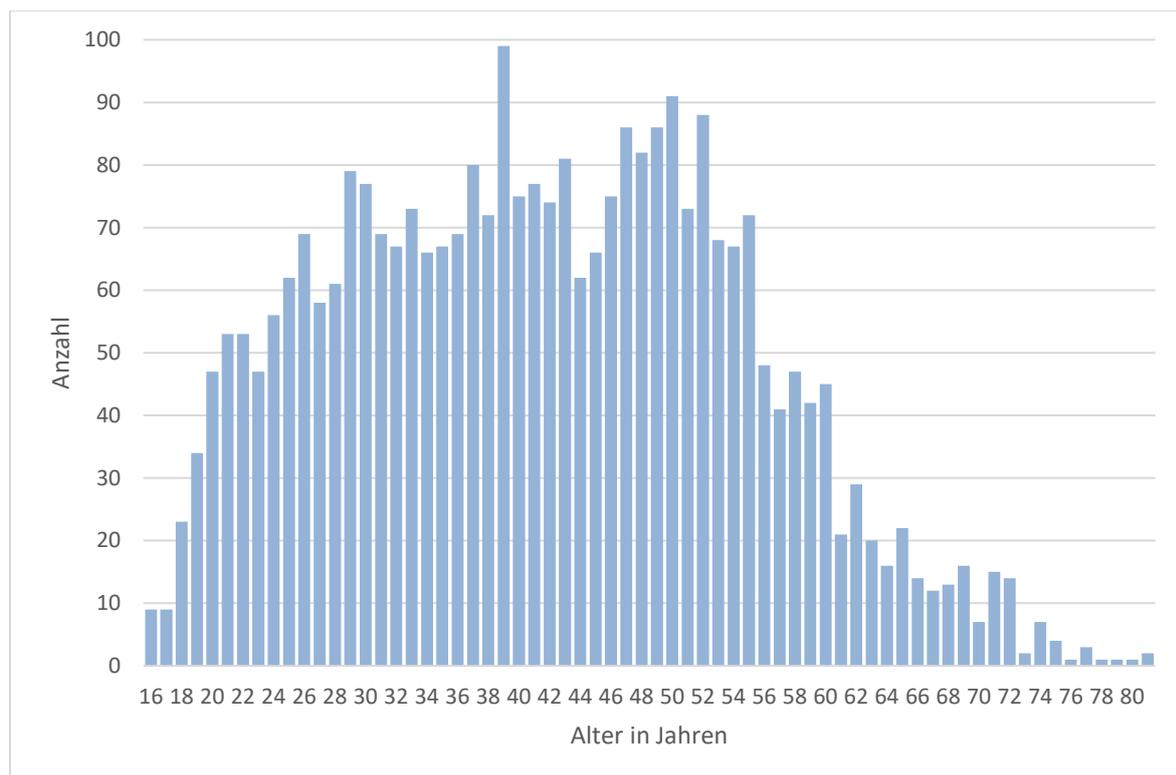


Abbildung 3: Alter der Befragten (N=3066)

3.4 Wohnregion

EMIS-2017 fragte nach einer der 83 Postleitzahlregionen der Schweiz. Aus den Postleitzahlregionen lassen sich mit hinreichender Genauigkeit Kantone und Regionen bestimmen. Die Schweiz wird nach europäischer Regionalstatistik (NUTS=Nomenclature des unités territoriales statistiques) in sieben Grossregionen eingeteilt. Eine Grossregion umfasst in der Regel mehrere Kantone. Die Ausnahmen sind die Regionen Zürich und Tessin, bei denen Region und Kanton zusammenfallen.

Von den 3066 Befragten machten 2816 (91.8%) Angaben zu ihrer Wohnregion. Davon lebt ein knappes Drittel (n=877, 31.1%) in der Region Zürich. Damit stellt dieser Ballungsraum die Region mit den meisten Teilnehmern dar. Ein Fünftel der Befragten (n=560, 19.9%) lebt in der Region Espace Mittelland und 17.8% (n=502) in der Région Lémanique (vgl. Abbildung 4).

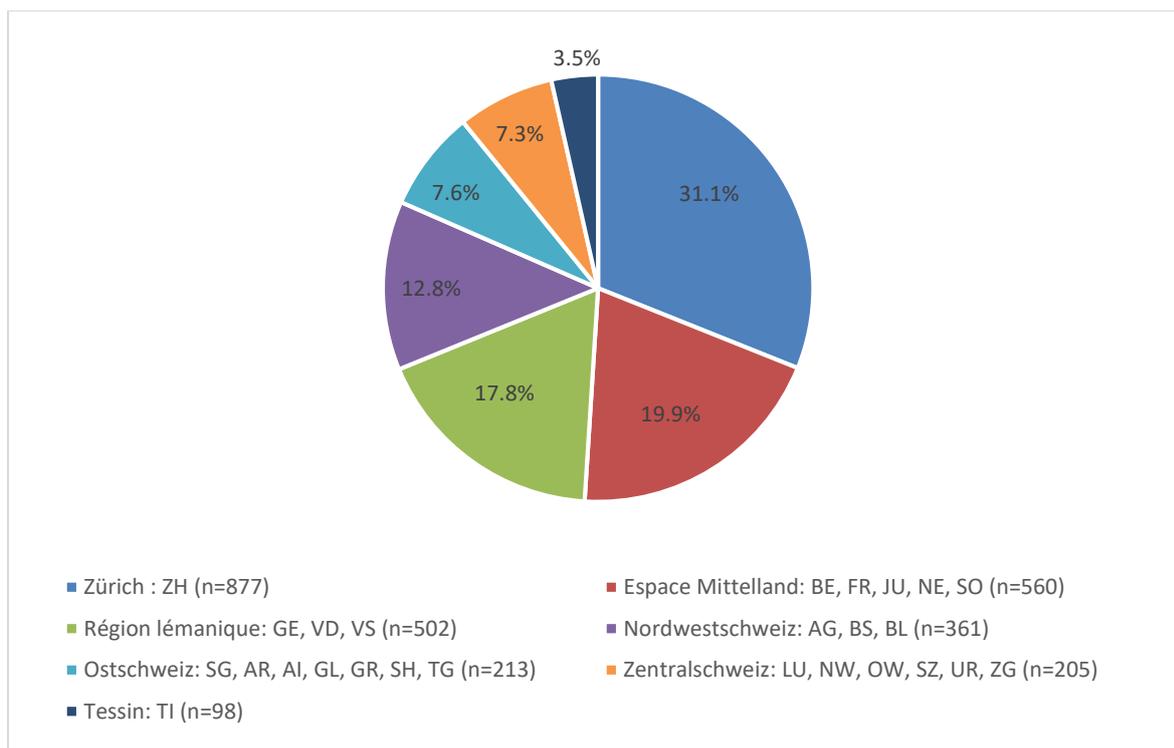


Abbildung 4: Grossregionen der Schweiz (NUTS-2) (N=2816)

Mit Fokus auf die fünf grössten Städte der Schweiz, zeigt sich, dass von 2799 teilnehmenden Männern, 519 in Zürich wohnen (18.5%), 137 in Genf (4.9%), 136 in Bern (4.9%), 135 in Basel (4.8%) und 135 in Lausanne (4.8%). Über die Hälfte der Teilnehmer (n=1737, 62.1%) sind ausserhalb dieser Städte wohnhaft.

Aufgrund der Angaben der Befragten zur Grösse ihres Wohnortes lassen sich die Teilnehmer (N=3040) in drei Gruppen einteilen: 1259 MSM (41.4%) wohnen in einer Gemeinde mit 100'000 oder mehr Einwohnenden, 854 MSM (28.1%) in einer Gemeinde mit 10'000 bis 99'999 Einwohnenden und 927 MSM (30.5%) leben in einer Gemeinde mit weniger als 10'000 Einwohnenden (vgl. Abbildung 5).

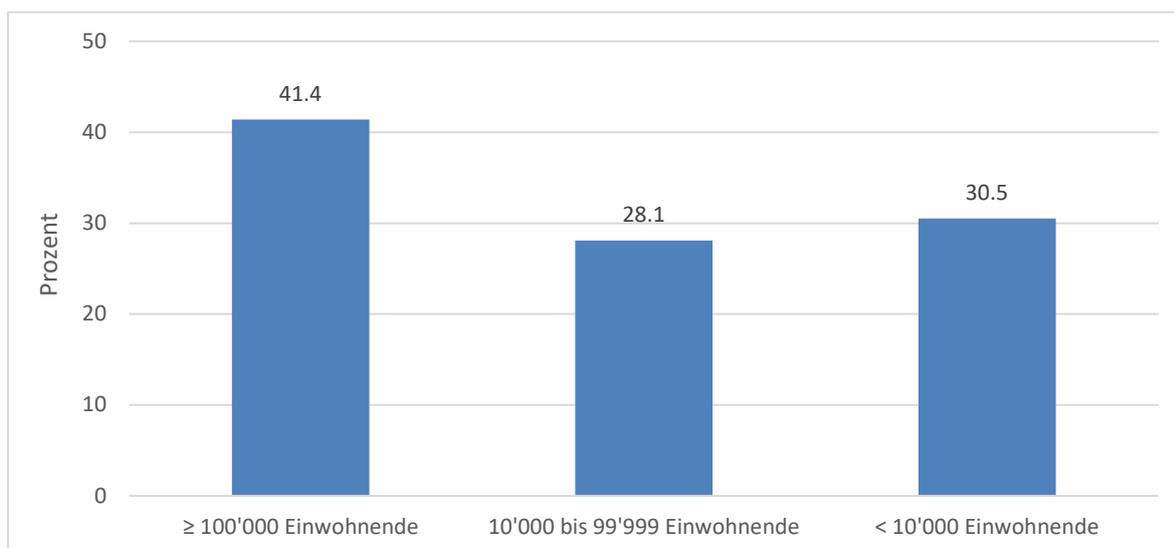


Abbildung 5: Teilnehmer nach Grösse des Wohnortes (N=3040)

3.5 Geburtsland, Aufenthaltsdauer in der Schweiz und Migrationsgrund

Mehr als ein Viertel der 3060 Antwortenden (n=810, 26.5%) gab an, nicht in der Schweiz geboren zu sein. Knapp die Hälfte davon (n=392) lebte zum Zeitpunkt der Befragung seit weniger als 10 Jahren in der Schweiz.

In Tabelle 5 werden die Geburtsländer der Männer, die nicht in der Schweiz geboren sind, nach EMIS- und WHO-Regionen zusammengefasst. Bei über vier Fünfteln der antwortenden Männer, die nicht in der Schweiz geboren sind, befindet sich das Geburtsland in einer europäischen Region (n=661, 82.3%). Die mit 303 Männern (37.7%) mit Abstand meistgenannte Region ist das westliche (i.e. vorwiegend deutschsprachige) Mitteleuropa, zu dem ausser der Schweiz auch Deutschland, Österreich und Luxemburg zählen.

Tabelle 5: Geburtsländer nach EMIS-2017- und WHO-Regionen

Geburtsländer nach Regionen (N=803)	n	%
Westliches Mitteleuropa (AT, DE, LU)	303	37.7
Westeuropa (BE, FR, IE, MC, NL, UK)	146	18.2
Südwesteuropa (AN, ES, IT, MT, PT, SM)	124	15.4
Östliches Mitteleuropa (CZ, HU, PL, SI, SK)	38	4.7
Südosteuropa (AL, BA; BG, CY, GR, HR, ME, MK, RO, RS, TK, XK)	28	3.5
Nordeuropa (DK, FI, IS, NO, SE)	11	1.4
Osteuropa (BY, MD, RU, UA)	11	1.4
WHO Region of the Americas: Lateinamerika und Karibik	64	8.0
WHO Region of the Americas: Kanada und USA	30	3.7
WHO Eastern Mediterranean Region (inkl. Algerien)	13	1.6
WHO Western Pacific Region	13	1.6
WHO South East Asia Region	12	1.5
WHO African Region (exkl. Algerien)	10	1.2

Mit Blick auf die Gründe für die Migration, zeigt sich, dass die Arbeitsmigration im Vordergrund stand. Knapp zwei Drittel der im Ausland geborenen MSM (n=502, 62.4%) gaben die Arbeit als Migrationsgrund an.

Abbildung 6 vermittelt einen Überblick über die Gründe, welche die Teilnehmer für ihre Migration in die Schweiz nannten. Dabei ist zu beachten, dass sie die Möglichkeit hatten, mehrere Migrationsgründe anzugeben.

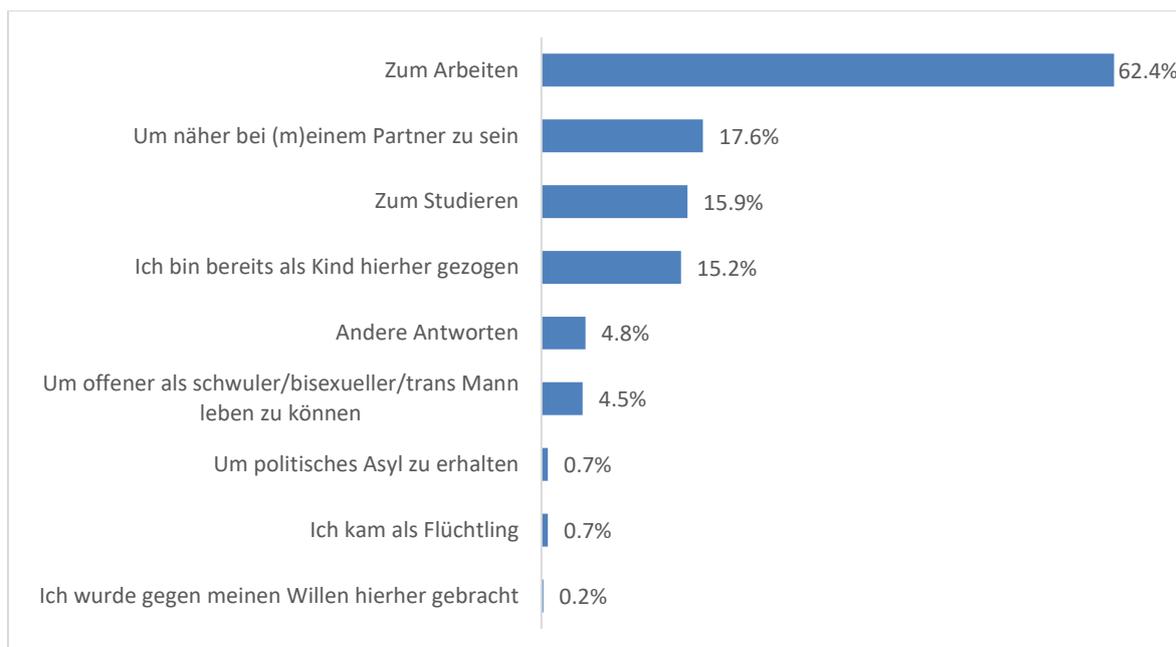


Abbildung 6: Migrationsgrund (N=805), Mehrfachnennungen

3.6 Bildung, Erwerbssituation, Einkommenssituation

Die Beschreibung des Bildungsniveaus der Befragten stellt auf der Anzahl Jahre ab, die die Befragten nach ihrem 16. Lebensjahr (und damit in der Regel nach Abschluss der obligatorischen Schuljahre) in Ausbildung waren. Über zwei Drittel der antwortenden Männer (n=2058, 71.8%) gaben an, dass sie seit ihrem 16. Lebensjahr bis zum Befragungszeitpunkt fünf oder mehr Jahre in ihre Ausbildung investiert hatten (vgl. Abbildung 7). Bei diesen kann davon ausgegangen werden, dass sie mindestens einen Abschluss auf Sekundarstufe II haben (gymnasiale Maturität, Fach- oder Berufsmaturität, Berufslehre) (Bundesamt für Statistik, 2019).

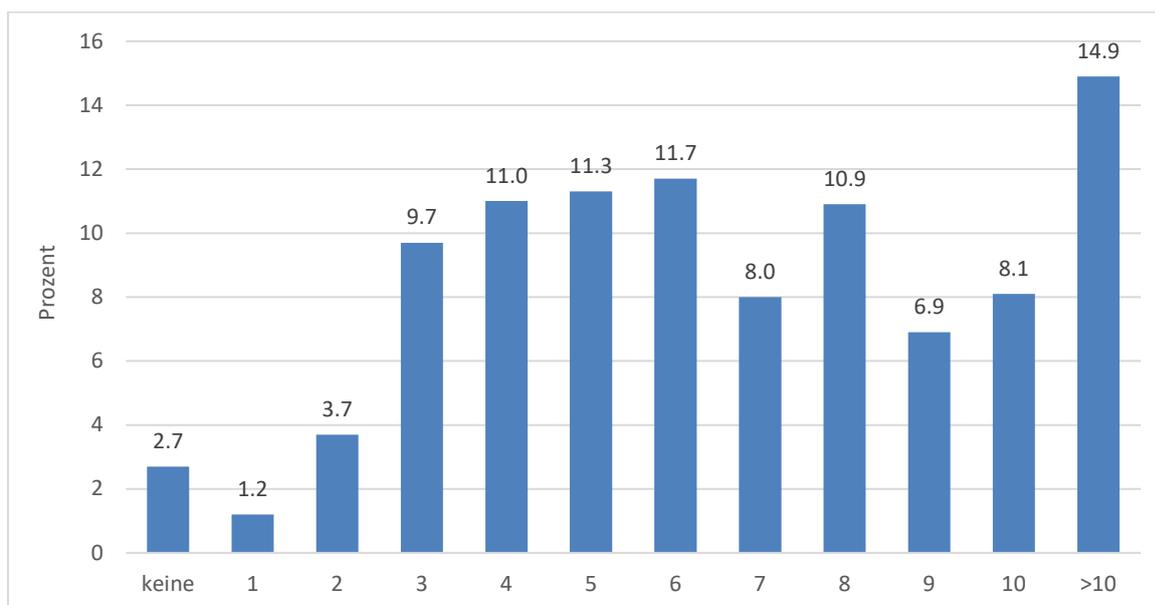


Abbildung 7: Teilnehmer nach Ausbildung in Jahren seit dem 16. Lebensjahr (N=2866)

Die Mehrheit der 3053 Antwortenden beschrieb ihre derzeitige Erwerbssituation entweder als vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, selbständig oder studierend¹ (n=2685, 87.9%). 10.3% (n=314) der Befragten haben angegeben, entweder arbeitslos, berentet oder längerfristig krankgeschrieben zu sein. 54 Befragte (1.8%) vermerkten "anderes" (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Erwerbssituation

Derzeitige Erwerbssituation (N=3053)	n	%
Vollzeitbeschäftigt	1745	57.2
Teilzeitbeschäftigt	376	12.3
Selbständig	290	9.5
Studierend	274	9.0
Arbeitslos	111	3.6
Berentet/(Früh-)Pension	160	5.2
Längerfristig krankgeschrieben	43	1.4
Anderes	54	1.8

Für die weiteren Analysen sind die erwerbstätigen und studierenden Männer zu der Gruppe «erwerbstätig» zusammengeführt worden. Die arbeitslosen, berenteten und längerfristig krankgeschriebenen MSM bilden die Gruppe «nicht erwerbstätig».

Bezüglich Einkommenssituation gaben knapp zwei Drittel (n=1944, 63.6%) der antwortenden MSM an, dass ihre aktuelle Einkommenssituation ihnen ein komfortables oder extrem komfortables Leben ermöglicht. Demgegenüber beurteilten 391 Männer (12.8%) ihr Einkommen entweder als knapp bemessen oder nicht ausreichend (vgl. Abbildung 8).

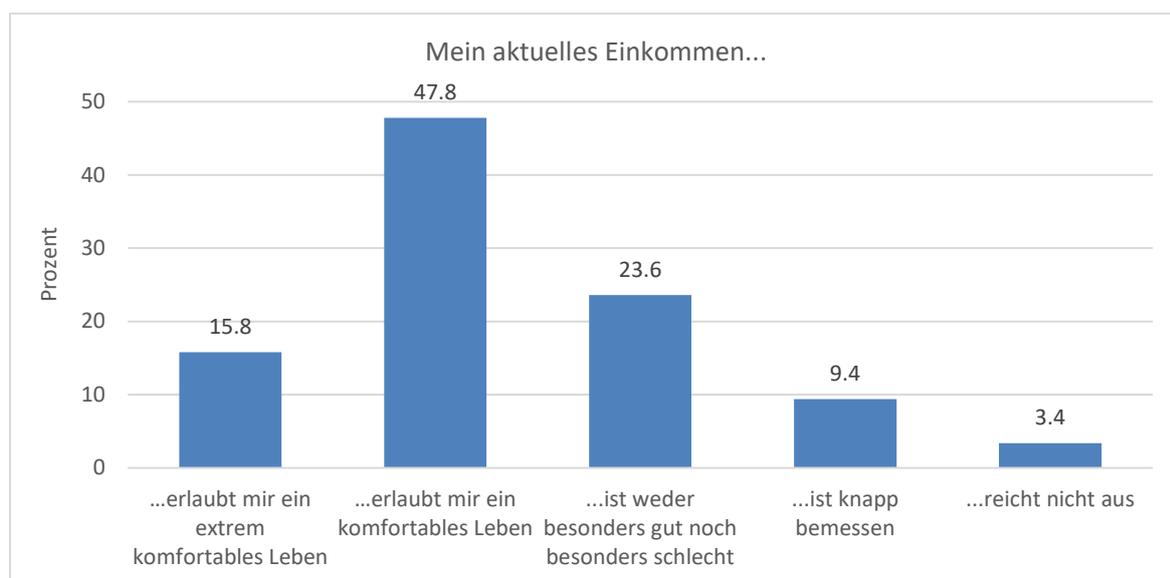


Abbildung 8: Beurteilung der Einkommenssituation (N=3056)

¹ Gemäss Erhebung zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden des Bundesamt für Statistik üben 75% der Studierenden aller Hochschultypen in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus (71%-83%) (Bundesamt für Statistik, 2017).

3.7 Beziehungsstatus

Unter den 3060 Antwortenden gaben 1422 (46.5%) Männer an, zum Zeitpunkt der Befragung Single zu sein, 1431 (46.8%) MSM deklarierten, dass sie in einer festen Beziehung sind und 207 MSM (6.8%) waren sich bezüglich des Beziehungsstatus' unsicher oder beschrieben ihre Situation als "kompliziert" (vgl. Abbildung 9).

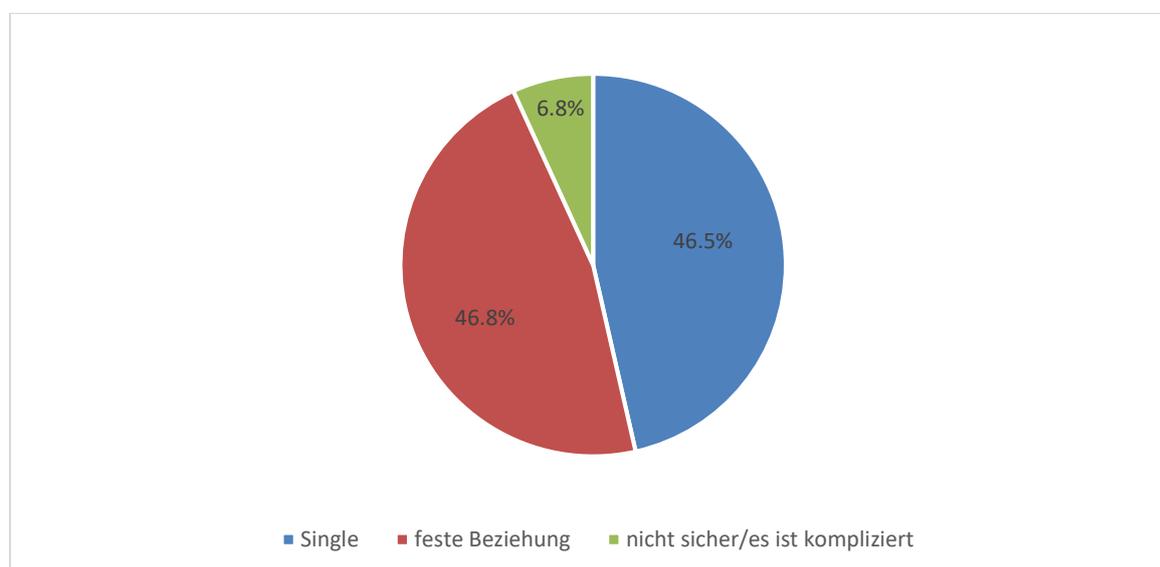


Abbildung 9: Beziehungsstatus (N=3060)

In den weiteren Analysen wird die Gruppe der Männer, die Single sind, mit der Gruppe jener kontrastiert, die in irgendeiner Form – wie sicher und explizit auch immer – eine_n Partner_in haben (Gruppe «in Beziehung»). Letzteres sind 1638 Befragte (53.5%).

Von 1393 antwortenden Singles gaben 314 (22.5%) an, dass ihre letzte feste Beziehung vor mehr als 5 Jahren geendet hatte. 411 Männer (29.5%) führten an, ihre letzte feste Beziehung habe in den letzten 5 Jahren geendet und 317 (22.8%) wurden in den 12 Monaten vor der Befragung Single. Ein Viertel (n=351, 25.2%) gab an, noch nie in einer festen Beziehung gewesen zu sein.

Rund vier Fünftel der Männer, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Beziehung waren, gab an, entweder mit nur einem Mann (n=1130, 79.1%) oder mit mehreren Männern gleichzeitig (n=50, 3.5%) eine feste Beziehung zu führen. In einer festen Beziehung mit nur einer Frau zu sein, gaben 15.8% (n= 225) der Männer an. Die restlichen 23 Männer (1.6%) führten feste Beziehungen mit zwei oder mehr Personen, von denen mindestens eine Person weiblich oder nicht-binär war (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Beschreibung der Beziehung

In einer festen Beziehung mit... (N=1428)	n	%
Nur einem Mann	1130	79.1
Mehreren Männern	50	3.5
Nur einer Frau	225	15.8
Andere Beziehungsformen	23	1.6

Tabelle 8 zeigt die Dauer der festen Beziehung. Teilnehmer, die gleichzeitig mit mehr als einem Mann oder mehr als einer Frau feste Beziehungen führten, wurden gebeten, Angaben zur längsten dieser Beziehungen zu machen. MSM, die feste Beziehungen mit Frauen führten, berichteten tendenziell von längeren Beziehungen als Männer, die feste Beziehungen mit anderen Männern führten. Von den Befragten, die in einer festen Beziehung mit einer Frau lebten, schauten 65.1% (n=155) auf eine Beziehung zurück, die bereits mehr als 10 Jahre dauerte. Unter den MSM, die in einer festen Beziehung mit einem Mann lebten, waren dies 38.8% (n=464). Zwei Männer gaben an, seit über 25 Jahren in einer Beziehung mit einer nicht-binären Person zu sein und ein Mann war dies seit zwei Jahren (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Dauer der festen Beziehung

Dauer der festen Beziehung	Feste Beziehung mit...					
	einem Mann (N=1195)		einer Frau (N=238)		einer non-binären Person (N=3)	
	n	%	n	%	n	%
Weniger als 1 Jahr	89	7.4	5	2.1	k.A.	k.A.
1 bis 5 Jahre	365	30.5	38	16.0	2	33.7
6 bis 10 Jahre	277	23.2	40	16.8	k.A.	k.A.
11 bis 15 Jahre	205	17.2	31	13.0	k.A.	k.A.
16 bis 20 Jahre	136	11.4	25	10.5	k.A.	k.A.
21 bis 25 Jahre	55	4.6	20	8.4	k.A.	k.A.
Mehr als 25 Jahre	68	5.7	79	33.2	2	66.7

3.8 HIV-Status der Befragten und ihrer festen Partner_innen

Von 3049 antwortenden MSM gaben 323 (10.6%) an, dass bei ihnen eine HIV-Infektion festgestellt wurde. 396 Männer (13.0%) berichteten, dass sie noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten haben und 2330 Männer (76.4%) gaben an, dass bei ihnen noch nie eine HIV-Infektion festgestellt wurde.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit werden für die MSM, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde, die Bezeichnung "Männer mit HIV-Diagnose" und für die MSM, die angaben, dass bei ihnen noch nie eine HIV-Infektion festgestellt wurde, die Bezeichnung "Männer ohne HIV-Diagnose" verwendet.

Tabelle 9 zeigt den mutmasslichen HIV-Status des_der festen Partner_in. Laut Instruktion im Fragebogen wurden die Teilnehmer gebeten, falls sie mit mehr als einer Person des gleichen Geschlechts eine feste Beziehung führen, von der längsten Beziehung zu berichten. Dies führt dazu, dass von mindestens 65 Partner_innen der HIV-Status nicht erfasst wurde. Aufgrund der Angaben kann aber davon ausgegangen werden, dass insgesamt mit mindestens 136 Personen eine Beziehung geführt wird, die HIV-positiv sind.

Tabelle 9: Mutmasslicher HIV-Status des_ der festen Partner_in

Mutmasslicher HIV-Status des_ der festen Partner_in	Beziehung mit					
	Mann (N=1197)		Frau (N=244)		Nicht-binärer Person (N=4)	
	n	%	n	%	n	%
HIV-negativ	1035	86.5	237	97.1	2	50
HIV-positiv, Viruslast nicht nachweisbar	126	10.5	1	0.4	1	25
HIV-positiv, Viruslast ist nachweisbar	5	0.4	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HIV-positiv, Viruslast unbekannt	3	0.3	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
HIV-Status unbekannt	28	2.3	6	2.5	1	25

In Tabelle 10, Tabelle 11 und Tabelle 12 werden die Angaben zum HIV-Status des_ der Partner_in dem HIV-Status der antwortenden Männer gegenübergestellt. Daraus lässt sich teilweise erschliessen, ob die Paare einen konkordanten oder diskordanten HIV-Status hatten.

Von 956 Männern ohne HIV-Diagnose, befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung 859 (89.9%) in einer festen Beziehung mit einem HIV-negativen Partner (HIV-Konkordanz) und 75 (7.8%) mit einem HIV-positiven Partner (HIV-Diskordanz). Bei den Männern mit HIV-Diagnose, waren es 56 (36.6%), die sich in einer Beziehung mit einem HIV-positiven Partner befanden (HIV-Konkordanz) und 96 (62.7%) mit einem HIV-negativen Partner (HIV-Diskordanz).

Von den Befragten befanden sich somit mindestens 915 in einer HIV-konkordanten und 171 in einer HIV-diskordanten Beziehung.

Tabelle 10: HIV-Status der Befragten und ihres festen Partners

Mutmasslicher HIV-Status des festen Partners	HIV-Status der Befragten					
	Ohne HIV-Diagnose (N=956)		Mit HIV-Diagnose (N=153)		Nie getestet (N=84)	
	n	%	n	%	n	%
HIV-negativ (N=1031)	859	89.9	96	62.7	76	90.5
HIV-positiv Viruslast nicht nachweisbar (N=126)	70	7.3	53	34.6	3	3.6
HIV-positiv, Viruslast ist nachweisbar (N=5)	3	0.3	2	1.3	0	0
HIV-positiv, Viruslast unbekannt (N=3)	2	0.2	1	0.7	0	0
HIV-Status unbekannt (N=28)	22	2.3	1	0.7	5	6.0

Tabelle 11: HIV-Status der Befragten und ihrer festen Partnerin

Mutmasslicher HIV-Status der festen Partnerin	HIV-Status der Befragten		
	Ohne HIV-Diagnose (N=168)	Mit HIV-Diagnose (N=12)	Nie getestet (N=62)
	n	n	n
HIV-negativ (N=235)	164	10	61
HIV-positiv, Viruslast nicht nachweisbar (N=1)	0	1	0
HIV-Status unbekannt (N=6)	4	1	1

Von 168 Männern ohne HIV-Diagnose, befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung 164 in einer festen Beziehung mit einer HIV-negativen Partnerin (HIV-Konkordanz). Bei den Männern mit HIV-Diagnose, führte ein Mann eine feste Beziehung mit einer HIV-positiven Frau (HIV-Konkordanz) und 10 Männer eine feste Beziehung mit einer HIV-negativen Frau (HIV-Diskordanz).

Von den Befragten befanden sich somit mindestens 165 in einer HIV-konkordanten und 10 in einer HIV-diskordanten Beziehung mit einer Frau.

Tabelle 12: HIV-Status der Befragten und der non-binären Person in Partnerschaft

Mutmasslicher HIV-Status der nicht-binären Person in Partnerschaft	HIV-Status der Befragten	
	Ohne HIV-Diagnose (N=3)	Mit HIV-Diagnose (N=1)
	n	n
HIV-negativ (N=2)	1	1
HIV-positiv, Viruslast nicht nachweisbar (N=1)	1	0
HIV-Status unbekannt (N=1)	1	0

Von den antwortenden Männern führte ein Mann ohne HIV-Diagnose eine Beziehung mit einer HIV-negativen non-binären Person (HIV-Konkordanz) und einer mit einer HIV-positiven non-binären Person (HIV-Diskordanz). Ein Mann mit HIV-Diagnose hat angegeben, mit einer HIV-negativen nicht-binären Person in einer Beziehung zu sein (HIV-Diskordanz).

Hinweis:

In den weiteren Analysen werden die Männer, die noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten haben, zur Gruppe «Männer ohne HIV-Diagnose» gezählt (n=2726).

3.9 Kauf und Verkauf von Sex

Erfahrungen mit transaktionalem Sex, bei dem Sex gegen Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten getauscht wird, werden hier in der Form des Kaufs wie auch des Verkaufs von Sex betrachtet.

Kauf von Sex

Von den 2993 antwortenden MSM haben 2080 (69.5%) angegeben, noch nie einen Mann für Sex bezahlt bzw. im Austausch dafür Geschenke oder Gefälligkeiten geboten zu haben. Eine Gruppe von 913 Befragten (30.5%) gaben an, mindestens einmal Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten gegen Sex getauscht zu haben. Bei 191 Männern (20.9%) lag das letzte Mal mehr als fünf Jahre zurück. Bei 208 Männern (22.8%) war dies in den letzten fünf Jahren der Fall und bei über der Hälfte der Männer (n=514; 56.3%) in den 12 Monaten vor der Befragung.

Von 511 Männern, die angegeben haben, in den 12 Monaten vor der Befragung für Sex bezahlt zu haben, gaben 264 Männer (51.7%) an, 1-2 Mal einen Mann für Sex bezahlt zu haben, 190 Männer (37.2%) berichteten von 3-10 Mal, 49 Männer (9.6%) von 11-50 Mal und 8 Männer (1.6%) von mehr als 50 Mal.

Mit Blick auf die 12 Monate vor der Befragung, zeigt Abbildung 10 auf, wie oft die antwortenden Männer sexuelle Dienstleistungen gekauft oder im Austausch für Sex Geschenke oder Gefälligkeiten geboten hatten und in welcher Altersgruppe sie sich befanden.

Abbildung 10 macht deutlich, dass sich das Alter der Männer, die Sex gekauft oder dafür Geschenke oder Gefälligkeiten geboten hatten, von den jüngsten Befragten (16-19-jährig) bis zur Gruppe der 75-79-Jährigen reicht. Bei der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen lässt sich erstmals ein Muster beobachten, das als regelmässiger transaktionaler Sex bezeichnet werden kann (11-50 Mal im letzten Jahr) und sich bis in die oberste Altersgruppe erhält. Wöchentlicher oder häufigerer transaktionaler Sex (mehr als 50 Mal im letzten Jahr) findet sich bei MSM ab 35 Jahren, ist aber bei den über 69-jährigen Befragten nicht mehr aufzufinden.

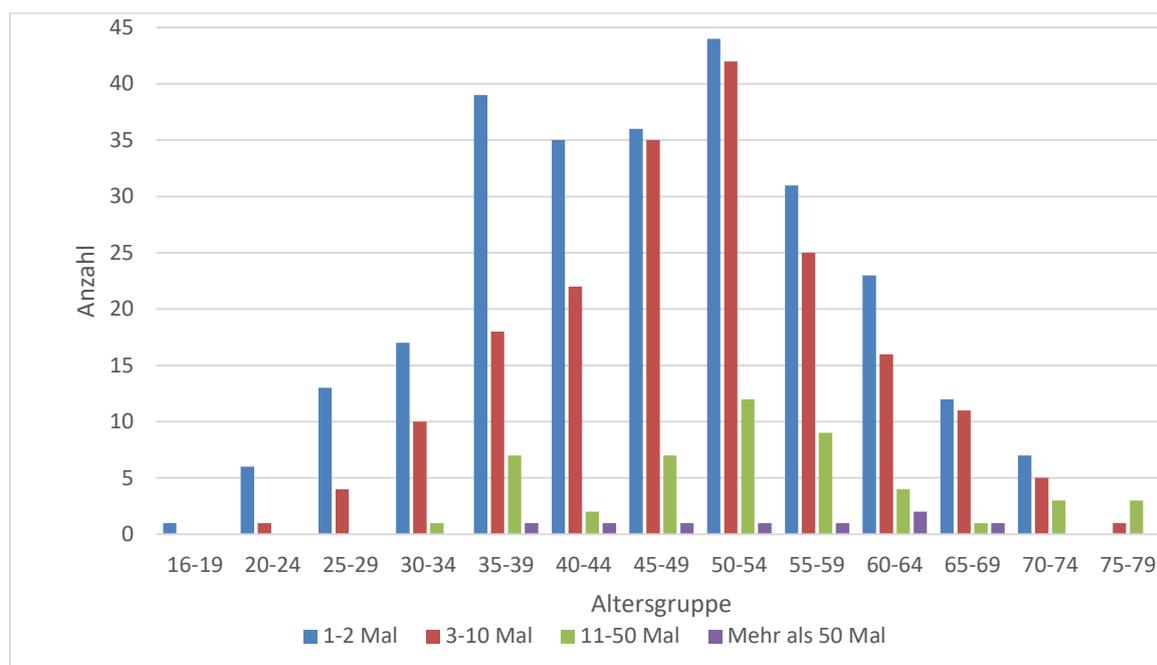


Abbildung 10: Häufigkeit des Kaufs von Sex in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen (N=511)

Verkauf von Sex

Von den 2994 antwortenden MSM hielten 2468 (82.4%) fest, dass sie noch nie für Sex bezahlt worden waren bzw. Geschenke oder Gefälligkeiten entgegengenommen hätten. Demgegenüber gaben 526 (17.6%) an, mindestens einmal von einem Mann für Sex bezahlt worden zu sein. Bei 308 Männern (58.6%) liegt der Zeitpunkt, an dem sie das letzte Mal für Sex bezahlt wurden, mehr als fünf Jahre zurück. Bei 101 Männern (19.2%) fand der Tausch von Sex gegen Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten in den letzten fünf Jahren statt und 117 (22.2%) gaben an, dass sie in den 12 Monaten vor der Befragung das letzte Mal von einem Mann Geld, Geschenke oder Gefälligkeiten für Sex entgegengenommen hatten.

Mit Blick auf die letzten 12 Monate vor der Befragung gaben von 113 Männern 46 an (40.7%), 1-2 Mal von einem Mann für Sex bezahlt worden zu sein. Ein fast ebenso grosser Anteil von 44 Männern (38.9%) berichteten, 3-10 Mal Gegenleistungen für Sex angenommen zu haben. Schliesslich finden sich 16 Männer (14.2%) die im Jahr vor der Befragung 11-50 Mal und damit regelmässig Sex gegen Geld oder Güter tauschten, sowie 7 Männer (6.2%) die mehr als 50 Mal solche Tauschgeschäfte abwickelten.

Abbildung 11 zeigt, wie oft die antwortenden Männer in den 12 Monaten vor der Befragung von einem Mann für Sex bezahlt worden sind und in welcher Altersgruppe sie sich befanden.

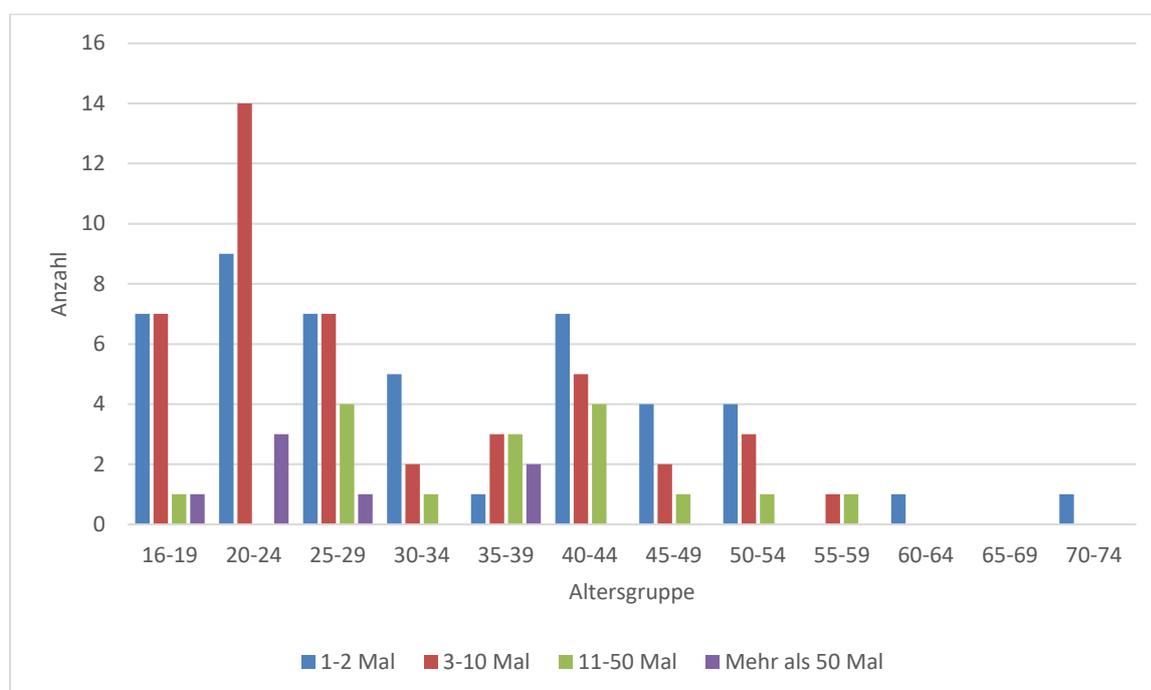


Abbildung 11: Häufigkeit des Verkaufs von Sex in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen (N=113)

Eine Frequenz, die als regelmässiger Tausch von Sex gegen Geld bezeichnet werden kann, ist nicht nur in der jüngsten Gruppe von Befragten (16-19-Jährige) zu verzeichnen, sondern auch bei älteren MSM. Tauschgeschäfte mit einer Häufigkeit von mehr als 50 Mal finden sich bis in die Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen.

3.10 Community Health Worker

Eine Gruppe von 96 MSM vermerkte, in der gesundheits- bzw. präventionsbezogenen Arbeit mit schwulen und bisexuellen Männern (als "Community Health Worker") tätig zu sein. Davon waren 38 hauptamtlich bzw. bezahlt tätig und 58 engagierten sich ehrenamtlich. 56 wirkten bei einer gemeinnützigen Organisation mit, 8 arbeiteten bei einer kommerziellen und 18 bei einer staatlichen Organisation.

3.11 Betrachtung von Gruppenunterschieden

In diesem Länderbericht werden an mehreren Stellen Gruppenvergleiche durchgeführt. Dabei wird jeweils geprüft, ob sich Unterschiede zeigen je nach dem Alter der Befragten, ihrem HIV-Status, ihrem Coming-out, ihrem Beziehungsstatus, des Bildungshintergrunds, dem Erwerbsstatus, ihrer Einschätzung der Einkommenssituation wie auch der Grösse ihres Wohnortes. In Tabelle 13 findet sich die Zusammenstellung der Variablen, die für die Gruppenvergleiche im weiteren Bericht verwendet werden.

Tabelle 13 : Übersicht der Variablen für die Gruppenvergleiche und Zusammenhangstests

Variable	Merkmale/ Gruppierung	n	%
Alter	Angabe in Jahren (16-85 Jahre)	3066	
HIV-Status	1 = Keine HIV-Infektion festgestellt (ohne HIV-Diagnose)	3049	89.4
	2 = HIV-Infektion festgestellt (mit HIV-Diagnose)	2726 323	10.6
Coming-out	1 = Eingeschränktes Coming-out	3029	
	2 = Weitgehendes Coming-out	945 2084	31.2 68.8
Beziehungsstatus	1 = Single	3060	
	2 = In fester Beziehung	1422 1638	46.5 53.5
Bildung	Angabe von Jahren in Ausbildung seit dem 16. Lebensjahr	2866	
Erwerbstätigkeit	1 = Erwerbstätig und/oder im Studium	2999	
	2 = Nicht erwerbstätig	2685 314	89.5 10.5
Einkommenssituation	Beurteilung als:	3056	
	1 = extrem komfortables Leben	482	15.8
	2 = komfortables Leben	1462	47.8
	3 = weder besonders gut noch besonders schlecht	721	23.6
	4 = knapp bemessen	286	9.4
5 = reicht nicht aus	105	3.4	
Grösse des Wohnortes	1 = Mittलगrosse oder grosse Stadt (100'000 Einwohnende oder mehr)	3040	
	2 = Kleinere Stadt (10'000 bis 99'999 Einwohnende)	1259	41.4
	3 = Kleinere Gemeinde (weniger als 10'000 Einwohnende)	854 927	28.1 30.5

Hinweis zu den Tests auf Unterschiede und Zusammenhänge:
Zur Überprüfung von Unterschieden und Zusammenhängen der in Tabelle 13 dargestellten Variablen hinsichtlich Gesundheitszustand, Schutz- und Risikoverhalten, den schutzbezogenen Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen sowie der Inanspruchnahme von Präventionsmassnahmen und Beratungsangeboten werden jeweils lineare bzw. logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Dies ermöglicht die Betrachtung einzelner Unterschiede und Zusammenhänge im Gesamtzusammenhang und berücksichtigt mögliche Korrelationen einzelner unabhängiger Variablen untereinander. Zur Beurteilung der Stärke der Unterschiede und Zusammenhänge wird die Effektstärke nach Cohen's d berechnet. Zusätzlich werden jeweils die Beta-Werte und Odd's Ratios aufgeführt (Cohen, 1988). Zur Interpretation der Stärke einzelner Effekte dienen folgende Richtwerte:

Cohen's d / Effektstärke

0.20-0.40 = schwacher Effekt / 0.50-0.70 = mittlerer Effekt

0.80-1.00 = starker Effekt / >1.00 = sehr starker Effekt

Signifikante Unterschiede und Zusammenhänge mit Effektstärken kleiner 0.20 werden nicht berichtet.

4 Gesundheitszustand

4.1 Psychische Gesundheit

4.1.1 Ängste und Depressionen

Angst und Depressionen gehören in der Allgemeinbevölkerung zu den häufigsten Erkrankungen (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2009). Doch MSM scheinen besonders stark betroffen. Eine Untersuchung zur Schweiz kam zum Befund, dass Depressionsanzeichen bei homo- und bisexuellen jungen Männern 4.78 Mal häufiger vorzufinden sind als bei heterosexuellen jungen Männern (Wang et al., 2014). In der Literatur finden sich Hinweise, dass die psychische Gesundheit von MSM und insbesondere eine depressive Symptomatik einen Einfluss auf das HIV-Schutzverhalten haben (Fendrich, Avci, Johnson, & Mackesy-Amity, 2013; Houston, Sandfort, Dolezal, & Carballo-Diéguez, 2012).

Hinweis zur Methode:

EMIS-2017 nutzte zur Einschätzung von Angst- und depressiven Störungen die Screening-Skala «Patient Health Questionnaire-4» (PHQ-4) von Kroenke, Williams und Löwe (2009), die 4 Items umfasst. Die Teilnehmer werden gefragt, wie oft sie sich in den letzten zwei Wochen durch bestimmte Beschwerden beeinträchtigt fühlten. Die Antwortmöglichkeiten rangieren auf einer vierstufigen Likert-Skala (0=gar nicht, 1=an einzelnen Tagen, 2=an mehr als der Hälfte der Tage und 3=beinahe jeden Tag). Die Gesamtskala wies eine sehr gute interne Konsistenz auf (Cronbach's Alpha=0.885). Die ersten zwei Items bilden die Sub-Skala zur Messung von Angststörungen (Cronbach's Alpha=0.823) und die letzten zwei Items bilden die Sub-Skala zur Messung von depressiven Störungen (Cronbach's Alpha=0.836). Um eine Einschätzung der Beeinträchtigung machen zu können, müssen alle vier Items beantwortet sein. Die Totalpunktzahl rangiert von 0 bis 12 mit den Kategorien: keine (0-2), milde (3-5), moderate (6-8) und starke (9-12) Anzeichen für Angst- und/oder depressive Störungen.

Der Mittelwert auf der Gesamtskala (N=3021) zur Messung von Angst- und Depressionsanzeichen liegt bei 2.48 (SD=2.72). Gestützt darauf bestehen bei 1790 Befragten (59.3%) keine Auffälligkeiten (Werte 0-2). Bei 882 MSM (29.2%) zeigt die Skala, dass milde Anzeichen (Werte 3-5) von einer Angst- und/oder einer depressiven Störung bestehen. Bei 202 Männern (6.7%) sind moderate Anzeichen (Werte 6-8) und bei 147 Männern (4.9%) starke Anzeichen (Werte 9-12) vorhanden (vgl. Abbildung 12).

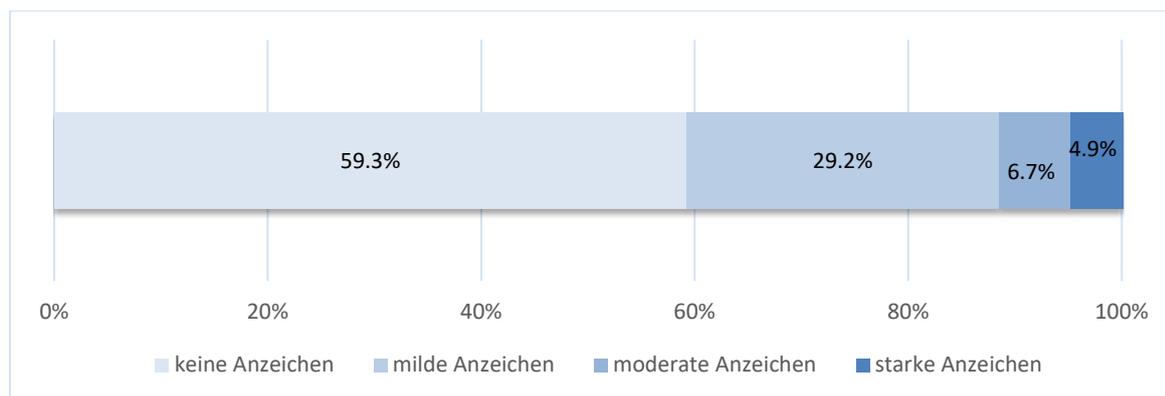


Abbildung 12: Skala Angst- und depressive Störungen (N=3021)

4.1.2 Suizidgedanken und Imagination von selbstverletzendem Handeln

Studien zu jungen Männern in der Schweiz zeigen, dass junge MSM markant häufiger Suizidversuche begehen als andere Männer derselben Altersgruppe. Bei homo- und bisexuellen männlichen Jugendlichen war die Suizidversuchsrate 5.1 Mal höher als bei heterosexuellen männlichen Jugendlichen (Wang et al., 2014). Eine erhöhte Suizid tendenz besteht weiter auch im Erwachsenenalter (Wang, Häusermann, Wydler, Mohler-Kuo, & Weiss, 2012).

EMIS-2017 lässt zwar keinen Vergleich mit anderen Männern als MSM zu, belegt aber erneut die starke Prävalenz von Suizidgedanken bzw. der Imagination von selbstverletzendem Handeln. Von den 3057 antwortenden MSM fühlten sich 498 (16.3%) in den zwei Wochen vor der Befragung durch Suizidgedanken oder Gedanken, sich Leid zufügen zu wollen, beeinträchtigt (vgl. Abbildung 13).

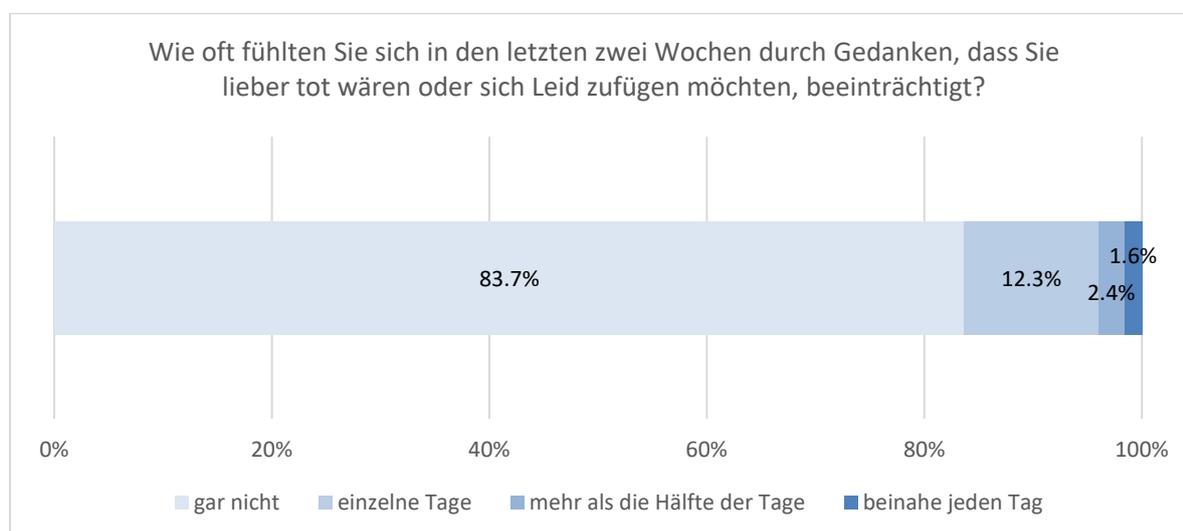


Abbildung 13: Suizidgedanken und Imagination von selbstverletzendem Verhalten (N=3057)

4.1.3 Sexuelle Zufriedenheit

Die Befragten schätzten ihre sexuelle Zufriedenheit mehrheitlich als gut ein. Rund zwei Drittel der 3008 Antwortenden beurteilten ihre sexuelle Zufriedenheit auf einer Skala von "1=maximal unzufrieden" bis "10=maximal zufrieden" mit Werten von 6 und höher (n=2058, 68.4%). Ein Drittel schätzte die Zufriedenheit sogar mit Werten von 8 und darüber (n=1093,

36.3%). Dem hingegen gab nur ein knappes Drittel (n=950, 31.6%) Werte von 5 oder tiefer an (vgl. Abbildung 14). Der Mittelwert der Bewertungen lag bei 6.44 (SD=2.17).

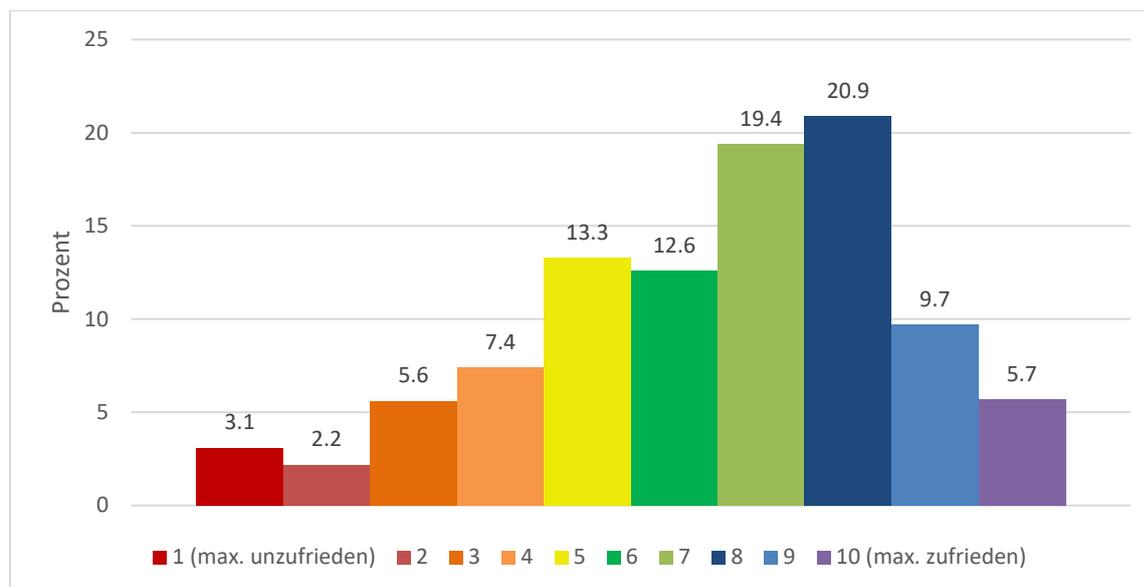


Abbildung 14: Sexuelle Zufriedenheit (N=3008)

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge sexuelle Zufriedenheit

- **Beziehungsstatus:** Die MSM in einer festen Beziehung erreichten höhere Werte (M=6.9, SD=1.99) als die Singles im Sample (M=5.9; SD=2.24). ($\beta=0.19$, Cohen's d=0.39, $p\leq 0.000$)
- **Coming-out:** Diejenigen MSM, die ein weitgehendes Coming-out gemacht hatten, bewerteten ihre sexuelle Zufriedenheit höher (M=6.65, SD=2.12) als MSM, die ein weniger weitgehendes Coming-out hatten (M=5.96, SD=2.20). ($\beta=0.13$, Cohen's d=0.26, $p\leq 0.000$)
- **Einkommenssituation:** Je schlechter die Befragten ihre Einkommenssituation beurteilten, desto geringer schätzten sie ihre sexuelle Zufriedenheit ein. ($\beta=-0.13$, Cohen's d= -0.26, $p\leq 0.000$)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit, Grösse des Wohnortes, HIV-Diagnose

4.1.4 Alkoholabhängigkeit (CAGE4)

Die Erhebung geht nicht dem Konsummuster oder den konsumierten Mengen von Alkohol nach. Vielmehr rückt die Befragung die Abhängigkeit von Alkohol ins Zentrum.

Hinweis zur Methode:

CAGE-4 von Shields und Caruso (2004) ist ein Test zur Einschätzung einer Alkoholabhängigkeit. Die vier Items werden mit "ja" oder "nein" beantwortet. Bei zwei oder mehr Ja-Antworten, besteht die Möglichkeit einer Alkoholabhängigkeit.

Laut des CAGE4-Tests könnte bei 614 (20.2%) von 3037 antwortenden Männern eine Alkoholabhängigkeit bestehen.

4.2 HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI)

4.2.1 HIV-Diagnosen und Viruslast

Wie in Kapitel 3.8 dargestellt gaben insgesamt 323 Befragte an, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben. An dieser Stelle interessiert nun das Jahr, in dem sie erstmals HIV-positiv getestet worden waren. Von 263 antwortenden Männern, gaben 40 MSM an, ihre HIV-Diagnose vor 1996 und damit vor der Einführung antiretroviraler Kombinationstherapie erhalten zu haben. Eine Gruppe von 79 MSM wurden vor 2008 diagnostiziert und damit vor dem so genannten "Swiss-Statement", dass HIV-positive Menschen unter wirksamer Therapie das HI-Virus nicht mehr weitergeben können. Weitere 111 MSM erhielten ihre Diagnose vor 2016 und damit vor der Empfehlung, mit der medikamentösen HIV-Therapie direkt nach Diagnosestellung zu starten, und 33 MSM in den Jahren 2016 und 2017 (vgl. Tabelle 14). 17 Männer gaben an, ihre HIV-Diagnose in den 12 Monaten vor der Befragung erhalten zu haben.

Tabelle 14: Jahr der ersten HIV-Diagnose

Jahr der ersten HIV-Diagnose (N=263)	n	%
1984-1995	40	15.2
1996-2007	79	30.0
2008-2015	111	42.2
2016-2017	33	12.5

Unter den 323 HIV-positiven Männern fanden sich 305 (94.4%), die angaben, ihre Virämie sei laut dem Ergebnis ihrer letzten Viruslastbestimmung supprimiert ("undetectable"). 9 Männer (2.8%) vermerkten, dass bei der letzten Untersuchung ihre Virenlast nachweisbar war und bei 9 Männern (2.8%) war die Virenlast nicht bekannt.

4.2.2 Letzte Diagnose von Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis

Von 3015 antwortenden Männern gaben 722 (23.9%) an, dass bei ihnen mindestens einmal eine Gonorrhoe festgestellt worden war und 521 von 2955 MSM (17.6%) berichteten von mindestens einer Chlamydien- oder LGV-Diagnose in ihrem Leben. 467 von 3029 antwortenden Männern (15.4%) berichteten, dass ihnen mindestens einmal in ihrem Leben eine Syphilis diagnostiziert worden war (vgl. Tabelle 15)².

² Bei den französischsprachigen MSM besteht die Möglichkeit, dass die Frage nach den STI-Diagnosen falsch verstanden wurde, d.h. als «jemals einen STI-Test gemacht» und nicht wie beabsichtigt im Sinne von «jemals ein positives STI-Testresultat erhalten zu haben» gelesen wurde. Die Anzahl STI-Diagnosen kann dadurch leicht höher liegen als dies tatsächlich der Fall ist.

Tabelle 15: Letzte Diagnose von Gonorrhoe, Chlamydien, Syphilis (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Letzte Diagnose	Gonorrhoe (N=3015)		Chlamydien/LGV (N=2955)		Syphilis (N=3029)	
	n	%	n	%	n	%
In den letzten 7 Tagen	3	0.1	6	0.2	6	0.2
In den letzten 4 Wochen	19	0.6	23	0.8	17	0.6
In den letzten 6 Monaten	93	3.1	86	2.9	71	2.3
In den letzten 12 Monaten	193	6.4	171	5.8	130	4.3
In den letzten 5 Jahren	430	14.3	388	13.1	326	10.8
Jemals	722	23.9	521	17.6	467	15.4

Betrachtet man die Betroffenheit in den 12 Monaten vor der Befragung, zeigt sich, dass insgesamt 193 Männer (6.4%) in diesem Zeitraum positiv auf Gonorrhoe getestet worden waren. Bei 171 Männern (5.8%) war im Jahr vor der Befragung Chlamydien und bei 130 Männern (4.3%) eine Infektion mit Syphilis festgestellt worden.

4.2.3 Erste Diagnose von Anal- oder Genitalwarzen

Von den 2981 Antwortenden gaben 447 Männer (15.0%) an, dass bei ihnen schon einmal Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) festgestellt worden waren. Die Tabelle 16 zeigt, zu welchem Zeitpunkt diese Diagnose das erste Mal gestellt wurde.

Insgesamt gaben 56 Männer (1.9%) an, dass ihnen in den 12 Monaten vor der Befragung das erste Mal Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) diagnostiziert worden waren.

Tabelle 16: Erste Diagnose Anal- oder Genitalwarzen (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Erste Diagnose Anal- oder Genitalwarzen (N=2981)	n	%
In den letzten 7 Tagen	2	0.1
In den letzten 4 Wochen	6	0.2
In den letzten 6 Monaten	25	0.8
In den letzten 12 Monaten	56	1.9
In den letzten 5 Jahren	198	6.6
Jemals	447	15.0

4.2.4 Hepatitis C Diagnose und aktuelle Infektion

Von den 2943 Antwortenden gaben 70 (2.4%) an, schon mal eine Hepatitis C Diagnose erhalten zu haben. 64 Männer berichteten, dass sie sich einmal mit Hepatitis C infiziert hatten, 2 Männer berichteten von zwei Infektionen und 3 Männer gaben an, sich dreimal oder häufiger mit Hepatitis C infiziert zu haben. Bei insgesamt 9 Männern (0.3%) wurde Hepatitis C in den 12 Monaten vor der Befragung das erste Mal festgestellt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Erste Diagnose Hepatitis C (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Erste Diagnose Hepatitis C (N=2943)	n	%
In den letzten 4 Wochen	1	0.03
In den letzten 6 Monaten	5	0.2
In den letzten 12 Monaten	9	0.3
In den letzten 5 Jahren	34	1.2
Vor mehr als 5 Jahren	70	2.4

Nach dem gegenwärtigen Hepatitis C Status gefragt, berichteten 20 MSM (28.6%), bei ihnen sei die Infektion spontan ausgeheilt (ohne Behandlung), während 37 Befragte (52.9%) angaben, die Infektion mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung erfolgreich therapiert zu haben. 7 Männer (10.0%) hielten fest, dass sie die Infektion zum Zeitpunkt der Befragung immer noch hatten und weitere 6 (8.6%) kannten ihren aktuellen Hepatitis C Status nicht.

4.2.5 Aktuelle Hepatitis B Infektion

Insgesamt haben 9 von 3052 antwortenden Männern (0.3%) angegeben, an einer chronischen Hepatitis B zu leiden. 149 MSM (4.9%) berichteten eine Hepatitis B gehabt zu haben und aufgrund dessen immun dagegen zu sein.

5 Sex, Schutz- und Risikoverhalten

5.1 Erster und letzter Sex mit Männern

5.1.1 Erster Sex und erster Analverkehr mit einem Mann

Unter Sex wird in dieser Umfrage jeglicher körperliche Kontakt verstanden, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat. Von 3057 antwortenden Männern, gaben 2996 an, schon einmal Sex mit einem Mann gehabt zu haben (98%). Von Analverkehr mit einem Mann berichteten leicht weniger Teilnehmer: 2883 von 2991 antwortenden Männern haben angegeben, dass sie Analverkehr mit einem Mann hatten (96.4%).

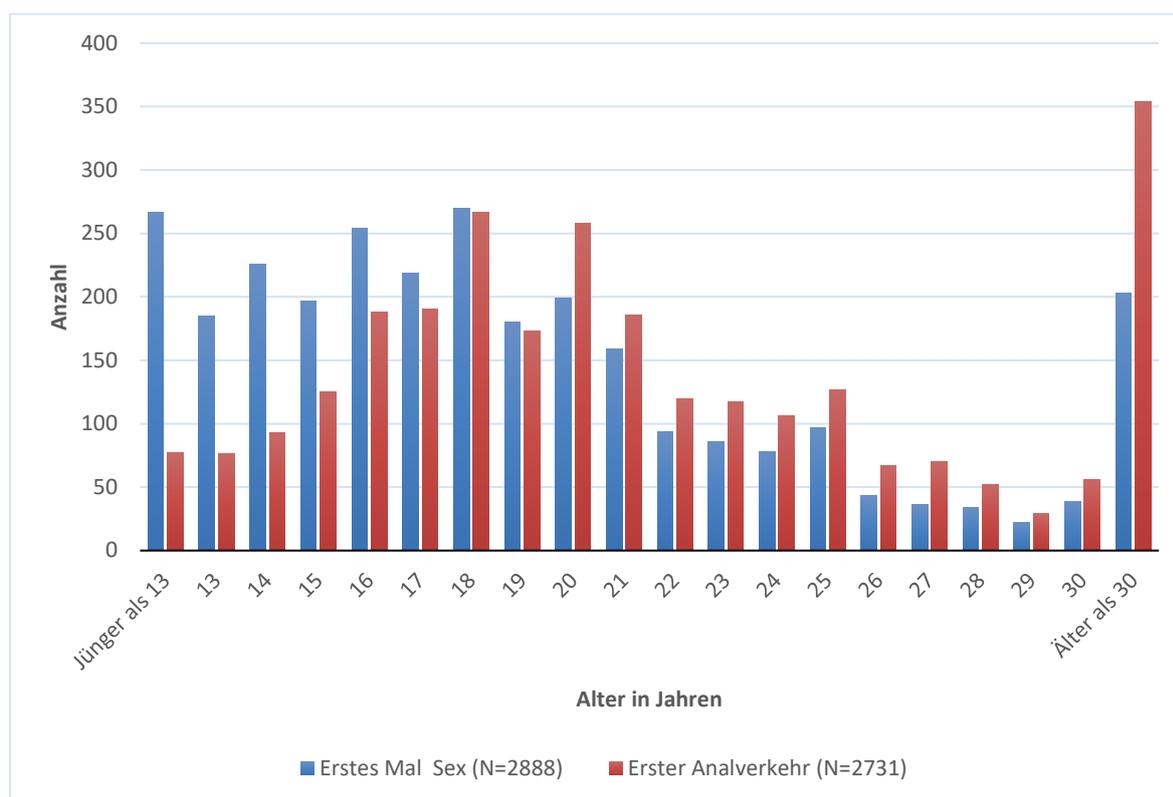


Abbildung 15: Alter beim ersten Sex mit einem Mann und beim ersten Analverkehr mit einem Mann

Verfolgt man das Alter beim ersten Mal Sex mit einem Mann, zeigen die Angaben der 2888 Antwortenden, dass knapp zwei Drittel ($n=1798$, 62.3%) diese Erfahrung als Teenager, d.h. bis zum Alter von 19 Jahren gemacht hatten. Davon waren 267 (9.2%) Männer beim ersten Mal jünger als 13 Jahre alt. Rund ein Fünftel ($n=608$, 21.1%) war laut ihren Angaben zwischen 13 und 15 Jahre alt und knapp ein Drittel ($n=923$, 32.0%) war zwischen 16 und 19 Jahre alt. 848 Befragte (29.4%) notierten, beim ersten Mal Sex mit einem Mann zwischen 20 und 29 Jahre alt gewesen zu sein und 242 Männer (8.4%) gaben an, 30 Jahre alt oder älter gewesen zu sein (vgl. Abbildung 15). Der Median liegt bei 18 Jahren (IQR=7).

Der erste Analverkehr mit einem Mann fand tendenziell etwas später statt. Nur gerade 77 MSM (2.8%) gaben an, beim ersten Analverkehr jünger als 13 Jahre alt gewesen zu sein. 294 MSM (10.8%) waren laut ihren Angaben zwischen 13 und 15 Jahren, 818 (30.0%) zwischen 16 und 19 Jahren und 1132 MSM (41.5%) waren zwischen 20 und 29 Jahre alt. 410

Männer (15%) gaben an, dass sie beim ersten Analverkehr mit einem Mann 30 Jahre alt oder älter gewesen waren (vgl. Abbildung 15). Hier liegt der Median bei 20 Jahren (IQR=8).

5.1.2 Letzter Sex und letzter Analverkehr mit einem Mann

Nach dem zeitlichen Abstand zum letzten Mal Sex mit einem Mann befragt, gaben 1684 (55.2%) der MSM an, dass sie im Laufe der Woche vor der Befragung zum letzten Mal mit einem Mann Sex hatten. Fasst man das letzte Jahr vor der Befragung ins Auge, was später bei der Betrachtung des HIV-Schutzverhaltens immer wieder der Referenzpunkt sein wird, zeigt sich, dass bei insgesamt 2834 (92.9%) Männern das letzte Mal Sex mit einem Mann in diesen Zeitraum fällt. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass die Stichprobe bis auf einige wenige Teilnehmer sexuell aktiv ist und damit auch Einblicke in das aktuelle Verhalten von MSM in der Schweiz bieten kann. Bei 2511 (82.7%) Befragten fällt auch ihr letzter Analverkehr mit einem Mann in diese Zeitspanne (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Letzter Sex und letzter Analverkehr mit einem Mann (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

	Letzter Sex mit einem Mann (N=3051)		Letzter Analverkehr mit einem Mann (N=3037)	
	n	%	n	%
In den letzten 24 Stunden	527	17.3	305	10.0
In den letzten 7 Tagen	1684	55.2	1132	37.3
In den letzten 4 Wochen	2323	76.1	1754	57.8
In den letzten 6 Monaten	2705	88.7	2283	75.2
In den letzten 12 Monaten	2834	92.9	2511	82.7
In den letzten 5 Jahren	2931	96.1	2718	89.5
Jemals	2988	97.9	2868	94.4

5.2 Sex mit festen und nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten

In den folgenden Kapiteln werden die MSM, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde, getrennt von jenen betrachtet, bei denen noch nie eine HIV-Infektion festgestellt wurde. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit werden dabei die Bezeichnungen "Männer mit HIV-Diagnose" und "Männer ohne HIV-Diagnose" verwendet.

5.2.1 Sex mit (dem) festen Partner(n)

Mit dem Begriff «fester Partner» sind Männer gemeint, mit denen die Teilnehmer in einer Beziehung leben und sich auf Grund dieser Beziehung nicht als Single bezeichnen.

Von den 2710 antwortenden Männern ohne HIV-Diagnose gaben 1273 (47.0%) an, in den 12 Monaten vor der Befragung mit einem festen Partner Sex gehabt zu haben. Bei den Männern mit HIV-Diagnose waren dies 154 (48.3%) von 319 Antwortenden.

Bei den folgenden Analysen stehen die Partner bzw. die Anzahl der Partner im Zentrum der Betrachtung: Tabelle 19 und Tabelle 20 zeigen auf, wie viele der Männer mit und ohne HIV-

Diagnose mit welcher Anzahl fester Partner im Jahr vor der Befragung Sex hatten (2. Spalte), wie viele von den Befragten mit welcher Anzahl fester Partner Analverkehr hatten (3. Spalte) und wie viele Befragte mit welcher Anzahl fester Partner beim Analverkehr auf Kondome verzichteten (4. Spalte).

Hierbei ist darauf zu achten, dass die Anzahl Partner, mit denen die befragten MSM Analverkehr ohne Kondom hatten, keinen unmittelbaren Aufschluss darüber gibt, wie konsistent die Befragten sich im Jahr vor der Befragung geschützt hatten. Die Angabe, mit einer bestimmten Anzahl von Partnern Analverkehr ohne Kondom gehabt zu haben, zeigt zwar, dass die Befragten mindestens einmal mit dieser Anzahl Partner Analverkehr ohne Kondom hatten und damit im Jahr vor der Befragung sicherlich nicht "immer" ein Kondom genutzt hatten. Über die Häufigkeit oder Konstanz von kondomlosem Analverkehr ist damit aber keine Aussage getroffen. Ebenso bedeutet die Tatsache, dass die MSM mit ihren festen Partnern ohne Kondom Analverkehr praktizierten, noch keine HIV-Risikoexposition. Wie Tabelle 10 zeigt, leben 915 MSM (76.7%) in einer HIV-konkordanten Beziehung. Ebenso haben 93.3% (n=70) der HIV-positiven Partner der Männer ohne HIV-Diagnose eine nicht-nachweisbare Virenlast.

Tabelle 19: Männer ohne HIV-Diagnose: Anzahl feste männliche Partner, mit denen die Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten

Anzahl feste Partner mit Sex (N=1260)		... mit Analverkehr (N=1104)		... mit Analverkehr ohne Kondom (N=823)	
	n	%	n	%	n	%
1	903	71.7	862	78.1	709	86.1
2 bis 5	262	20.8	193	17.5	104	12.6
6 oder mehr	95	7.5	49	4.4	10	1.2

Tabelle 20: Männer mit HIV-Diagnose: Anzahl feste männliche Partner, mit denen die Befragten in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten

Anzahl feste Partner mit Sex (N=151)		... mit Analverkehr (N=137)		... mit Analverkehr ohne Kondom (N=109)	
	n	%	n	%	n	%
1	92	60.9	88	64.2	71	65.1
2 bis 5	34	22.5	29	21.2	25	22.9
6 oder mehr	25	16.6	20	14.6	13	11.9

5.2.2 Sex mit nicht-festen Partnern

Mit dem Begriff «nicht-feste Partner» werden Männer gemeint, mit denen die Teilnehmer entweder nur ein Mal Sex hatten oder Männer, mit denen sie mehrmals Sex hatten, sie jedoch nicht als ihren festen Freund ansehen (z.B. One-Night-Stands, anonyme oder Gelegenheitspartner oder regelmässige Sexpartner).

In den 12 Monaten vor der Befragung hatten 74.8% (n=2022) der 2703 antwortenden Männer ohne HIV-Diagnose und 87.5% (n=279) der 319 Männer mit HIV-Diagnose Sex mit nicht-festen Partnern.

Tabelle 21 und Tabelle 22 zeigen die Anzahl nicht-fester Partner, mit denen die antwortenden Männer ohne HIV-Diagnose und Männer mit HIV-Diagnose in den 12 Monaten vor der Befragung Sex hatten, mit wie vielen sie Analverkehr ausübten und mit wie vielen Partnern sie Analverkehr ohne Kondom hatten.

Auch hier ist darauf zu achten, dass aus der Anzahl nicht-fester Partner, mit denen die befragten MSM Analverkehr ohne Kondom hatten, keinen unmittelbaren Aufschluss darüber gibt, wie konsistent die Befragten sich im Jahr vor der Befragung geschützt hatten. Die Angabe, mit einer bestimmten Anzahl von nicht-festen Partnern Analverkehr ohne Kondom gehabt zu haben, zeigt zwar, dass die Befragten mindestens einmal mit dieser Anzahl nicht-festen Partnern Analverkehr ohne Kondom hatten und damit im Jahr vor der Befragung sicherlich nicht "immer" ein Kondom genutzt hatten. Über die Häufigkeit oder Konstanz von kondomlosem Analverkehr ist damit aber keine Aussage getroffen. Ebenso bedeutet die Tatsache, dass die MSM mit ihren nicht-festen Partnern ohne Kondom Analverkehr praktizierten, noch keine HIV-Risikoexposition. Hingegen ist der Analverkehr ohne Kondom mit nicht-festen Partnern mit Blick auf andere sexuell übertragbare Infektionen von Bedeutung.

Tabelle 21: Männer ohne HIV-Diagnose: Anzahl nicht-feste Partner, mit denen die Antwortenden in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten

Anzahl nicht-feste Partner...	... mit Sex (N=2000)		... mit Analverkehr (N=1699)		... mit Analverkehr ohne Kondom (N=743)	
	n	%	n	%	n	%
1 bis 2	417	20.9	564	33.2	424	57.1
3 bis 4	355	17.8	354	20.8	112	15.1
5 bis 6	312	15.6	213	12.5	62	8.3
7 bis 8	152	7.6	92	5.4	14	1.9
9 bis 10	164	8.2	94	5.5	38	5.1
11-20	295	14.8	198	11.7	46	6.2
21-30	132	6.6	83	4.9	23	3.1
31-40	53	2.7	32	1.9	4	0.5
41-50	31	1.6	22	1.3	6	0.8
mehr als 50	89	4.5	47	2.8	14	1.9

Tabelle 22: Männer mit HIV-Diagnose: Anzahl nicht-feste Partner, mit denen die Antwortenden in den 12 Monaten vor der Befragung Sex, Analverkehr und Analverkehr ohne Kondom hatten

Anzahl nicht-feste Partner...	... mit Sex (N=278)		... mit Analverkehr (N=254)		... mit Analverkehr ohne Kondom (N=208)	
	n	%	n	%	n	%
1 bis 2	28	10.1	37	14.6	45	21.6
3 bis 4	35	12.6	39	15.4	35	16.8
5 bis 6	37	13.3	27	10.6	27	13.0
7 bis 8	6	2.2	6	2.4	5	2.4
9 bis 10	23	8.3	23	9.1	17	8.2
11-20	51	18.3	45	17.7	31	14.9
21-30	23	8.3	18	7.1	16	7.7
31-40	17	6.1	18	7.1	8	3.8
41-50	10	3.6	7	2.8	2	1.0
mehr als 50	48	17.3	34	13.4	22	10.6

Fasst man die Angaben vergleichend ins Auge, wird deutlich, dass der Anteil Männer, die im Jahr vor der Befragung mit bis zu 20 nicht-festen Partnern Sex hatten, unter den Befragten ohne HIV-Diagnose einen Anteil von 84.8% darstellen, während dies bei den Befragten mit HIV-Diagnose 64.7% sind. Betrachtet man die Extreme der erhobenen Skala zeigt sich, dass 20.9% der MSM ohne HIV-Diagnose und 10.1% der Männer mit HIV-Diagnose im Jahr vor der Befragung Sex mit ein bis zwei nicht-festen Partnern hatten. Von den Männern ohne HIV-Diagnose gaben 4.5% an, mit mehr als 50 nicht-festen Partnern Sex gehabt zu haben. Dieselbe Anzahl nicht-fester Partner wurde hingegen von 17.3% der MSM mit HIV-Diagnose angegeben. Diese Gegenüberstellung vermag zu verdeutlichen, dass heute Männer mit HIV-Diagnose an typischen Mustern des Sexlebens der Community partizipieren und ein aktives Sexleben haben. Zumindest mit Blick auf nicht-feste Partner ist mithin nicht von einem Ausschluss von Männern mit HIV-Diagnose auszugehen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass bei den meisten die Virenlast supprimiert ist (94.4%) und die Botschaft, dass HIV-Positive unter wirksamer ART nicht mehr infektiös sind, in der Community angekommen ist.

5.3 Kondomgebrauch mit nicht-festen Partnern

Bei der nun folgenden Betrachtung steht nun nicht mehr die Anzahl Partner, sondern das Verhalten der Befragten im Zentrum.

5.3.1 Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern

Unter den Männern ohne HIV-Diagnose gaben insgesamt 52.0% (n=882) an, in den 12 Monaten vor der Befragung beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern *immer* ein Kondom benutzt zu haben, während 48% (n=814) in unterschiedlichem Ausmass auf Kondome verzichtet hatten.

Bei den Männern mit HIV-Diagnose berichteten 13.4% (n=34) davon, im Jahr vor der Befragung beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern *immer* ein Kondom benutzt zu haben. 86.6% (n=220) der Männer mit HIV-Diagnose gaben an, in diesem Zeitraum in unterschiedlichem Ausmass auf Kondome verzichtet zu haben (vgl. Abbildung 16).

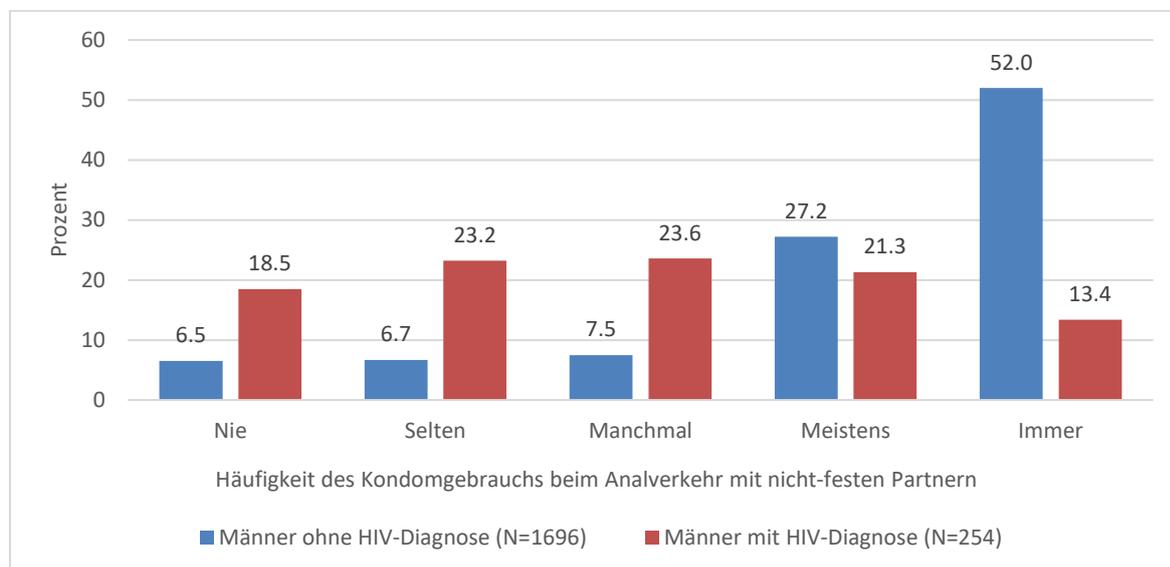


Abbildung 16: Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Männern mit und ohne HIV-Diagnose

Damit stehen bei den Männern ohne HIV-Diagnose 882 Befragte, die sich beim Sex mit nicht-festen Partnern im Jahr vor der Befragung konsistent mit Kondomen geschützt haben, 814 gegenüber, die sich nicht konsistent mit Kondomen geschützt hatten.

An dieser Stelle ist von Interesse, inwiefern sich die Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Partnern nach Nutzung der PrEP unterscheidet. In Abbildung 17 wird deutlich, dass MSM, welche die PrEP einnehmen oder jemals einnahmen, weniger häufig Kondome beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nutzten ($\beta = -0.25$, Cohen's $d = -0.52$, $p \leq 0.000$). Während 55.1% der Befragten, die keine PrEP einnahmen (bzw. je eingenommen hatten), angaben, beim Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung immer Kondome genutzt zu haben, waren dies unter den MSM, die PrEP einnahmen (bzw. jemals eingenommen hatten), 7.8% (vgl. Abbildung 17).

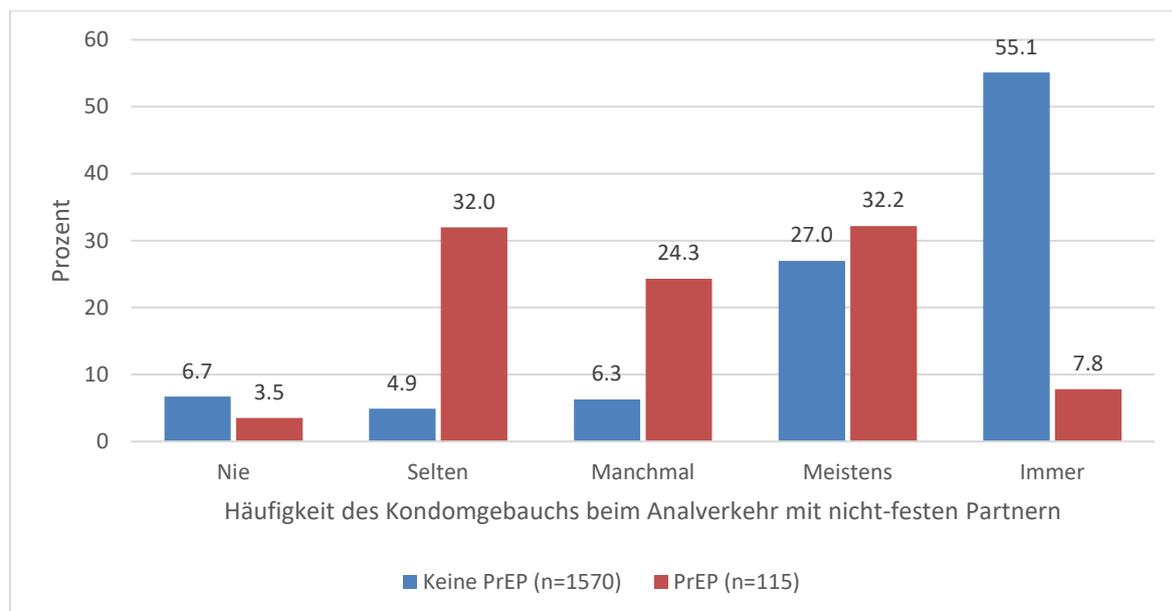


Abbildung 17: Einnahme der PrEP und Häufigkeit des Kondomgebrauchs der Männer ohne HIV-Diagnose beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern (N=1685)

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Kondomgebrauch beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern in den letzten 12 Monaten bei Männern ohne HIV-Diagnose

- **Bildung:** MSM, die längere Zeit in Ausbildung verbrachten, nutzten mit ihren nicht-festen Partnern häufiger Kondome als jene mit weniger Jahren in Ausbildung ($\beta = 0.14$; Cohen's $d = 0.28$, $p \leq 0.000$).
- **Einkommenssituation:** Je besser die MSM ihre Einkommenssituation beurteilten, desto häufiger nutzen sie beim Sex mit nicht-festen Partnern Kondome ($\beta = -0.11$ Cohen's $d = -0.22$, $p \leq 0.000$).

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Erwerbstätigkeit, Alter, Beziehungsstatus, Coming-out, Grösse des Wohnortes

5.3.2 Analverkehr ohne Kondom mit HIV-positiven nicht-festen Partnern

Der Fokus liegt hier auf den MSM, die angaben, dass sie in den 12 Monaten vor der Befragung beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern *nicht immer* ein Kondom benutzt hatten. Von den Männern ohne HIV-Diagnose (N=813) in dieser Situation gaben 146 (18%) an, dass sie den kondomlosen Verkehr mit einem nicht-festen Partner hatten, von dem sie wussten, dass er HIV-positiv war.

Von den Männern mit HIV-Diagnose (N=220) gaben 139 (63.2%) an, den Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner gehabt zu haben, von dem sie wussten, dass er auch HIV-positiv war.

Tabelle 23 zeigt, welche Angaben die Männer bezüglich der Viruslast der HIV-positiven nicht-festen Partnern gemacht haben, mit denen sie in den 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondom praktiziert hatten. Konkret waren diese Männer aufgefordert, anzugeben, ob die Viruslast bei ihren Partnern definitiv unter oder über der Nachweisgrenze gelegen habe.

Tabelle 23: Angaben zur Viruslast der HIV-positiven nicht-festen Partner beim Analverkehr ohne Kondom

Viruslast der HIV-positiven nicht-festen Partner beim Analverkehr	Männer ohne HIV-Diagnose (N=142)		Männer mit HIV-Diagnose (N=139)	
	n	%	n	%
Bei allen nicht nachweisbar ("undetectable")	108	76.1	81	58.3
Bei einigen nicht nachweisbar ("undetectable")	21	14.8	26	18.7
Bei allen nachweisbar	4	2.8	2	1.4
unbekannt	9	6.3	30	21.6

Drei Viertel der Männer ohne HIV-Diagnose (n=108, 76.1%) und etwas mehr als die Hälfte der Männer mit HIV-Diagnose (n=81, 58.3%) gaben an, dass die Viruslast bei allen ihren HIV-positiven nicht-festen Partnern, mit denen sie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondom praktiziert hatten, nicht nachweisbar war.

17.6% der Männer ohne HIV-Diagnose (n=25) und 20.1% der Männer mit HIV-Diagnose (n=28) gaben an, dass mindestens bei einem nicht-festen Partner die Viruslast nachweisbar war. Das Resultat der Viruslastbestimmung der HIV-positiven nicht-festen Partner nicht zu kennen, war bei den antwortenden Männern mit HIV-Diagnose (n=30; 21.6%) über drei Mal häufiger der Fall als bei den Männern ohne HIV-Diagnose (n=9; 6.3%).

Von den Männern ohne HIV-Diagnose, die angaben, dass bei all ihren HIV-positiven nicht-festen Partnern die Viruslast nicht nachweisbar gewesen war (N=108), gaben 59% (n=64) an, bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nie eine PrEP eingenommen zu haben. Bei denen, die angaben, dass die Viruslast bei mindestens einer Person nachweisbar war (N=25), haben 52% (n=13) angegeben, die PrEP noch nie genommen zu haben. Und von den 9 MSM ohne HIV-Diagnose, die berichteten die Viruslast ihrer nicht-festen Partner nicht zu kennen, gaben rund 78% (n=7) an, bis zum Befragungszeitpunkt die PrEP noch nie genutzt zu haben.

5.3.3 Analverkehr ohne Kondom mit HIV-negativen nicht-festen Partnern

Der Fokus liegt hier wiederum auf den MSM, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung beim Analverkehr mit nicht-festen Partnern gemäss ihren Angaben *nicht immer* ein Kondom benutzt hatten.

Von den Männern ohne HIV-Diagnose (N=811) in dieser Situation gaben 556 (68.6%) an, dass sie den kondomlosen Verkehr mit einem nicht-festen Partner hatten, von dem sie wussten, dass er auch HIV-negativ war.

Von den Männern mit HIV-Diagnose (N=218) gaben 129 (59.2%) an, den Analverkehr ohne Kondom mit einem nicht-festen Partner gehabt zu haben, von dem sie wussten, dass er HIV-negativ war.

Tabelle 24 stellt dar, welche Angaben die Männer bezüglich der PrEP Nutzung der HIV-negativen nicht-festen Partner gemacht haben, mit denen sie in den 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondome praktiziert hatten. Konkret waren diese Männer aufgefordert, anzugeben, ob sie gewusst hätten, ob diese HIV-negativen nicht-festen Partner "definitiv" PrEP nutzten.

Tabelle 24: Angaben zur PrEP Nutzung der HIV-negativen nicht-festen Partner beim Analverkehr ohne Kondom

PrEP Nutzung der HIV-negativen nicht-festen Partner beim Analverkehr ohne Kondom	Männer ohne HIV-Diagnose (N=549)		Männer mit HIV-Diagnose (N=126)	
	n	%	n	%
Alle	50	9.1	18	14.3
Einige von ihnen	106	19.3	46	36.5
Keiner	191	34.8	24	19.0
unbekannt	202	36.8	38	30.2

Mehr als die Hälfte der Männer ohne HIV-Diagnose (n=297; 54.1%), als auch der Männer mit HIV-Diagnose (n=70; 55.6%) gaben an, dass mindestens ein HIV-negativer nicht-fester Partner, mit dem sie in den 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondom hatten, nicht die PrEP einnahm.

Von den Männern ohne HIV-Diagnose, die angaben, dass alle ihre HIV-negativen nicht-festen Partner die PrEP einnahmen (N=50), gaben 80% (n=40) an, bis zum Zeitpunkt der Befragung selbst noch nie die PrEP eingenommen zu haben. Von jenen die angaben, dass mindestens einer ihrer HIV-negativen nicht-festen Partner die PrEP nicht einnahm (N=297), hatten 81.5 % (n=242) bis zum Zeitpunkt der Befragung selbst noch nie die PrEP eingenommen. Von denen, die nicht wissen, ob ihre HIV-negativen nicht-festen Partner die PrEP nutzen (N=202), gaben 92.1% (n=186) an, selbst noch nie die PrEP genutzt zu haben.

Bei den 129 Männern mit HIV-Diagnose, die Analverkehr ohne Kondom mit einem HIV-negativen nicht-festen Partner praktizierten, haben bis auf drei Personen alle angegeben, dass laut den Resultaten der letzten Untersuchung, ihre Viruslast nicht nachweisbar sei.

5.3.4 Analverkehr ohne Kondom mit nicht-festen Partnern mit unbekanntem HIV-Status

Von den Männern ohne HIV-Diagnose (N=814) gaben 427 (52.5%) an, dass sie kondomlosen Verkehr mit einem nicht-festen Partner hatten, dessen HIV-Status sie nicht kannten bzw. sie nicht interessiert hatte. Von diesen gaben 341 MSM (79.9%) an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung selbst noch nie die PrEP eingenommen haben.

Unter den Männern mit HIV-Diagnose (N=220) gaben 159 (72.3%) an, dass sie kondomlosen Verkehr mit einem nicht-festen Partner hatten, dessen HIV-Status sie nicht kannten bzw. sie nicht interessiert hatte. Von diesen gaben 151 (95.0%) an, zum Zeitpunkt der Befragung undetectable gewesen zu sein, 4 gaben an detectable gewesen zu sein und 3 weitere MSM haben angegeben, das Resultat ihrer letzten Viruslastbestimmung nicht (mehr) zu wissen.

5.4 Sex mit Frauen

5.4.1 Letzter Sex mit einer Frau

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

Von 2720 antwortenden Männer ohne HIV-Diagnose gaben 1338 an (49.2%), jemals mit einer Frau Sex gehabt zu haben. 357 (13.1%) berichteten, das letzte Mal Sex mit einer Frau in dem Jahr vor der Befragung gehabt zu haben.

Bei den Männern mit HIV-Diagnose waren es 172 von 321 MSM (53.6%), die angaben, jemals mit einer Frau Sex gehabt zu haben. 24 (7.5%) berichteten, den letzten Sex mit einer Frau in den 12 Monaten vor der Befragung gehabt zu haben (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Letzter Sex mit einer Frau (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Letzter Sex mit einer Frau	Männer ohne HIV-Diagnose (N=2720)		Männer mit HIV-Diagnose (N=321)	
	n	%	n	%
In den letzten 24 Stunden	38	1.4	2	0.6
In den letzten 7 Tagen	141	5.2	9	2.8
In den letzten 4 Wochen	217	8.0	11	3.4
In den letzten 6 Monaten	284	10.4	19	5.9
In den letzten 12 Monaten	357	13.1	24	7.5
In den letzten 5 Jahren	518	19.0	37	11.5
Jemals	1338	49.2	172	53.6

5.4.2 Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den letzten 12 Monaten

Mit Blick auf die 12 Monate vor der Befragung berichteten 323 der Männer ohne HIV-Diagnose (11.9%) und 22 der Männer mit HIV-Diagnose (6.9%), Vaginal- oder Analverkehr mit einer Frau gehabt zu haben. Über die Hälfte der Männer ohne HIV-Diagnose (n=187, 57.9%) und der Männer mit HIV-Diagnose (n=12, 54.5%) hatte lediglich mit einer Frau Sex (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den letzten 12 Monaten

Anzahl Frauen mit Vaginal- oder Analverkehr in den letzten 12 Monaten	Männer ohne HIV-Diagnose (N=323)		Männer mit HIV-Diagnose (N=22)	
	n	%	n	%
1	187	57.9	12	54.5
2 bis 5	114	35.3	9	40.9
6 oder mehr	22	6.8	1	4.5

5.4.3 Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen

Tabelle 27 bietet eine Übersicht über die Angaben der Befragten zu ihrem Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen im Jahr vor der Befragung.

Tabelle 27: Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung

Kondomgebrauch beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den letzten 12 Monaten	Männer ohne HIV-Diagnose (N=321)		Männer mit HIV-Diagnose (N=21)	
	n	%	n	%
Nie	128	39.9	6	28.6
Selten	19	5.9	5	23.8
Manchmal	19	5.9	2	9.5
Meistens	29	9.0	3	14.3
immer	126	39.3	5	23.8

Dabei haben 126 Männer ohne HIV-Diagnose (39.3%) und 5 Männer mit HIV-Diagnose (23.8%) angegeben, dass sie in den 12 Monaten vor der Befragung beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen *immer* ein Kondom benutzt hatten.

Von den Männern ohne HIV-Diagnose, die angegeben haben, *nicht immer* ein Kondom benutzt zu haben (N=195), gaben 97.9% (n=191) an, dass sie bis zum Zeitpunkt der Befragung noch nie die PrEP eingenommen hatten. Weiter gaben 10 Männer mit HIV-Diagnose an, undetectable zu sein. Ein Mann mit HIV-Diagnose gab an, keine unterdrückte Virenlast zu haben und 4 MSM haben angegeben, das Resultat ihrer Viruslastbestimmung nicht zu wissen.

5.5 Konsum von Alkohol, Tabak und stimulierenden Substanzen

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

5.5.1 Letzter Konsum nach Substanzen

Die Befragung setzt damit ein, die Prävalenz des Konsums von Alkohol, Tabak, Beruhigungsmitteln, Substanzen um eine Erektion aufrechtzuerhalten und stimulierenden Substanzen zu erheben. Die Ergebnisse hinsichtlich des letzten Konsums dieser Substanzen finden sich in der Tabelle 28 zusammengestellt.

Auf die Frage hin, ob die Teilnehmer jemals irgendwelche andere Drogen als Alkohol, Tabak, Poppers, Substanzen wie Viagra oder Beruhigungsmittel eingenommen hatten, antworteten 1468 (47.9%) mit ja.

Tabelle 28: Konsum von Alkohol, Tabak, Beruhigungsmittel, Potenzmittel und stimulierenden Substanzen (kumulierte Prozente)

	Alkohol (N=3057)	Tabakprodukte (N=3059)	Poppers (N=3060)	Substanzen um eine Erektion aufrechtzuerhal- ten (z.B. Viagra) (N=3050)	Beruhigungs- mittel (z.B. Va- lium, Xanax) (N=3056)	Cannabis (N=3022)	synthetische Cannabinoide (z.B. Spice, K2) (N=3013)	Ecstasy (MDMA) in Tablettenform (N=3019)	Ecstasy (MDMA) in kristalliner Form oder Pulver (N=3020)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
in den letzten 24h	44.2	30.2	6.5	2.9	2.3	5.2	0.2	0.2	0.4
in den letzten 7d	79.3	35.4	18.4	9.6	3.8	9.0	0.3	1.2	0.9
in den letzten 4W	89.0	40.2	26.4	15.3	5.4	13.5	0.5	2.7	2.1
in den letzten 6M	92.6	46.0	34.6	21.5	7.7	20.9	1.2	6.3	5.3
in den letzten 12M	93.8	49.8	40.3	24.9	10.2	25.6	1.8	8.6	7.2
in den letzten 5J	95.0	56.1	49.8	30.1	14.9	34.4	2.7	13.5	11.1
Jemals	96.7	72.5	61.6	33.3	21.0	46.6	4.2	20.2	14.1

	Amphetamine (Speed) (N=3017)	Metham- phetamin (N=3022)	Heroin oder ähnliche Substan- zen (z.B. Fentanyl oder Instanyl) (N=3020)	Mephedron (N=3015)	andere synthetische Stimulantien (z.b. MXE, Badesalz, 3-MMC, 4- MEC, 4_FA, XTC-light) (N=3021)	GHB/GBL (N=3021)	Ketamin (N=3016)	LSD (N=3016)	Kokain (N=3017)	Crack (N=3018)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
in den letzten 24h	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.7	0.1	0.1	0.6	0.1
in den letzten 7d	1.0	1.1	0.3	0.5	0.5	1.6	0.5	0.2	2.2	0.2
in den letzten 4W	1.8	1.9	k.A.	0.6	0.6	3.1	1.2	0.5	4.7	0.2
in den letzten 6M	3.9	3.3	0.6	1.2	1.0	5.4	2.6	1.5	7.9	0.4
in den letzten 12M	5.5	4.3	0.8	1.8	1.5	7.0	3.9	2.5	10.8	0.5
in den letzten 5J	8.9	5.8	1.2	2.9	2.0	10.1	6.0	4.3	15.3	0.8
Jemals	14.2	7.4	2.7	3.4	2.5	13.4	8.7	9.7	22.8	1.5

5.5.2 Injektion von Steroiden und stimulierenden Substanzen

Mit Blick auf die Injektion von Substanzen zeigt sich, dass 33 (1.1%) von 3045 antwortenden MSM angaben, in den 12 Monaten vor der Befragung Anabolika (Steroide) gespritzt zu haben. Bei 35 Antwortenden (1.1%) lag dies mehr als 12 Monate zurück.

Ähnlich sieht es beim Spritzen von Drogen aus (ausgenommen Anabolika oder ärztlich verschriebene Medikamente). 39 (1.3%) der antwortenden 3052 Männer berichteten, dass sie in den 12 Monaten vor der Befragung Drogen gespritzt hatten um high zu werden (*slamming*). Weitere 36 (1.2%) hatten dies mehr als 12 Monate vor der Befragung gemacht.

Von 36 Männern, die in den 12 Monaten vor der Befragung Drogen spritzten, gaben 6 Männer an, dies einmalig gemacht zu haben; 7 MSM berichteten von 2 bis 4 Mal, weitere 7 MSM von 5 bis 9 Mal und 16 Männer haben angegeben, 10 Mal oder häufiger Drogen gespritzt zu haben.

In Abbildung 18 ist ersichtlich, wie viele Männer in der Stichprobe im Jahr vor der Befragung welche Drogen gespritzt hatten. Die mit Abstand am häufigsten angegebene Droge, die sich die MSM in den letzten 12 Monaten vor der Befragung gespritzt hatten, war Crystal Meth (n=29), gefolgt von Ketamin (n=11) und Kokain (n=10).

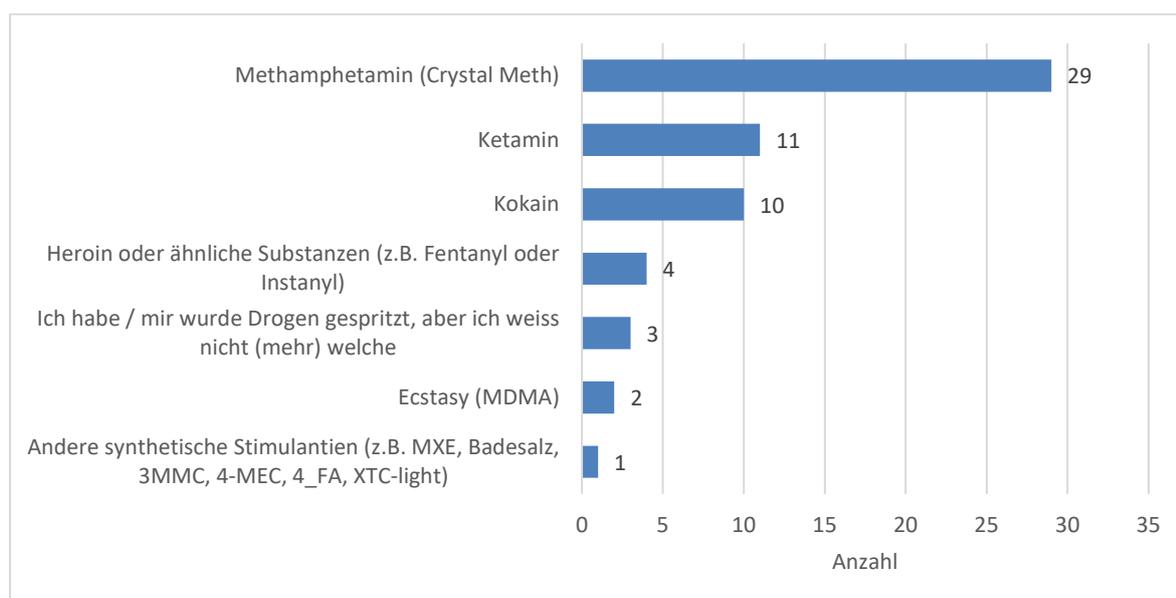


Abbildung 18: Anzahl MSM und Art der gespritzten Droge(n) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (N=36, Mehrfachnennungen)

Betrachtet man in diesem Zusammenhang den Spritzentausch, zeigt sich, dass insgesamt 15 Männer angaben, mindestens einmal eine gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt zu haben.

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

5.6 Kombinieren von Sex und stimulierenden Substanzen

Für den Konsum von stimulierenden Substanzen während des Sexes ist der Begriff "Chemsex" gängig geworden. Chemsex hat in den letzten Jahren Aufmerksamkeit erlangt, auch in den Massenmedien. Ein in den Sozialwissenschaften wesentlich länger diskutiertes Konsumverhalten, das in seiner Wirkung auf das HIV-Schutzverhalten allerdings uneinheitlich beurteilt wird, ist der Alkoholkonsum. Im Folgenden wird nun die Prävalenz von Sex unter dem Einfluss von Alkohol und stimulierenden Substanzen dargestellt und kontextualisiert.

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

Insgesamt haben 1562 (58.8%) der 2658 antwortenden MSM angegeben, mindestens einmal in den 12 Monaten vor der Befragung Sex mit Männern unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol gehabt zu haben. Allerdings gaben 45.8% dieser Männer (n=715) an, dies "so gut wie gar nicht" gemacht zu haben. 34.4% (n=538) schätzten die Häufigkeit von Sex unter Drogen oder Alkohol bei etwa der Hälfte oder weniger als der Hälfte der Sexualkontakte ein und 19.8% (n=309) gaben an, dass dies bei mehr als der Hälfte ihrer Sexualkontakte, "fast jedes Mal" oder sogar "jedes Mal" der Fall war, wenn sie mit Männern Sex hatten (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Sex mit Männern unter dem Einfluss von Alkohol oder stimulierenden Substanzen

Häufigkeit von Sex unter Drogen oder Alkohol (N=2658)	n	%
Gar nicht	1096	41.2
So gut wie gar nicht	715	26.9
Weniger als die Hälfte der Male	361	13.6
Etwa die Hälfte der Male	177	6.7
Mehr als die Hälfte der Male	149	5.6
Fast jedes Mal	137	5.2
Jedes Mal, wenn ich Sex mit Männern hatte	23	0.9

5.6.2 Letzter Sex nüchtern, Chemsex und Gruppensex unter stimulierenden Substanzen

Bei 228 Männern (7.5%) lag der letzte Sex, den sie vollständig unbeeinflusst von Alkohol und anderen Substanzen gehabt hatten, länger als ein Jahr zurück. Ein kleiner Anteil von 206 Männern (6.8%) berichteten sogar, noch nie nüchtern Sex gehabt zu haben (ungeachtet des Geschlechts der Partner_innen) (vgl. Tabelle 30).

Tabelle 30: Letzter Sex nüchtern (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Letzter Sex nüchtern (N=3048)	n	%
In den letzten 24 Stunden	376	12.3
In den letzten 7 Tagen	1365	44.8
In den letzten 4 Wochen	1989	65.3
In den letzten 6 Monaten	2420	79.4
In den letzten 12 Monaten	2614	85.8
In den letzten 5 Jahren	2746	90.1
Jemals	2842	98.2

Insgesamt gaben 568 MSM (18.8%) an, dass sie mindestens einmal stimulierende Substanzen (z.B. Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetamine, Methamphetamin, Mephedron oder Ketamin) konsumierten, um längeren oder intensiveren Sex zu haben. Bei über der Hälfte dieser Männer (n=357) war dies in den 12 Monaten vor der Befragung das letzte Mal der Fall (vgl. Tabelle 31).

Aus Sicht der Primärprävention lohnt sich hier ein Blick auf die Männer ohne HIV-Diagnose. Unter den MSM, die in den 12 Monaten vor der Befragung stimulierenden Substanzen für längeren oder intensiveren Sex konsumierten, waren 251 Männer (44.2%) ohne HIV-Diagnose. Sechs dieser Männer waren im Alter zwischen 17 und 20 Jahren, 20 Männer waren zwischen 21 und 25 Jahre alt und 37 waren zwischen 26 und 30 Jahren. Dies bedeutet, dass ein Viertel der Männer ohne HIV-Diagnose, die in den 12 Monaten vor der Befragung stimulierende Substanzen konsumierten, um längeren oder intensiveren Sex zu haben, 30 Jahre alt oder jünger waren (n=63, 25.1%).

Tabelle 31: Konsum von stimulierenden Substanzen für längeren oder intensiveren Sex (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Letzter Konsum von stimulierenden Substanzen für längeren oder intensiveren Sex (N=3019)	n	%
In den letzten 24 Stunden	26	0.9
In den letzten 7 Tagen	100	3.3
In den letzten 4 Wochen	191	6.3
In den letzten 6 Monaten	297	9.8
In den letzten 12 Monaten	357	11.8
In den letzten 5 Jahren	461	15.3
Jemals	568	18.8

Tabelle 32: Konsum von stimulierenden Substanzen im Rahmen von Gruppensex (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Letzter Konsum von stimulierenden Substanzen im Rahmen von Gruppensex (N=3019)	n	%
In den letzten 24 Stunden	8	0.3
In den letzten 7 Tagen	46	1.5
In den letzten 4 Wochen	100	3.3
In den letzten 6 Monaten	164	5.4
In den letzten 12 Monaten	203	6.7
In den letzten 5 Jahren	283	9.4
Jemals	349	11.6

Vom Konsum stimulierender Substanzen im Rahmen von Gruppensex (Sex mit mehr als einem Mann) berichteten 349 (11.6%) MSM. Bei mehr als der Hälfte dieser Männer (n=203) war dies in den 12 Monaten vor der Befragung das letzte Mal der Fall (vgl. Tabelle 32).

Auch hier zeigt sich, dass rund ein Viertel der Männer ohne HIV-Diagnose (N=134), die in den 12 Monaten vor der Befragung stimulierende Substanzen im Rahmen von Gruppensex konsumierten, 30 Jahre alt oder jünger waren (n=31, 23.1%). Vier MSM befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im Alter zwischen 19 und 20 Jahren, 9 MSM im Alter zwischen 21 und 25 Jahren und 18 MSM zwischen 26 und 30 Jahren.

5.6.3 Ort des letzten Gruppensexes unter stimulierenden Substanzen

Der letzte Gruppensex unter stimulierenden Substanzen fand bei denen, die berichteten, dass er nicht länger als 12 Monate zurücklag (N=203), überwiegend im privaten Rahmen statt. Drei Viertel berichtete, dass der Gruppensex entweder bei ihnen zu Hause (n=49, 24.1%), bei jemand anderem zu Hause (n=91, 44.8%) oder in einem Hotelzimmer (n=14, 6.9%) stattfand. Bei den restlichen MSM fand der letzte Gruppensex unter stimulierenden Substanzen im Rahmen von kommerziellen Angeboten statt: Darkroom, schwulen Sex-Club oder öffentliche schwulen Sex-Party (n=29, 14.3%), Schwulensauna (n=15, 7.4%), Cruising-Ort (n=2, 1.0%) sowie andere Orte (n=3, 1.5%).

5.6.4 Dauer der Kombination von Gruppensex mit Konsum von stimulierenden Substanzen

Die Hälfte der 192 antwortenden MSM, die angaben, in den 12 Monaten vor der Befragung Gruppensex unter stimulierenden Substanzen gehabt zu haben, berichteten, diese Kombination seit weniger als 4 Jahren zu praktizieren (n=96, 50%) (vgl. Tabelle 33). Demgegenüber gab ein Drittel (n=65, 33.8%) an, dies schon seit 9 oder mehr Jahren zu tun.

Tabelle 33: Dauer der Kombination von Gruppensex mit Konsum von stimulierenden Substanzen

Wie viele Jahre kombinieren Sie schon Substanzen und Sex mit mehreren Sexualpartnern? (N=192)	n	%
Weniger als 1 Jahr	34	17.7
Weniger als 2 Jahre	58	30.2
Weniger als 3 Jahre	75	39.1
Weniger als 4 Jahre	96	50.0
Weniger als 5 Jahre	114	59.4
Weniger als 6 Jahre	121	63.0
Weniger als 7 Jahre	122	63.5
Weniger als 8 Jahre	125	65.1
Weniger als 9 Jahre	127	66.1

5.7 Nutzung der Post-Expositionsprophylaxe (PEP)

Von den 2703 antwortenden Männern ohne HIV-Diagnose berichteten 234 (8.7%), schon einmal versucht zu haben, eine PEP zu bekommen (egal ob sie letztlich verschrieben oder eingenommen wurde). Von diesen Männern gaben 145 (62%) an, einmal mit einer PEP behandelt worden zu sein und weitere 33 (14.1%) notierten, mehr als einmal eine PEP eingenommen zu haben. 20 MSM (8.5%) berichteten, dass sie zwar eine PEP verschrieben bekommen hatten, sich dann aber dagegen entschieden, diese einzunehmen. 34 MSM (14.5%) gaben an, trotz ihrem Bemühen keine PEP verschrieben erhalten zu haben.

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge Nutzung der PEP: Alter, Coming-out, Beziehungsstatus, Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommenssituation, Grösse des Wohnortes

Von den MSM mit HIV-Diagnose (N=321) gaben 29 (9.0%) an, vor ihrer HIV-Diagnose versucht zu haben, eine PEP zu bekommen. Darunter waren 18 Männer, die einmal mit einer PEP behandelt worden waren, und 2 Männer, die mehr als einmal eine PEP machten. Weitere 9 MSM gaben an, die PEP trotz ihrem Ersuchen nicht erhalten zu haben. Aus den Angaben von 187 Befragten geht hervor, dass 156 (83.4%) ihre letzte PEP wie verschrieben 4 Wochen lang eingenommen hatten. 31 MSM (16.6%) brachen die Prophylaxe innerhalb der ersten 7 Tage ab. 13 MSM nahmen sie zwischen 10 und 25 Tage lang ein.

5.8 Nutzung der Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP)

Die Prä-Expositionsprophylaxe dient der Primärprävention. Das Interesse an der Nutzung dieser Präventionsoption richtet sich dementsprechend auf Menschen, die nicht mit HIV leben. In diesem Abschnitt werden deshalb lediglich jene Teilnehmer einbezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung angegeben hatten, keine HIV-Diagnose erhalten zu haben (N=2726).

179 Befragte (6.6%) gaben an, schon einmal versucht zu haben die PrEP zu bekommen. Mit Blick auf die tatsächliche Nutzung dieser Präventionsoption zeigt sich, dass 4.5% (123/2708) der antwortenden MSM angaben, dass sie jemals PrEP eingenommen hatten. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Anteil nicht nur jene umfasst, die zum Zeitpunkt der Befragung PrEP nutzten, sondern auch jene, die PrEP früher (täglich) eingenommen hatten, dies aber zum Zeitpunkt der Befragung ("aktuell") nicht mehr taten. So nutzten 108 der Befragten (4%) die PrEP zum Zeitpunkt der Befragung, während 15 (0.6%) die tägliche Einnahme von PrEP wieder aufgegeben oder zumindest (allenfalls zugunsten einer bedarfsbezogenen Nutzung) unterbrochen hatten. Tabelle 34 macht zudem die Häufigkeit der unterschiedlichen Handhabungen der PrEP (täglich oder nach Bedarf) ersichtlich.

Tabelle 34: Prä-Expositionsprophylaxe bei Befragten ohne HIV-Diagnose

Einnahme von PrEP (2708)	n	%
Nein	2581	95.3
Ja, täglich, und nehme sie aktuell	70	2.6
Ja, täglich, aber ich nehme sie aktuell nicht	15	0.6
Ja, bei Bedarf, aber nicht täglich	38	1.4
Ich weiss nicht mehr	4	0.1

Das Alter der Nutzer der PrEP reichte von 16 bis zu 68 Jahren, wobei der Median bei 39 Jahren liegt. Davon waren 91 (74%) im Alter zwischen 26 und 45 Jahren.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Nutzung der PrEP

- **Coming-out:** Die Wahrscheinlichkeit, PrEP zu nehmen, lag bei MSM, die ein weitgehendes Coming-out gemacht hatten, vier Mal höher als bei jenen, die ein beschränktes oder kein Coming-out gemacht hatten. (OR=4.493, Cohen's d=0.83, p≤0.000)
- **Einkommenssituation:** Je ungünstiger die Befragten ihre Einkommenssituation beurteilten, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit, dass sie die PrEP nutzten (OR=0.715, Cohen's d= -0.20, p=0.005).

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Beziehungsstatus, Bildung, Erwerbstätigkeit, Grösse des Wohnortes

5.9 HIV-Therapie

5.9.1 Anzahl Befragte in HIV-Therapie

Zum Zeitpunkt der Befragung erhielten 307 (95%) der 323 Männern mit HIV-Diagnose eine medikamentöse HIV-Therapie. 9 der 323 Männer mit HIV-Diagnose sind bis zum Befragungszeitpunkt noch nie mit einer medikamentösen HIV-Therapie behandelt worden, und 7 gaben an, dies nicht zu wissen.

5.9.2 Zeit zwischen Diagnose und Therapie

Die Tabelle 35 zeigt auf, wie viele Monate bei den HIV-positiven MSM in der Stichprobe zwischen der Diagnosestellung und dem Therapiestart vergingen. Für diese Betrachtung werden die antwortenden Männer in vier Gruppen nach Zeitpunkt der Diagnosestellung eingeteilt: 1984-1995 (vor der Einführung antiretroviraler Kombinationstherapie); 1996-2007 (vor dem Swiss-Statement, dass HIV-positive Menschen unter wirksamer Therapie das HI-Virus nicht mehr weitergeben können); 2008-2015 (vor der Empfehlung, mit der medikamentösen HIV-Therapie direkt nach Diagnosestellung zu starten) und 2016-2017.

Tabelle 35: Zeit zwischen Diagnose und Therapie

Anzahl Monate zwischen Diagnose und Therapiestart	Jahr der HIV-Diagnose							
	1984-1995 (N=37)		1996-2007 (N=61)		2008-2015 (N=84)		2016-2017 (N=22)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 bis 2 Monate	6	16.2	16	26.2	48	57.1	14	63.6
3 bis 6 Monate	1	2.7	7	11.5	12	14.3	4	18.2
7 bis 12 Monate	4	10.8	3	4.9	8	9.5	0	0
Über 12 Monate	26	70.3	35	57.4	16	19.0	4	18.2

In der Tabelle 35 wird unter anderem ersichtlich, dass über die Hälfte der antwortenden Männer (58.5%, n=62), die ihre HIV-Diagnose in den Jahren 2008 bis 2017 erhalten hatten, spätestens zwei Monate nach der Diagnose mit einer HIV-Therapie begonnen haben.

5.10 Impfung gegen Hepatitis A und B

Über die Hälfte der antwortenden Männer hat angegeben gegen Hepatitis A geimpft worden zu sein und auch alle Impfdosen erhalten zu haben (n=1831; 60%). 569 MSM wurden entweder nicht oder nicht vollständig geimpft (18.7%) und weitere 487 MSM wissen nicht, ob sie gegen Hepatitis A geimpft worden sind (16.0%). Ähnlich sieht es bezüglich der Impfung gegen Hepatitis B aus. Gemäss den Angaben von 3052 Männern haben 1893 Männer alle Impfdosen erhalten (62.0%), 526 wurden nicht oder nicht vollständig geimpft oder die Impfung war bei ihnen nicht erfolgreich (17.2%). 475 Männer erinnern sich nicht (15.6%) (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 36: Impfung Hepatitis A und Hepatitis B

Impfung erhalten?	Hepatitis A (N=3050)		Hepatitis B (N=3052)	
	n	%	n	%
NEIN, da immun wegen früherer Infektion	163	5.3	149	4.9
NEIN, und unbekannt ob immun	474	15.5	401	13.1
NEIN, da chronische Hepatitis	k.A.	k.A.	9	0.3
JA, alle Impfdosen erhalten	1831	60.0	1893	62.0
JA, aber nicht alle Impfdosen erhalten	95	3.1	94	3.1
JA, aber die Impfung war nicht erfolgreich	k.A.	k.A.	31	1.0
weiss nicht	487	16.0	475	15.6

Von den Männern, die nicht vollständig gegen Hepatitis A geimpft wurden und auch nicht immun dagegen sind, beziehungsweise es nicht wissen (N=1056), haben 472 (44.7%) angegeben, in den 12 Monaten vor der Befragung das letzte Mal auf HIV getestet worden zu sein. In Bezug auf Hepatitis B sind es 44.8% Männer (448/1001), die in den 12 Monaten vor der Befragung den letzten HIV-Test gemacht haben und angaben, entweder keine oder nicht alle Impfdosen erhalten zu haben, die Impfung nicht erfolgreich gewesen ist beziehungsweise es nicht mehr zu wissen (N=1001).

6 Schutzbezogene Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen

Das folgende Kapitel richtet den Blick auf ausgewählte Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen, die sich in Bezug auf das Gesundheitsverhalten von MSM als relevant erwiesen haben. Im Vordergrund steht dabei die Beschreibung der Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen der befragten MSM in Bezug auf Sexualverhalten (6.2), den Konsum von Drogen (6.3), die Nutzung der Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) (6.4), die Nutzung der Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) (6.5), das HIV-Testverhalten und die HIV-Therapie (6.6) sowie die Impfung gegen virale Hepatitiden (6.7). Das Kapitel beginnt mit der Beschreibung von Ressourcen und biografischen Erfahrungsaufschichtungen, die für das Gesundheitsverhalten im weiteren Sinn von Bedeutung sein können (6.1).

6.1 In Bezug auf Gesundheitsverhalten allgemein

6.1.1 Wahrgenommene soziale Unterstützung

Mit sozialer Unterstützung wird die Möglichkeit eines Individuums beschrieben, aus seinem persönlichen sozialen Netz Unterstützung und Hilfe zu erfahren. Dies umfasst einerseits Aspekte wie emotionale Unterstützung, praktische-instrumentelle Hilfe, Unterstützung bei der Lösung von Problemen wie andererseits auch die subjektiv erlebte soziale Integration und das Vertrauen auf verlässliche Beziehungen. Aus dem heutigen Forschungsstand kann gefolgert werden, dass soziale Unterstützung eine positive Wirkung auf das körperliche und psychische Wohlbefinden hat (Hermann, 2013). Es gibt Hinweise darauf, dass soziale Unterstützung sowohl – direkt – gesundheitsbezogenes Verhalten und das Wohlbefinden bestärken (Holt-Lunstad & Uchino, 2015) als auch – indirekt – Belastungen puffern kann.

Hinweis zur Methode:

EMIS-2017 erhob die Einschätzung der sozialen Unterstützung mit der "Social Provision Scale", die von Cutrona und Russell (1987) entwickelt wurde und zu den meist gebrauchten Instrumenten zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung gehört (Perera, 2016). Die Skala umfasste insgesamt 8 Items. Die Antworten wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala gegeben, die von 1 ("stimme gar nicht zu") bis 4 ("stimme voll zu") reichte.

Die Gesamtskala wies eine sehr gute interne Konsistenz auf (Cronbach's Alpha=0.824). Vier der Items können als eine Sub-Skala zur Erfassung des Aspekts "verlässliche Hilfe und Unterstützung" behandelt werden (Cronbach's Alpha=0.716); die anderen vier Items können als Sub-Skala zur Erfassung des Aspekts "soziale Integration" betrachtet werden (Cronbach's Alpha=0.717).

Die Werte, welche die Antwortenden auf der Skala und ihren Sub-Skalen erreichen, entsprechen der Summe ihrer Antworten auf die einzelnen Items. Je höher der Wert, desto stärker ist die wahrgenommene soziale Unterstützung bzw. die "Hilfe und Unterstützung" bzw. die "soziale Integration" der Befragten.

EMIS-2017 hat nicht sämtliche Teilnehmer um Auskünfte zur wahrgenommenen sozialen Unterstützung gebeten. Die Fragen zur sozialen Unterstützung wurden nur einer durch Zufall bestimmten Untergruppe von 1514 Befragten gestellt.

Insgesamt liegen die Werte zur wahrgenommenen Unterstützung hoch ($M=27.64$, $SD=4.34$). Ein Blick auf die Extremwerte zeigt, dass ein Viertel (24.5%) der Befragten den absoluten Maximalwert (Wert 32) erreichten. Im Gegensatz hierzu bringen einige wenige Befragte zum Ausdruck, keine (0.1% mit Wert 8) oder lediglich geringe soziale Unterstützung wahrzunehmen (1.4% mit Werten von 9 und 16).

Die Mittelwerte der einzelnen Items signalisieren durchgängig hohe Werte der sozialen Unterstützung. Den höchsten Mittelwert an Zustimmung ($M=3.62$) erreichte die Aussage, die Befragten könnten im Notfall auf jemanden zählen. Den geringsten Mittelwert an Zustimmung ($M=3.16$) erreichte die Einschätzung der Befragten, sie fühlten sich als Teil einer Gruppe, die ihre Ansichten und Werte teile. Dementsprechend sind auch die Werte hoch, welche die Befragten auf der Gesamtskala zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wie auch auf den zwei Sub-Skalen Hilfe und Unterstützung ($M=14.25$, $SD=2.31$) und soziale Integration ($M=13.55$, $SD=2.37$) erreichen. Die Werte hinsichtlich Hilfe und Unterstützung liegen jedoch oberhalb der Werte hinsichtlich der sozialen Integration.

6.1.2 Internalisierte Homonegativität

Von internalisierter Homonegativität wird gesprochen, wenn lesbische, schwule und bisexuelle Menschen negative Aussagen und Bewertungen von nicht-heterosexuellen Identitäten, Verhalten, Beziehungen und Gemeinschaften in ihr Selbstbild übernehmen (vgl. z.B. Meyer, 1995). Die Internalisierung negativer Zuschreibungen und Bewertungen verläuft oft unbewusst und ist aber nicht einfach als ungünstige individuelle Verarbeitung der Angehörigkeit zu einer Minorität zu betrachten, sondern als eine Reaktion auf soziale Normen, die Heterosexualität als höherwertige Form von Sexualität bestimmen (Heteronormativität), von entsprechender Stigmatisierung und Diskriminierung (Herek, 2007; Russell & Bohan, 2006). Internalisierte Homonegativität ist eine Komponente von "Minoritätenstress", der das Wohlbefinden von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen zu beeinträchtigen vermag (Meyer, 1995), und hat sich auch unabhängig davon als Faktor erwiesen, der sich negativ auf die Gesundheit von lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen auswirkt. Unter anderem zeigten sich auch negative Effekte von internalisierter Homonegativität auf das sexuelle Risikoverhalten (Berg, Munthe-Kaas, & Ross, 2016).

Hinweis zur Methode:

EMIS-2017 erhob die internalisierte Homonegativität mit derselben Skala von Smolenski, Diamond, Ross und Rosser (2010), die in der Erhebung 2010 eingesetzt wurde. Sie umfasste insgesamt 7 Items. Die Antworten wurden auf einer sechsstufigen Likert-Skala gegeben und in der Analyse so umkodiert, dass sie von 0 ("stimme gar nicht zu") bis 6 ("stimme voll zu") reichte.

Die Skala wies eine gute interne Konsistenz auf (Cronbach's Alpha=0.786).

Die Werte, die die Antwortenden auf der Skala erreichen, entsprechen dem Durchschnitt ihrer Antworten auf die einzelnen Items. Um in die Analyse eingeschlossen zu werden, mussten alle sieben Items beantwortet werden.

Bei der Betrachtung der Gesamtskala gilt: Je höher der Wert, desto stärker die internalisierte Homonegativität der Befragten.

Die Fragen zur internalisierten Homonegativität wurde nur jener durch den Zufall bestimmten Untergruppe von 1552 MSM gestellt, die nicht zur sozialen Unterstützung befragt wurden.

Die internalisierte Homonegativität fällt mit einem Mittelwert von 1.20 (SD=1.13) eher gering aus. Ein Blick auf die Extremwerte zeigt, dass 34% der befragten MSM auf der Gesamtskala einen Wert unterhalb von 1 erreichten und damit eine minimale Ausprägung von internalisierter Homonegativität zum Ausdruck brachten. Eine Gruppe von 195 Befragten liegt beim Nullpunkt (13.9%), während lediglich 2 Befragte den Maximalwert von 6 erreichten (0.1%) und 10.8% Werte über 3 aufzeigten.

6.1.3 Erfahrungen mit homophoben Einschüchterungen und Gewalt

Einschüchterung, Bedrohung und Gewalt gegenüber MSM, die sich daran festmacht, dass diese Männer in ihren Emotionen, mit ihrem Begehren wie auch sexuell auf Männer bezogen sind, stellen starke Ausdrucksformen von Homonegativität dar. Das Opfer von so genanntem "bullying" zu werden, ist eine weit verbreitete Erfahrung von Gewalt, z.B. im Kontext von Schule, und ist in seiner negativen Auswirkung auf die davon betroffenen jungen schwulen oder in ihrer sexuellen Orientierung noch unsicheren jungen Männer beschrieben. EMIS-2017 erhob konkret die Erfahrung der Befragten mit homonegativer Einschüchterung, Bedrohung und Gewalt.

Betrachtet man die Erfahrungen mit Blick auf die gesamte Biografie der befragten MSM (Lebenszeitprävalenz), wird deutlich, dass 54.9% der Befragten angaben, dass sie schon einmal die Erfahrung gemacht hatten "angestarrt oder bedroht" worden zu sein, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Weitere 54.4% berichteten, dass sie schon beleidigt worden waren, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hinzogen fühlten. Ein Anteil von 13.2% der Befragten gab an, dass sie schon Opfer physischer Gewalt wurden und geschlagen oder getreten worden waren, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlten. Sowohl hinsichtlich Einschüchterung und Beleidigung als auch physischer Gewalt gab der jeweils grösste Anteil der Befragten an, dass die erinnerten Ereignisse zum Zeitpunkt der Befragung mehr als fünf Jahre zurückliegen würden. Einige MSM berichteten aber auch, dass die letzte Erfahrung von Bedrohung (37 MSM; 1.2%), Beleidigung (23 MSM, 0.8%) oder physischer Gewalt (4 MSM, 0.1%) nicht mehr als 24 Stunden zurückliege. Die Tabelle 37 bietet einen Überblick über die Erfahrungen der befragten MSM.

Die Betrachtung der Erfahrungen aus dem Jahr vor der Befragung verdeutlicht, dass Bedrohung, Beleidigung und Gewalt keine Phänomene der Vergangenheit sind, auch wenn sie quantitativ gering scheinen mögen. Laut den Angaben wurde in den 12 Monaten vor der Befragung rund ein Viertel der antwortenden Männer (n=723, 23.7%) angestarrt oder bedroht, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen. Rund jeder sechste MSM wurde deswegen beleidigt (n=532, 17.4%) und 50 MSM (1.6%) wurden sogar geschlagen oder getreten.

Tabelle 37: Erfahrungen von Bedrohung, Beleidigung und physischer Gewalt (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Zeitraum	Angestarrt oder bedroht werden (N=3055)		Beleidigt werden (N=3055)		Geschlagen oder getreten werden (N=3057)	
	n	%	n	%	n	%
In den letzten 24 Stunden	37	1.2	23	0.8	4	0.1
In den letzten 7 Tagen	126	4.1	76	2.5	6	0.2
In den letzten 4 Wochen	268	8.8	157	5.1	16	0.5
In den letzten 6 Monaten	486	15.9	311	10.2	36	1.2
In den letzten 12 Monaten	723	23.7	532	17.4	50	1.6
In den letzten 5 Jahren	1171	38.3	999	32.7	133	4.4
Jemals	1677	54.9	1661	54.4	405	13.2

6.2 In Bezug auf Sexualverhalten

6.2.1 Selbstwirksamkeit

Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit sind wichtige Voraussetzungen dafür, die Intention, sich vor HIV zu schützen, im Akt umzusetzen.

Über vier Fünftel der antwortenden Männer (n=2618, 85.5%) stimmten der Aussage, dass der Sex immer so sicher sei, wie sie möchten, "eher" oder "voll" zu. 247 MSM (8.1%) schätzten den Sex, den sie haben, jedoch "gar nicht" oder "eher nicht" so sicher ein, wie sie eigentlich gerne möchten. Der Mittelwert liegt bei 4.26 (SD=0.96).

Der grösste Teil der antwortenden MSM (n=2631; 86.2%) scheinen keine Schwierigkeiten zu haben, Sex, den sie nicht möchten, abzulehnen. Ein kleiner Teil von 236 MSM (7.7%) gab jedoch an, dass es für sie nicht einfach sei, dazu nein zu sagen (vgl. Abbildung 19). Der Mittelwert lag bei 4.29 (SD=0.96).

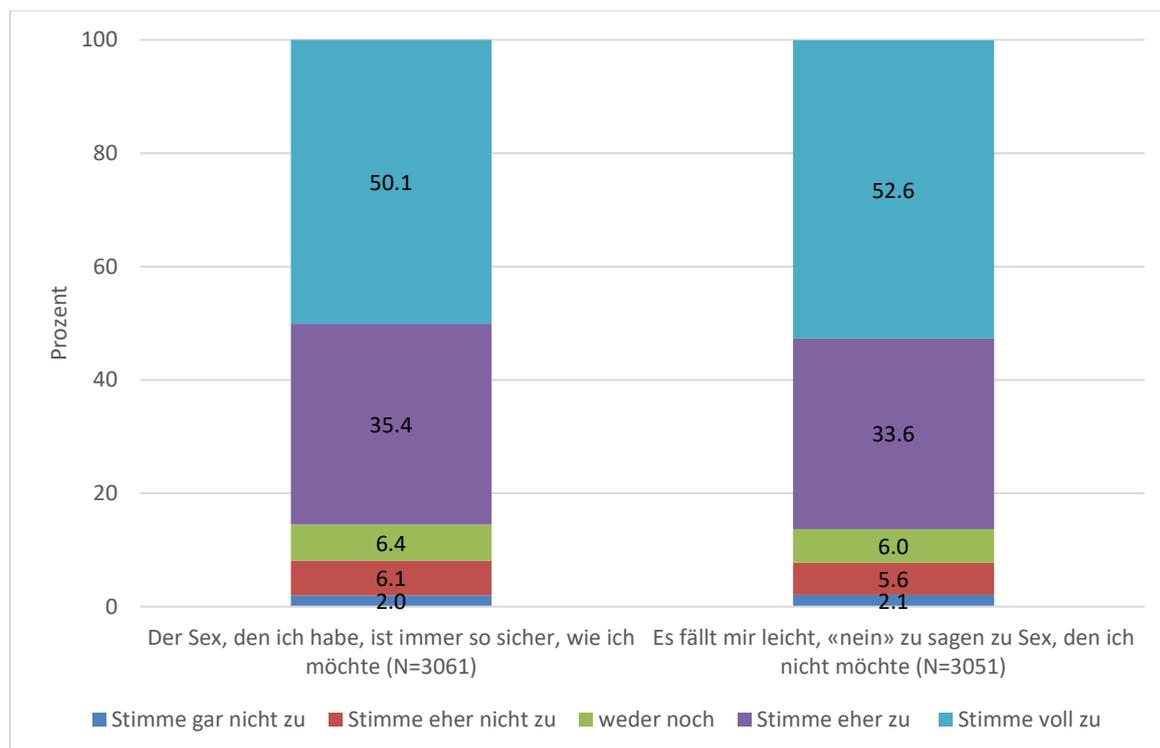


Abbildung 19: Selbstwirksamkeit

6.2.2 Verfügbarkeit von Kondomen während des Sex

Die Verfügbarkeit von Kondomen bezieht sich auf die Situation unmittelbar beim Akt und die Frage fokussierte dementsprechend darauf, ob die MSM Analverkehr ohne Kondom hatten, weil sie – gewissermassen im entscheidenden Moment – kein Kondom "zur Hand" hatten. Von 3049 antwortenden Männern, brachte eine deutliche Mehrheit von 60.1% (n=1831) zum Ausdruck, dass sie noch nie Analverkehr ohne Kondom hatten, nur weil gerade kein Kondom verfügbar war. Dem gegenüber gaben aber 622 MSM an, in den 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondom gehabt zu haben, da sie keines zur Hand hatten. Damit bestätigte jeder fünfte Befragte (20.4%), sich in dieser Situation befunden zu haben (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Analverkehr ohne Kondom, da nicht zur Hand (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Zeitpunkt des letzten Analverkehrs ohne Kondom, da nicht zur Hand (N=3049)	n	%
In den letzten 24 Stunden	54	1.8
In den letzten 7 Tagen	185	6.1
In den letzten 4 Wochen	303	9.9
In den letzten 6 Monaten	475	15.6
In den letzten 12 Monaten	622	20.4
In den letzten 5 Jahren	900	29.5
Jemals	1218	39.9

6.2.3 Wissen zur Übertragung von HIV und anderen STI

Das Wissen zu Übertragungswegen von HIV und anderen STI wurde nicht direkt ermittelt. Vielmehr wurden die Teilnehmer gebeten mitzuteilen, ob bzw. wie sicher sie schon wussten, was drei vorab als zutreffend deklarierte Aussagen zum Ausdruck brachten. Bei den Antworten handelte es sich also um eine Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Kenntnisse. Die

Tabelle 39 und Tabelle 40 zeigen die Reaktionen der Befragten zu den jeweiligen Aussagen.

Tabelle 39: Wissen zur Übertragung von HIV

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt (N=3051)	2833	92.9	146	4.8	32	1.0	1	0.03	39	1.3
Man kann sich beim aktiven ungeschützten Ficken mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert (N=3048)	2694	88.4	255	8.4	65	2.1	10	0.3	24	0.8
Man kann sich über seinen Enddarm (oder seine Vagina) beim passiven ungeschützten Ficken mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken (N=3039)	2902	95.5	95	3.1	34	1.1	3	0.1	5	0.2

Tabelle 40: Wissen zur Übertragung von anderen STI

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV (N=3050)	2294	75.2	430	14.1	279	9.1	32	1.0	15	0.5
STI sind häufig symptomlos, und man kann sich angesteckt haben ohne es zu merken (N=3038)	2405	79.2	349	11.5	241	7.9	27	0.9	16	0.5
Die richtige Anwendung von Kondomen beim Ficken reduzieren die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken (N=3047)	2923	95.9	71	2.3	38	1.2	10	0.3	5	0.2

Von 3024 antwortenden Männern, gaben rund vier Fünftel (82.7%) an, alle drei Aussagen zu HIV-Übertragung bereits gewusst zu haben (n=2501).

Bei den Aussagen zur Übertragung von STI lag der Anteil derer, die über die entsprechenden Kenntnisse bereits verfügt hatten, leicht tiefer als bei den Aussagen zu HIV-Übertragung. Rund zwei Drittel (68.9%) von 3029 Männern gaben an, dass sie alle drei Aussagen bereits wussten (n=2087).

6.3 Sorgen über den eigenen Drogenkonsum

Die MSM, die angegeben hatten, in den 12 Monaten vor der Befragung illegale Drogen (inkl. Poppers) konsumiert oder Beruhigungsmittel eingenommen zu haben, wurden darauf angesprochen, ob sie sich möglicherweise Sorgen über den eigenen Drogenkonsum machten. Tabelle 41 zeigt die Einschätzung von 1302 antwortenden Männer.

Tabelle 41: Sorgen bezüglich Drogenkonsum

Ich mache mir Sorgen über meinen Drogenkonsum (N=1302)	n	%
Stimme gar nicht zu	839	64.4
Stimme eher nicht zu	246	18.9
Weder noch	103	7.9
Stimme eher zu	84	6.5
Stimme voll zu	30	2.3

Über vier Fünftel der antwortenden Männer (83.3%) gab an, sich gar keine oder eher keine Sorgen über ihren Drogenkonsum zu machen (n=1085). Ein kleiner Teil von 114 Männern (8.8%) gab an, sich über ihren Drogenkonsum Sorgen zu machen.

6.4 Kenntnis, Wissen und Zugang zu PEP

6.4.1 Kenntnis von PEP

Von 3026 antwortenden Männern gaben 2182 (72.1%) an, schon mal von PEP gehört zu haben. 259 Männer (8.6%) waren sich nicht sicher und 585 Männer (19.3%) hatten noch nie von PEP gehört.

Unter den 2691 antwortenden Männern ohne HIV-Diagnose fanden sich 1886 (70.1%), die angaben, schon einmal von PEP gehört zu haben, während 805 (29.9%) angaben, noch nie von PEP gehört zu haben oder sich dessen nicht sicher zu sein.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Kenntnis von PEP bei Männern ohne HIV-Diagnose

- **Coming-out:** Die Wahrscheinlichkeit, von PEP Kenntnis zu haben, lag mit 77.7% bei jenen MSM, die ein weitgehendes Coming-out gemacht hatten, wesentlich höher als bei den übrigen MSM (55.1%). (OR=2.472, Cohen's d=0.50, p≤0.000)
- **Erwerbstätigkeit:** Unter den Erwerbstätigen gaben 72.4% an, von PEP Kenntnis zu haben, während dies unter den Nichterwerbstätigen 52.4% waren. (OR=0.542, Cohen's d= -0.34, p=0.002)
- **Grösse des Wohnortes:** Je grösser der Wohnort der teilnehmenden MSM war, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit, von der PEP Kenntnis zu haben. (OR=0.702, Cohen's d= -0.20, p≤0.000)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Einkommenssituation, Beziehungsstatus

In Abbildung 20 findet sich der Anteil an Männern ohne HIV-Diagnose, die nach eigenen Angaben Kenntnis von der PEP haben nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz.

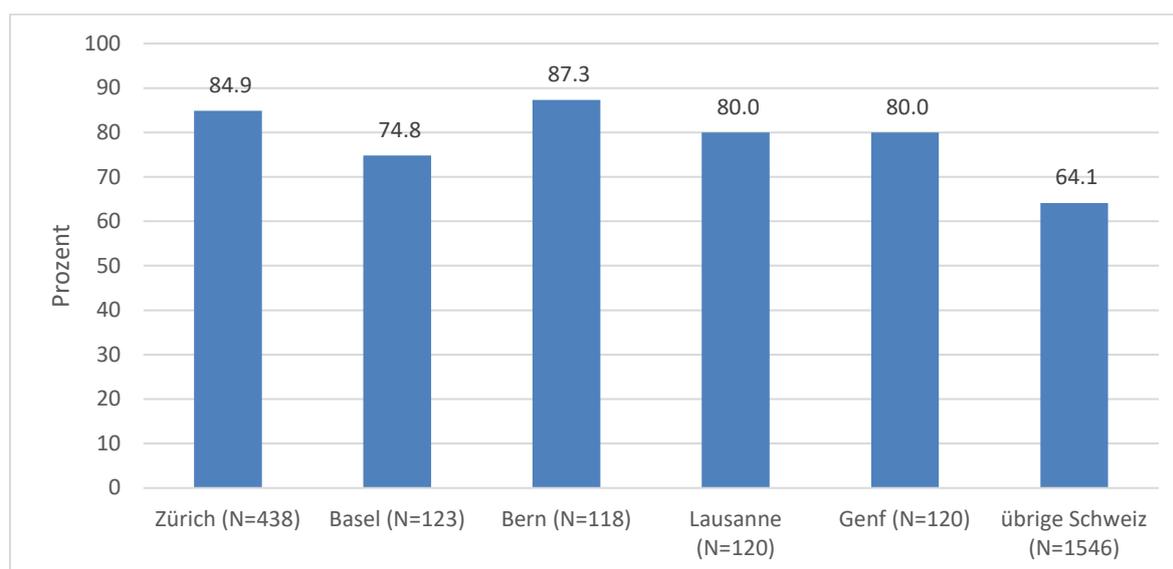


Abbildung 20: Kenntnis der PEP bei den Männern ohne HIV-Diagnose nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz (n=1750)

6.4.2 Wissen zu PEP

Das Wissen zur PEP wurde wiederum in Form einer Selbsteinschätzung der Befragten hinsichtlich ihrer Kenntnisse erhoben (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 42: Wissen zu PEP

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Die PEP versucht eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt war (z.B. nach ungeschütztem Analverkehr). (N=3053)	2052	67.2	360	11.8	581	19.0	30	1.0	30	1.0
Eine PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden. (N=3050)	1363	44.7	577	18.9	1028	33.7	25	0.8	57	1.9
Eine PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden, am besten innerhalb weniger Stunden. (N=3050)	1977	64.8	331	10.9	698	22.9	20	0.7	24	0.8

Insgesamt 1285 der 3035 antwortenden MSM (42.3%) merkten zu allen drei oben aufgeführten Aussagen an, bereits über die entsprechenden Kenntnisse verfügt zu haben.

6.4.3 Zugang zu PEP

Von 2718 HIV-negativen MSM waren sich 1720 (63.3%) ziemlich oder sehr sicher, dass sie eine PEP erhalten würden, wenn sie eine brauchen. Weniger sicher waren sich diesbezüglich 319 MSM (11.7%) und überhaupt nicht sicher waren 170 (6.3%). 509 Männer (18.7%) gaben an, dies nicht einschätzen zu können.

6.5 Kenntnis und Wissen über PrEP und Absicht zur Einnahme der PrEP

6.5.1 Kenntnis von PrEP

Die Befragung zeigt auf, dass 67.7% (n=1812) der Befragten ohne HIV-Diagnose schon einmal von PrEP gehört hatten, während 26.1% (n=699) angaben, noch nie etwas von dieser Option zur Prophylaxe gehört zu haben. Ein Anteil von 6.1% der Befragten (n=164) war sich nicht sicher, ob sie schon einmal von der PrEP gehört hatten.

Dieses Ergebnis zeigt auf, dass ein Grossteil der Befragten Kenntnis davon hat, dass es die PrEP gibt. Gleichzeitig macht es aber auch deutlich, dass einer von drei MSM (32.2%) keine Informationen über diese Option zur Verhinderung einer HIV-Infektion zur Kenntnis genommen hat.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Kenntnis von PrEP bei Männern ohne HIV-Diagnose

- **Coming-out:** Die Wahrscheinlichkeit, von PrEP Kenntnis zu haben, ist bei jenen MSM, die ein weitgehendes Coming-out gemacht hatten, fast dreimal höher als bei den übrigen MSM. (OR=2.891, Cohen's d=0.59, p≤0.000)
- **Grösse des Wohnortes:** Für diejenigen, die in grösseren Gemeinden wohnhaft sind, liegt die Wahrscheinlichkeit Kenntnis von PrEP zu haben höher als bei denjenigen in kleineren Gemeinden. (OR=0.674, Cohen's d= -0.21, p≤0.000)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Einkommenssituation, Beziehungsstatus, Erwerbstätigkeit

Abbildung 21 zeigt den Anteil an Männern ohne HIV-Diagnose, die angaben, bereits von der PrEP gehört zu haben nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz.

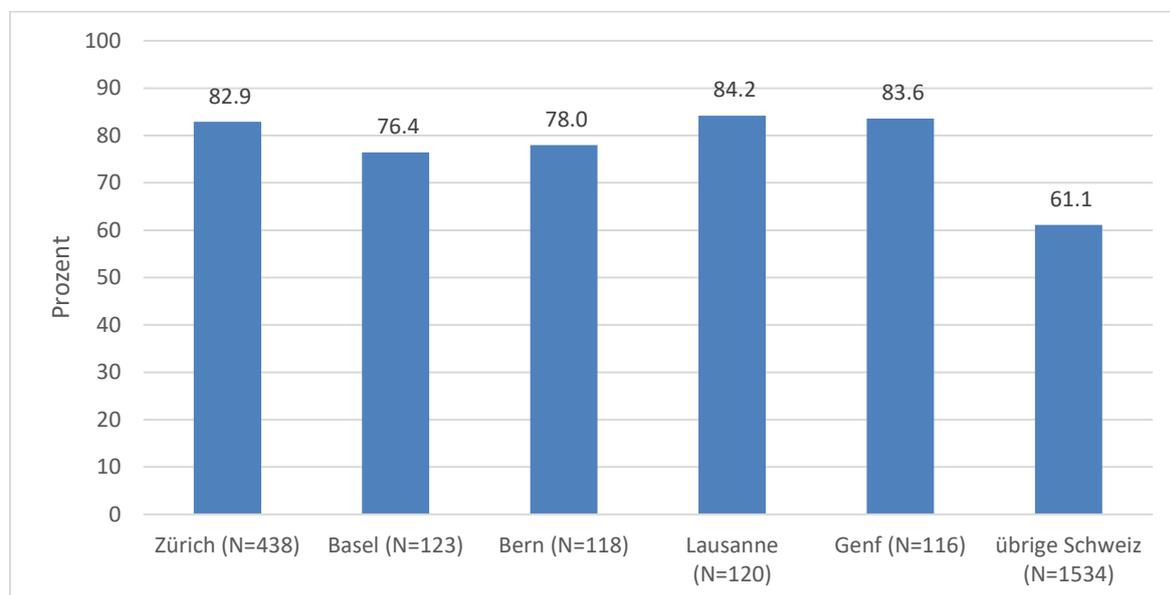


Abbildung 21: Kenntnis der PrEP bei den Männern ohne HIV-Diagnose nach den fünf grössten Städten der Schweiz im Vergleich mit der übrigen Schweiz (N=1685)

6.5.2 Wissen zu PrEP

Unter Wissen zu PrEP wird hier die Kenntnis über die Einnahmemodalitäten der PrEP verstanden. Konkret wurden die Befragten gebeten, zu drei Aussagen zu den Einnahmemodalitäten Stellung zu nehmen und anzugeben, ob sie dies schon wussten und wie sicher sie dies schon wussten (vgl. Tabelle 43).

Kontrastiert man die Antworten, mit denen die Befragten in Anspruch nahmen, das Dargelegte bereits gewusst zu haben, mit den Antworten, die Unsicherheit, Unwissen oder Zurückweisung signalisierten, zeigt sich, dass 22.1% der MSM ohne HIV-Diagnose (588/2666) bei allen drei Aussagen angaben, dies bereits gewusst zu haben.

Tabelle 43: Wissen zu PrEP

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bei der PrEP nimmt eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Sex, um sich vor HIV zu schützen (N=3044)	1666	54.7	442	14.5	836	27.5	21	0.7	79	2.6
Die PrEP kann als tägliche Tablette eingenommen werden – vor allem wenn man nicht so genau im Voraus weiss, wann man das nächste Mal Sex hat (N=3046)	1442	47.3	452	14.8	1052	34.5	17	0.6	83	2.7
Bei geplanten Sexkontakten kann die PrEP auch in Form von 2 Tabletten 24 Stunden vor dem Sex und jeweils einer Tablette 24 und 48 Stunden nach der ersten Dosis eingenommen werden (N=3026)	735	24.3	517	17.1	1655	54.7	22	0.7	97	3.2

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Wissen von PrEP bei Männern ohne HIV-Diagnose

- **Coming-out:** Die Wahrscheinlichkeit, über das Wissen zu den drei Einnahmemodalitäten der PrEP bereits zu verfügen, war unter denjenigen mit einem weitgehenden Coming-out mit 26.1% höher als unter denjenigen, mit einem eingeschränkten Coming-out (13.9%). (OR=2.181, Cohen's d=0.43, p<0.000)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Einkommenssituation, Beziehungsstatus, Erwerbstätigkeit, Grösse des Wohnortes

6.5.3 Absicht PrEP einzunehmen

Diejenigen Männer, die angegeben haben, dass bei ihnen noch nie eine HIV-Infektion festgestellt wurde, wurden gefragt, wie wahrscheinlich es wäre, dass sie die PrEP nehmen würden, wenn sie verfügbar und bezahlbar wäre. In der Tabelle 44 sind die Ergebnisse ersichtlich.

Tabelle 44: Wahrscheinlichkeit die PrEP einzunehmen

Wahrscheinlichkeit die PrEP einzunehmen wenn verfügbar und bezahlbar (N=2717)	Sehr unwahrscheinlich		Ziemlich unwahrscheinlich		Ich bin mir nicht sicher		Ziemlich wahrscheinlich		Sehr wahrscheinlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	578	21.3	493	18.1	816	30.0	451	16.6	379	13.9

Von den befragten Männern haben 1071 (39.4%) angegeben, dass es ziemlich oder sehr unwahrscheinlich ist, dass sie die PrEP nehmen auch wenn diese verfügbar und bezahlbar wäre. 816 Männer (30%) waren sich diesbezüglich unsicher und 830 (30.5%) gaben an, dass sie die PrEP ziemlich oder sehr wahrscheinlich nehmen würden.

6.6 Wissen und Kenntnis zu HIV

6.6.1 Wissen zu HIV, HIV-Test und Therapie

Zur Erfassung des Wissens der Befragten über HIV wurden die Teilnehmer gebeten mitzuteilen, ob bzw. wie sicher sie schon wussten, was vorab als zutreffend deklarierte Aussagen zum Ausdruck brachten. Die Tabelle 45 zeigt die Reaktionen der Befragten zu den jeweiligen Aussagen zu HIV und HIV-Test und Tabelle 46 zu HIV-Therapie.

Tabelle 45: Wissen zu HIV und HIV-Test

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heisst. (N=3063)	3018	98.5	29	0.9	4	0.1	0	0	12	0.4
Man kann nicht am äusseren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht. (N=3059)	2920	95.5	52	1.7	13	0.4	8	0.3	66	2.2
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht. (N=3059)	2987	97.6	30	1.0	21	0.7	5	0.2	16	0.5
Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann. (N=3061)	2818	92.1	140	4.6	53	1.7	1	0.03	49	1.6

Tabelle 46: Wissen zu HIV-Therapie

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gibt derzeit keine Heilmittel gegen HIV. (N=3060)	2873	93.9	101	3.3	16	0.5	5	0.2	65	2.1
Eine HIV-Infektion ist heute mit Medikamenten gut behandelbar, so dass die gesundheitlichen Folgen deutlich geringer sind. (N=3053)	2919	95.6	106	3.5	15	0.5	2	0.1	11	0.4
Wenn ein HIV-Infizierter eine wirksame Therapie erhält und die Viruslast nicht nachweisbar ist («undetectable»), kann er HIV sexuell nicht weitergeben. (N=3062)	2059	67.2	471	15.4	305	10.0	23	0.8	204	6.7

Insgesamt haben 2654 von 3052 antwortenden Männern bei allen vier Aussagen zu HIV und HIV-Test angegeben, dies bereits gewusst zu haben (87.0%). Das Wissen zur Therapie scheint weniger ausgeprägt zu sein. Knapp zwei Drittel von 3049 MSM gab an, die diesbezüglich formulierten Aussagen bereits gewusst zu haben (n=1993, 65.4%).

6.6.2 Kenntnis des eigenen HIV-Status

Während die Frage danach, ob bei den Teilnehmern jemals eine HIV-Infektion festgestellt worden war, das objektive Testergebnis avisiert, bietet die Frage danach, was die MSM "meinen", dass ihr derzeitiger HIV-Status sei, Raum für eine subjektive Einschätzung. Von 2720 antwortenden Männer ohne HIV-Diagnose waren sich 1856 (68.2%) gewiss, dass sie HIV-negativ seien. Eine Gruppe von 798 MSM schätzte, dass sie "wahrscheinlich negativ" waren (29.3%). 56 Befragte gaben an, dass sie sich nicht sicher seien bzw. es nicht wüssten (2.1%), während 5 angaben, dass sie "wahrscheinlich positiv" seien (0.2%). Weitere 5 Befragte (0.2%) gaben an, definitiv zu wissen, dass sie HIV-positiv waren.

6.6.3 Kenntnis von HIV-Testangeboten

Von den 396 Männern, die angegeben hatten, noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten zu haben, bestätigten 287 MSM (72.5%), dass sie wüssten, wo sie sich auf HIV testen lassen können. 55 MSM (13.9%) waren sich diesbezüglich nicht sicher und 54 (13.6%) antworteten, dies nicht zu wissen.

6.6.4 Begründung keine ART oder gestoppt

Eine kleine Gruppe von 9 Männern mit HIV-Diagnose gaben an, noch nie mit einer ART behandelt worden zu sein. Als Begründungen dafür, bis zum Befragungszeitpunkt nicht in Therapie gewesen zu sein, gaben diese Männer an (Mehrfachnennungen): sie fänden die Behandlung sei nicht notwendig (4 MSM), der Arzt/die Ärztin sei der Ansicht, er benötige im Moment noch keine Behandlung (2 MSM), die Diagnose liege erst kurz zurück (1 MSM), es seien Nebenwirkungen zu vermeiden (1 MSM), die Kosten einer Behandlung könnten nicht getragen werden (1 MSM), über ART sei noch nicht gesprochen worden (1 MSM) und der Betroffene befürchte, dass andere Leute seine Infektion bemerken würden (1 MSM).

Alle Befragten, die angegeben hatten, jemals ART genommen zu haben (307), nahmen diese auch zum Befragungszeitpunkt, hatten bis dahin also nicht damit aufgehört!

6.7 In Bezug auf virale Hepatitis Impfung

6.7.1 Wissen zu Hepatitis

Zur Erfassung des Wissens der Befragten über Hepatitis wurden die Teilnehmer wiederum gebeten mitzuteilen, ob bzw. wie sicher sie schon wussten, was vorab als zutreffend deklarierte Aussagen zum Ausdruck brachten. Die Tabelle 47 zeigt die Reaktionen der Befragten zu den jeweiligen Aussagen zu Hepatitiden.

Tabelle 47: Wissen zu Hepatitis

	Wusste ich bereits		War mir nicht sicher		Wusste ich noch nicht		Verstehe ich nicht		Glaube nicht, dass das stimmt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hepatitis ist eine Entzündung der Leber (N=3053)	2331	76.4	417	13.7	282	9.2	3	0.1	20	0.7
Hepatitis wird meistens durch Viren verursacht (N=3040)	2382	78.4	466	15.3	185	6.1	3	0.1	4	0.1
Es gibt verschiedene Hepatitis-Typen, die nach den Buchstaben des Alphabets benannt sind (A, B, C, D, E, ...) (N=3043)	2884	94.8	98	3.2	48	1.6	3	0.1	10	0.3
Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen (N=3047)	2703	88.7	264	8.7	66	2.2	1	0.03	13	0.4
MSM werden beide Impfungen (gegen Hepatitis A und B) ärztlich empfohlen (N=3051)	2101	68.9	452	14.8	467	15.3	4	0.1	27	0.9

Rund die Hälfte der 3009 antwortenden Männern gab bei allen 5 Aussagen zu Hepatitiden an, davon bereits Kenntnis gehabt zu haben (n=1544, 51.3%).

6.7.2 Kennen von Angeboten zur Hepatitis A und B Impfung

Diejenigen Männer, die angaben, nicht gegen Hepatitis A geimpft zu sein und auch nicht zu wissen, ob sie immun sind, sowie diejenigen, die nicht alle Impfdosen erhalten haben oder es nicht wissen, wurden gefragt, ob sie Kenntnis haben, wo sie sich gegen Hepatitis A impfen lassen können.

Von 1046 MSM vermittelten gut zwei Drittel (n=707, 67.6%) zu wissen, wo sie sich gegen Hepatitis A impfen lassen können. 154 MSM (14.7%) hingegen waren sich nicht sicher und 185 (17.7%) haben dies verneint.

Bezüglich des Wissens, wo eine Hepatitis B Impfung gemacht werden kann, wurden alle Männer befragt, die angegeben haben, keine Impfung erhalten zu haben und nicht zu wissen ob sie immun sind, sowie diejenigen, die nicht alle Impfdosen erhalten haben, es nicht wissen oder bei denen die Impfung nicht erfolgreich war.

Von 997 Männern gaben über zwei Drittel (n=697; 69.9%) an, sie wüssten, wo sie sich gegen Hepatitis B impfen lassen können. 146 MSM (14.6%) waren sich nicht sicher und 154 MSM (15.4%) haben angegeben, dies nicht zu wissen.

7 Präventionsmassnahmen und Beratungsangebote

HIV-Schutzverhalten ist kein spontanes menschliches Verhaltensmuster. Vielmehr ist es – anders als Risikoverhalten – als geplantes Verhalten zu betrachten, das nur unter bestimmten Voraussetzungen realisiert werden kann. Zu diesen Voraussetzungen gehören u.a. ein entsprechendes Wissen, positive Einstellungen zum konkreten Schutzverhalten und weitere motivationale Faktoren (wie z.B. die Erwartungen von relevanten Bezugspersonen oder Peers). Aber auch der Zugang zu den benötigten Mitteln, wie beispielsweise Kondomen oder den für PrEP benötigten Medikamenten, sowie die Fertigkeiten, die es zur Beschaffung und Verwendung der Mittel braucht, spielen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus müssen auch entsprechende Ressourcen und unterstützende Kontextbedingungen vorhanden sein. Präventionsmassnahmen und Beratung zielen darauf, die Voraussetzungen für HIV-Schutzverhalten zu schaffen bzw. günstig zu beeinflussen. Kapitel 7 wirft einen Blick auf einige der relevanten Voraussetzungen für den Schutz vor HIV und andere STI, schliesst aber auch andere gesundheitsbezogene Ressourcen und Unterstützungsangebote mit ein.

7.1 Bezug von Kondomen

In der Tabelle 48 ist ersichtlich, wo die antwortenden Männer in den 12 Monaten vor der Befragung Kondome gekauft oder erhalten (Mehrfachnennungen waren möglich) und wo sie die Kondome hauptsächlich bezogen hatten.

Tabelle 48: Bezug von Kondomen in den 12 Monaten vor der Befragung

Bezug von Kondomen in den letzten 12 Monaten	Alle Bezugsorte (N=3051)*		Hauptsächlichste Bezugsorte (N=2557)	
	n	%	n	%
Online gekauft	352	11.5	255	10
In einem Geschäft, Drogerie, Apotheke (nicht online)	1761	57.7	1546	60.5
Aus einem Automaten	191	6.3	75	2.9
Umsonst in einem Krankenhaus oder einer Klinik	127	4.2	32	1.3
Umsonst in einer Bar oder einem Club	558	18.3	220	8.6
Umsonst in einer Schwulensauna	496	16.3	199	7.8
Umsonst bei einer Aids-Hilfe, Checkpoint, Gesundheitsamt	281	9.2	80	3.1
Von Freunden, Sexpartnern	389	12.7	107	4.2
Anderes	51	1.7	43	1.7
Ich habe in den letzten 12 Monaten keine Kondome gekauft oder erhalten	482	15.8	-	-

*Mehrfachnennungen

Es zeigt sich, dass in den 12 Monaten vor der Befragung sowohl insgesamt als auch hauptsächlich, über die Hälfte (57.7% / 60.5%) der antwortenden Männer Kondome in einem Geschäft, einer Drogerie oder Apotheke (nicht online) gekauft haben. Ein Fünftel (20.8%) gab

an, Kondome hauptsächlich umsonst an Treffpunkten von MSM (Bar, Club, Schwulensaua), bei Gesundheitsorganisationen (Aids-Hilfe, Checkpoint) oder in Krankenhäusern erhalten zu haben (n=531).

7.2 Unterstützungs- und Beratungsangebote hinsichtlich Drogen- und Alkoholkonsum

Tabelle 49 zeigt, ob und wann die Teilnehmer Unterstützungs- oder Beratungsangebote aufgesucht haben, weil sie sich Sorgen hinsichtlich ihres Drogen- oder Alkoholkonsums (ausser Nikotin) machten. Nebst der Unterstützungsmöglichkeit einer Ärztin, eines Arztes oder einer Klinik wurde beim Drogenkonsum auch nach der Inanspruchnahme von Angeboten wie Selbsthilfegruppen und Drogenberatungsstellen gefragt.

Tabelle 49: Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Beratungsangeboten hinsichtlich Drogenkonsum (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	Hinsichtlich Drogenkonsum				Hinsichtlich Alkoholkonsum	
	Arzt/Ärztin, Klinik (N=3047)		Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle (N=3051)		Arzt/Ärztin, Klinik (N=3054)	
	n	%	n	%	n	%
In den letzten 24 Stunden	5	0.2	2	0.1	1	0.03
In den letzten 7 Tagen	14	0.5	3	0.1	4	0.1
In den letzten 4 Wochen	32	1.1	13	0.4	16	0.5
In den letzten 6 Monaten	50	1.6	17	0.6	31	1.0
In den letzten 12 Monaten	71	2.3	24	0.8	50	1.6
In den letzten 5 Jahren	100	3.3	36	1.2	84	2.8
Jemals	140	4.6	61	2.0	124	4.1

Lediglich ein kleiner Teil der befragten Männer hat angegeben, aufgrund ihres Drogenkonsums jemals Unterstützungs- oder Beratungsangebote in Anspruch genommen zu haben. 140 MSM (4.6%) berichteten, dass sie schon mal eine Ärztin/einen Arzt oder eine Klinik aufgesucht hatten. Die Hälfte davon (n=71, 2.3%) gab an, dies in den 12 Monaten vor der Befragung gemacht zu haben. 61 MSM (2.0%) erwähnten schon mal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen und/oder eine Drogenberatungsstelle aufgesucht zu haben, wovon bei 24 Männern (0.8%) dies im Jahr vor der Befragung der Fall war.

Ähnlich sieht es bezüglich des Alkoholkonsums aus. 124 der antwortenden MSM (4.1%) gaben an, schon mal eine Ärztin/einen Arzt oder eine Klinik aufgesucht zu haben, weil sie sich über ihren Alkoholkonsum Sorgen machten. Davon berichteten 50 Männer (1.6%), dies in den 12 Monaten vor der Befragung gemacht zu haben.

7.3 PrEP Angebote

7.3.1 Gespräche über PrEP

Insgesamt 428 von 3053 antwortenden MSM (14%) bestätigten, dass jemals eine Ärztin/ein Arzt oder ein_e Mitarbeiter_in eines Gesundheitsdienstes mit ihnen in der Schweiz persönlich über die PrEP gesprochen hatte. Weitere 68 MSM gaben an, dies nicht mehr zu wissen.

75 Männer berichteten, dass ein solches Gespräch in einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis stattgefunden hatte, 72 gaben an, dies schon mal in einer anderen (fach)ärztlichen Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis erlebt zu haben. Mit 46 Männern wurde während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses ein persönliches Gespräch über PrEP geführt und 240 Männer gaben an, mit einer Fachperson eines Gesundheitsamts, einer Aids-Hilfe oder eines Checkpoints darüber gesprochen zu haben. (Mehrfachnennungen waren möglich.)

7.3.2 Ärztliche Verschreibungen und Beratung vor der Nutzung der PrEP

Von den 123 HIV-negativen Männern, die angaben, die PrEP schon mal eingenommen zu haben, berichteten 104 Männer (84.6%), mit einer Ärztin/einem Arzt oder einem/einer Mitarbeiter_in eines Gesundheitsdienstes ein persönliches Gespräch über PrEP geführt zu haben, bevor sie mit der PrEP starteten. 87 MSM (70.7%) gaben an, in der Schweiz schon mal ein Rezept für die PrEP erhalten zu haben.

Von diesen 87 Männern, haben 18 (20%) angegeben, dass sie ein solches Rezept in einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis erhalten haben, 20 Männer (23%) in einer anderen (fach)ärztlichen Praxis/HIV-Schwerpunktpraxis, 13 während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses und 40 Männer gaben an, ein Rezept für die PrEP in einem Gesundheitsamt, bei einer Aids-Hilfe oder einem Checkpoint erhalten zu haben. Zwei verwiesen auf einen anderen Bezugsort. (Mehrfachnennungen waren möglich.)

Werfen wir einen Blick auf die Männer ohne HIV-Diagnose, die zum Befragungszeitpunkt angegeben haben, dass sie die PrEP täglich einnehmen, zeigt sich, dass bei 67 von 69 MSM der letzte HIV-Test nicht länger als sechs Monate zurücklag. Bei denen, die angaben, die PrEP zwar nicht täglich aber bei Bedarf einzunehmen, lässt sich feststellen, dass bei 33 von 35 MSM der letzte HIV-Test in den sechs Monaten vor der Befragung gemacht wurde.

7.3.3 Bezug der PrEP

Die Teilnehmer wurden gefragt, wo sie die Tabletten für ihre PrEP erhalten haben. Die antwortenden MSM ohne HIV-Diagnose, die PrEP nutzen bzw. jemals genutzt haben, sind in Tabelle 50 ersichtlich. (Mehrfachnennungen waren möglich). Am häufigsten wurde angegeben, die PrEP über eine Online-Apotheke bezogen zu haben (n=83).

Tabelle 50: Bezug der PrEP

Wo haben Sie die Tabletten für Ihre PrEP erhalten? (N=123) (Mehrfachnennungen)	n	%
Im Rahmen einer PrEP-Studie	4	3.3
in einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis	6	4.9
in einer anderen (fach)ärztlichen Praxis / HIV-Schwerpunktpraxis	4	3.3
während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses	6	4.9
in einem Gesundheitsamt, bei einer Aids-Hilfe oder einem Checkpoint	7	5.7
In einer Online-Apotheke	83	67.5
In einer Apotheke (nicht online)	17	13.8
Ich habe mir eine PEP verschreiben lassen und als PrEP genutzt	2	1.6
Ich habe HIV-Medikamente einer HIV-positiven Person als PrEP genutzt	2	1.6
Andere Angaben	11	8.9

7.4 Vermittlung von Informationen zu HIV/STI

Tabelle 51 zeigt, wann die antwortenden Männer zuletzt Informationen über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) gesehen oder gehört hatten, die sich spezifisch an Männer richteten, die Sex mit Männern haben.

Tabelle 51: Vermittlung von Informationen zu HIV/STI (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Das letzte Mal Informationen über HIV/STI für MSM gesehen oder gehört (N=2612)	n	%
In den letzten 24 Stunden	297	11.4
In den letzten 7 Tagen	1001	38.3
In den letzten 4 Wochen	1600	61.3
In den letzten 6 Monaten	2119	81.1
In den letzten 12 Monaten	2403	92.0
In den letzten 5 Jahren	2512	96.2
Jemals	2567	98.3

Von 2612 antwortenden Männern, gaben 92% (n=2403) an, in den 12 Monaten vor der Befragung Informationen über HIV oder andere STI gesehen oder gehört zu haben, die sich spezifisch an MSM richteten. Bei über der Hälfte (n=1600, 61.3%) war dies sogar in den 4 Wochen vor der Befragung der Fall.

7.5 HIV-Test Angebote

7.5.1 Anbieter von HIV-Tests und Ort der Diagnosestellung

Tabelle 52 bietet einen Überblick über die Orte, an denen die antwortenden Männer ihre HIV-Diagnose erhalten haben. Zudem zeigt sie auf, wo die Männer mit HIV-negativem Testresultat das letzte Mal ihren HIV-Test gemacht hatten. Fast die Hälfte der HIV-positiven MSM gab an, ihre HIV-Diagnose in einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis erhalten zu haben (n=151, 46.9%). Laut den Angaben war dies auch der Ort, an dem die meisten der antwortenden MSM ihren letzten HIV-Test gemacht haben (n=954, 41%).

Tabelle 52: Ort der HIV-Diagnose / des letzten HIV-Tests

Ort	HIV-Diagnose (N=322)		Letzter HIV-Test negativ (N=2329)	
	n	%	n	%
In einer allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis	151	46.9	954	41.0
In einer anderen (Fach)ärztlichen Praxis / HIV-Schwerpunktpraxis	41	12.7	167	7.2
Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses	43	13.4	274	11.8
Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus	26	8.1	80	3.4
In einer anderen Einrichtung für HIV-Tests (z.B. Gesundheitsamt, Aids-Hilfe, Checkpoint)	46	14.3	651	28.0
Beim Blutspenden	2	0.6	48	2.1
Ich habe mir eine Blutprobe abgenommen und zur Beurteilung eingeschickt	2	0.6	10	0.4
Ich habe einen Heimtest benutzt und selber das Resultat abgelesen	5	1.6	29	1.2
In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna	1	0.3	24	1.0
Mobile Teststelle	3	0.9	36	1.5
woanders	2	0.6	56	2.4

7.5.2 Inanspruchnahme von HIV-Testangeboten

Der Grossteil der befragten Männer gab an, schon mal ein HIV-Testergebnis erhalten zu haben (n=2665; 86.9%). Von den 396 MSM, die dies verneinten, gaben lediglich 48 (12.1%) an, dass ihnen jemals seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus, usw.) ein HIV-Test angeboten worden sei. 22 MSM (5.6%) waren sich diesbezüglich unsicher.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Inanspruchnahme von HIV-Test

- **Coming-out:** Die Wahrscheinlichkeit jemals ein HIV-Testergebnis erhalten zu haben, war bei jenen MSM, die ein weitgehendes Coming-out gemacht hatten, über drei Mal höher als bei den übrigen MSM. (OR=3.586, Cohen's d=0.70, p≤0.000)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommenssituation, Beziehungsstatus, Grösse des Wohnorts

Abbildung 22 zeigt den prozentualen Anteil der Männer, die jemals ein HIV-Testergebnis erhalten haben nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz.

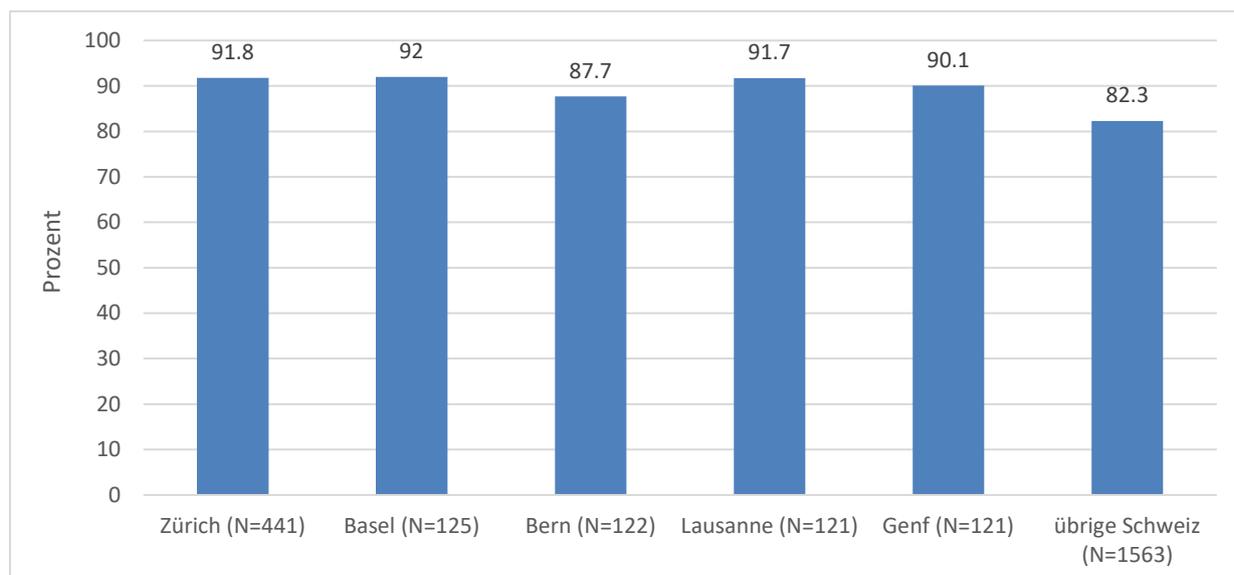


Abbildung 22: Inanspruchnahme von HIV-Testangeboten nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz

Tabelle 53 zeigt mit Blick auf die Männer, die angaben, dass bei ihnen noch nie eine HIV-Infektion festgestellt wurde, wie lange ihr letzter HIV-Test vom Zeitpunkt der Befragung aus betrachtet zurücklag.

Tabelle 53: Zeitpunkt des letzten HIV-Tests von Männern ohne HIV-Diagnose (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Zeitpunkt des letzten HIV-Tests (N=2725)	n	%
In den letzten 24 Stunden	7	0.3
In den letzten 7 Tagen	73	2.7
In den letzten 4 Wochen	309	11.3
In den letzten 6 Monaten	1087	39.9
In den letzten 12 Monaten	1604	58.9
In den letzten 5 Jahren	2120	77.8
Jemals	2329	85.5

Rund zwei Drittel (n=1604; 68.9%) von den 2329 Männern ohne HIV-Diagnose, die jemals einen HIV-Test gemacht haben, berichteten, dass sie ihren letzten HIV-Test in den 12 Monaten vor der Befragung haben machen lassen.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Zeitpunkt des letzten HIV-Tests von Männern ohne HIV-Diagnose

- **Beziehungsstatus:** Bei den Singles unter den Befragten waren 75.3%, die im Jahr vor der Befragung einen HIV-Test gemacht hatten. Bei den MSM in einer Beziehung waren es 63.5%. ($\beta=0.14$, Cohen's $d=0.28$, $p\leq 0.000$)
- **Alter:** Je älter die Befragten waren, desto länger lag ihr letzter HIV-Test zurück. ($\beta=0.11$, Cohen's $d=0.22$, $p\leq 0.000$)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommenssituation, Coming-out, Grösse des Wohnorts

Abbildung 23 zeigt den prozentualen Anteil der Männer, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen HIV-Test durchgeführt haben, nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur Schweiz.

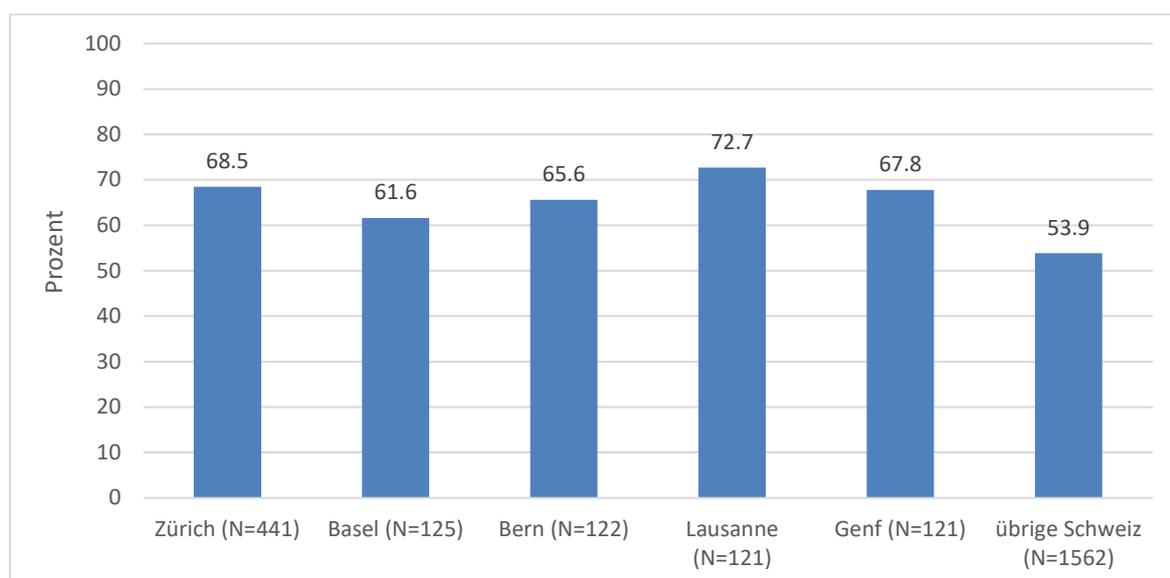


Abbildung 23: Letzter HIV-Test in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz

7.5.3 Zufriedenheit mit Unterstützung und Information

Von den 281 Männern mit HIV-Diagnose, die angaben, bei der HIV-Diagnose Informationen und Unterstützung erhalten zu haben, vermittelten 229 (81.5%) damit zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein (vgl. Tabelle 54). Noch höher liegen die Zufriedenheitswerte bei den 1757 Männern ohne HIV-Diagnose, die bei ihrem letzten HIV-Test Unterstützung und Informationen erhalten hatten. 1668 MSM (94.9%) gaben an, mit den Informationen und der Unterstützung zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein. Unzufrieden oder sehr unzufrieden waren 52 der HIV-positiven Männer (18.5%) und lediglich 89 der HIV-negativen MSM (5.1%).

Tabelle 54: Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen

Zufriedenheit mit Unterstützung und Informationen	Bei der HIV-Diagnose (N=322)		Beim letzten HIV-Test (N=2327)	
	n	%	n	%
Sehr zufrieden	138	42.9	950	40.8
Zufrieden	91	28.3	718	30.9
Unzufrieden	24	7.5	42	1.8
Sehr unzufrieden	28	8.7	47	2.0
Ich habe keine Unterstützung / keine Informationen erhalten	30	9.3	416	17.9
Ich erinnere mich nicht / ich habe darüber nicht nachgedacht	11	3.4	154	6.6

7.5.4 Verlaufskontrolle der HIV-Infektion

Zum Zeitpunkt der Befragung lag die letzte Verlaufskontrolle der HIV-Infektion (vgl. Tabelle 55) bei fast allen HIV-positiven Teilnehmern weniger als 6 Monate zurück (n=316, 97.8%).

Tabelle 55: Zeitpunkt der letzten Verlaufskontrolle der HIV-Infektion (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Zeitpunkt der letzten Verlaufskontrolle der HIV-Infektion (N=323)	n	%
In den letzten 24 Stunden	3	0.9
In den letzten 7 Tagen	32	9.9
In den letzten 4 Wochen	157	48.6
In den letzten 6 Monaten	316	97.8
In den letzten 12 Monaten	319	98.8
In den letzten 5 Jahren	321	99.4

7.6 Angebot einer Hepatitis-Impfung

Von 3047 antwortenden Männern gaben zwei Drittel (n=2049, 67.2%) an, dass ihnen schon mal seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus, usw.) eine Hepatitis-Impfung angeboten worden war. Ein Viertel (n=788, 25.9%) hat dies verneint und die restlichen 210 MSM (6.9%) konnten sich nicht mehr erinnern.

Signifikante Unterschiede / Zusammenhänge Angebot einer Hepatitis-Impfung

- **HIV-Diagnose:** Die Wahrscheinlichkeit, eine Hepatitis-Impfung angeboten zu bekommen, war bei den Männern, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde über 3 Mal höher als bei den Befragten, bei denen keine HIV-Infektion festgestellt wurde. (OR=3.707, Cohen's d=0.72, p≤0.000)
- **Coming-out:** MSM mit einem weitgehenden Coming-out, haben eine um rund 53% höhere Wahrscheinlichkeit, dass ihnen eine Hepatitis-Impfung angeboten wird, als diejenigen MSM, die ein eingeschränktes oder kein Coming-out hatten. (OR=1.528, Cohen's d=0.23, p≤0.000)

Keine signifikanten Unterschiede / Zusammenhänge: Alter, Bildung, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit, Beziehungsstatus, Grösse des Wohnorts

Abbildung 24 zeigt den Anteil der Männer, denen jemals eine Hepatitis-Impfung angeboten wurde, nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz.

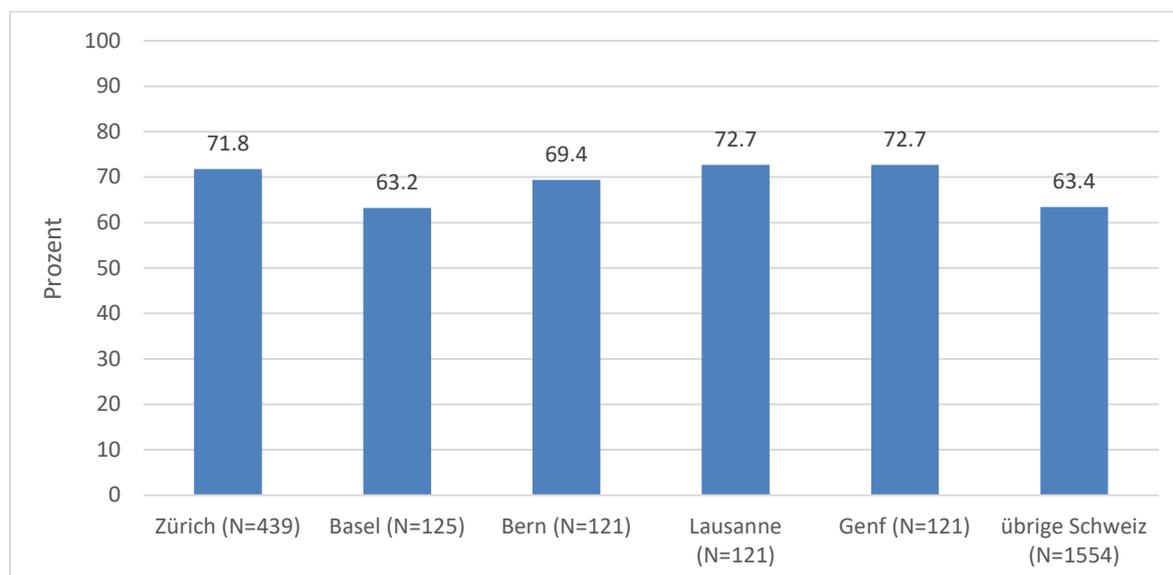


Abbildung 24: Anteil an Männern, denen jemals eine Hepatitis-Impfung angeboten wurde, nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz

Von den MSM, die berichteten, nicht gegen Hepatitis A geimpft zu sein und nicht zu wissen, ob sie immun dagegen sind (N=473), gaben 150 Männer (31.7%) an, dass ihnen schon mal eine Hepatitis-Impfung angeboten worden war. 305 Männer (64.5%) vermittelten, noch nie eine Impfung angeboten bekommen zu haben, und 18 (3.8%) konnten sich nicht mehr daran erinnern.

Laut den Angaben der Teilnehmer, die berichteten, nicht gegen Hepatitis B geimpft worden zu sein und nicht zu wissen, ob sie immun dagegen sind (N=400), wurde 104 Männern (26%) schon mal eine Hepatitis-Impfung angeboten, während 279 Männern (69.8%) noch nie ein Impfangebot erhalten hatten und 17 (4.3%) sich nicht zu erinnern vermochten.

7.7 STI-Testangebote

7.7.1 Inanspruchnahme von STI-Testangeboten

Mehr als zwei Drittel der 2935 antwortenden Männer (n=2065, 70.4%) gaben an, dass sie schon mal auf andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) als HIV untersucht oder getestet worden waren. Die Tabelle 56 zeigt auf, wie lange der letzte Test bzw. die letzte Untersuchung zum Befragungszeitpunkt zurücklag. Bei 49.1% (n=1440) erfolgte der letzte Test oder Untersuch auf andere STIs in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Bei rund einem Drittel (n=1038; 35.4%) lag der letzte STI-Test sogar erst 6 Monate oder weniger lang zurück (vgl. Tabelle 56).

Von diesen 1440 Männern gaben 261 (18.1%) an, zum Zeitpunkt des letzten STI-Tests oder Untersuch irgendwelche Symptome gehabt zu haben.

Tabelle 56: Zeitpunkt des letzten Tests / Untersuch auf andere STI (kumulierte Häufigkeiten und Prozente)

Zeitpunkt des letzten Tests/Untersuchs auf andere STI (N=2935)	n	%
In den letzten 24 Stunden	13	0.4
In den letzten 7 Tagen	85	2.9
In den letzten 4 Wochen	305	10.4
In den letzten 6 Monaten	1038	35.4
In den letzten 12 Monaten	1440	49.1
In den letzten 5 Jahren	1896	64.6
Jemals	2065	70.4

Abbildung 25 zeigt den prozentualen Anteil der Männer, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen STI-Test durchgeführt haben, nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz.

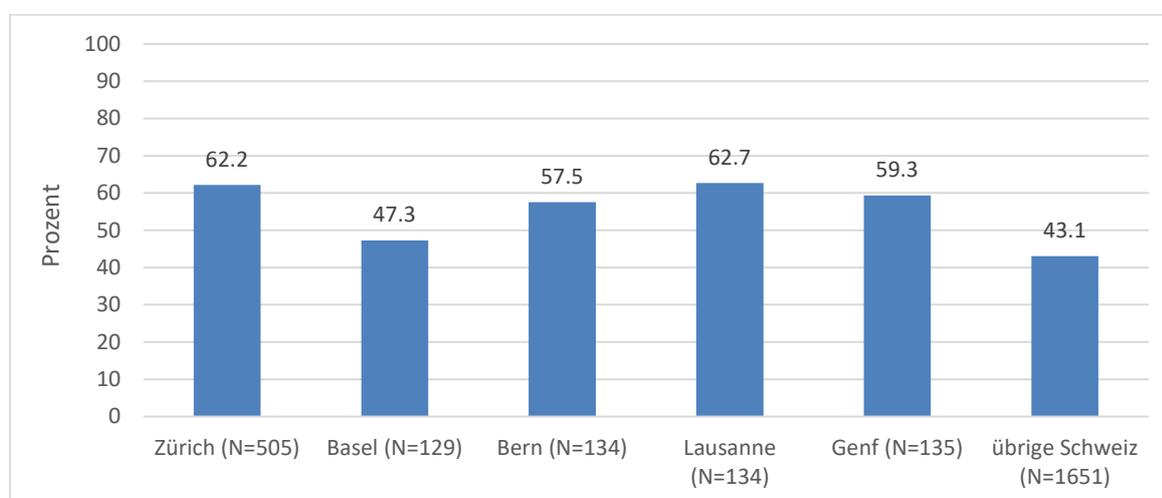


Abbildung 25: Letzter STI-Test in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach den fünf grössten Städten im Vergleich zur übrigen Schweiz

7.7.2 Offenlegung der Sexualität gegenüber dem STI-Testanbieter

Die meisten der Männer, die sich in den 12 Monaten vor der Befragung auf andere STIs haben testen oder untersuchen lassen, gehen gegenüber den Untersuchenden (Ärzt_innen/Berater_innen) offen mit ihrer Sexualität um. 1207 Männer (83.8%) gaben an, dass die Untersuchenden definitiv wussten, dass sie Sex mit Männern haben. Dennoch zeigt sich, dass ca. jeder sechste Mann nicht offen darüber gesprochen oder sich diesbezüglich zurückhaltend verhalten hatte (n=231, 16%). 79 Männer (5.5%) gingen lediglich davon aus, dass die Untersuchenden wahrscheinlich darüber Bescheid wussten; 23 MSM (1.6%) gaben an, nicht zu wissen, ob die Untersuchenden es wussten, während 129 MSM (9.0%) klar angaben, dass die Untersuchenden keine Kenntnis davon hatten.

7.7.3 Umfang des STI-Screenings

Um bei denjenigen Männern, die angegeben haben, sich in den 12 Monaten vor der Befragung auf andere STIs untersucht oder getestet zu haben, die Art der Untersuchung bzw. des Tests eruieren zu können, wurden sie in einem ersten Schritt nach äusseren Geschlechtsorganen gefragt. Von 1438 antwortenden Männern haben 1417 (98.5%) angegeben, einen Penis zu haben, 6 gaben an eine Vagina zu haben (0.4%), zwei MSM berichteten beides zu haben (0.1%) und 13 erwähnten, weder einen Penis noch eine Vagina zu haben (0.9%).

Tabelle 57: Art der Untersuchung auf STI

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf STI...	Ja (n)	Ja (%)
eine Blutprobe entnommen (N=1421)	1336	94.0
eine Urinprobe abgenommen (N=1401)	745	53.2
etwas in die Penisöffnung eingeführt (Harnröhrentupfer/ -abstrich) (N=1402)	612	43.7
der Penis untersucht (N=1395)	443	31.8
etwas in die Vagina eingeführt (N=8)	3	37.5
die Vagina untersucht (N=8)	3	37.5
etwas in den Anus eingeführt (Rektaltupfer/ -abstrich) (N=1421)	602	42.4
der Anus untersucht (N=1427)	342	24.0

94% der Männer, die sich im Jahr vor der Befragung auf sexuell übertragbare Infektionen untersuchen liessen, gaben an, dass ihnen hierzu eine Blutprobe entnommen worden war (n=1336).

Über die Hälfte (53.2%, n=745) berichtete, dass ihnen auch eine Urinprobe abgenommen worden war. Jeweils etwas über zwei Fünftel gaben an, dass ein Harnröhrenabstrich (43.7%, n=612) und/oder ein Rektalabstrich (42.4%, n=602) gemacht worden waren (vgl. Tabelle 57).

Von den 1440 Männern, bei denen der letzte Test auf andere STIs in den 12 Monaten vor der Befragung erfolgte, wurde bei 38.1% (n=549) einen Bluttest, ein genitaler Test (Urethralabstrich, Urinprobe) und ein Analabstrich vorgenommen.

7.8 Information der Sexpartner über Syphilis- und Gonorrhoe-Diagnosen

In der Tabelle 58 ist ersichtlich, bei wie vielen Teilnehmern, die in den 12 Monaten vor der Befragung positiv auf Syphilis oder Gonorrhoe getestet wurden, bei der letzten Diagnose die Sexpartner durch die Männer selbst oder durch die Ärztin/den Arzt informiert wurden, dass diese ebenfalls eine Behandlung (oder zumindest einen Test) benötigen.

Tabelle 58: Information der Sexpartner über Syphilis- und Gonorrhoe-Diagnosen

Wurden die letzten Sexpartner über die letzte Diagnose informiert?	Syphilis (N=129)		Gonorrhoe (N=192)	
	n	%	n	%
Nein, keiner der Sexpartner	29	22.5	35	18.2
Ja, einige der letzten Sexpartner	52	40.3	83	43.2
Ja, alle meine letzten Sexpartner	43	33.3	69	35.9
Ich weiss nicht mehr	5	3.9	5	2.6

Knapp drei Viertel der Männer (73.6%, n=95) gaben an, dass bei ihrer letzten Syphilis Diagnose alle oder einige ihrer letzten Sexpartner darüber informiert wurden, dass sie sich behandeln oder testen lassen sollten. Ähnlich sieht es bezüglich der letzten Gonorrhoe-Diagnose aus. Bei drei Viertel (79.2%, n=152) haben alle oder einige der letzten Sexpartner diese Information erhalten.

8 Eine Momentaufnahme des letzten Sex mit nicht-festen Partnern

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

8.1 Anzahl nicht-feste Partner und Häufigkeit des Sexualkontakts

Von 2307 MSM, die in den 12 Monaten vor der Befragung Sex mit nicht-festen Partnern hatten, gaben 80.2% (n=1851) an, den letzten sexuellen Kontakt nur mit einem nicht-festen Partner gehabt zu haben. 6.2% (n=142) berichteten, dass sie den letzten Sex mit einem nicht-festen Partner und ihrem festen Partner zusammen hatten. Von 1988 MSM gaben 62.6% (n=1245) an, dass sie zuvor noch nie Sex mit diesem nicht-festen Partner hatten. 37.3% (n=743) gaben an, bereits einmal (12.4%, n=247) oder bereits mehrmals (24.9%, n=496) mit diesem nicht-festen Partner Sex gehabt zu haben.

Weiter haben von 2307 Männern 6.4% (n=148) angegeben, dass sie den letzten sexuellen Kontakt mit zwei nicht-festen Partnern hatten und 7.2% (n=166) berichteten, dass sie den letzten Sex mit drei oder mehr nicht-festen Partnern zusammen hatten. Von diesen 313 Männern gaben 44.7% (n=140) an, einmal (22.7%, n=71) oder bereits mehrmals (22%, n=69) zuvor mit einem oder mehreren dieser nicht-festen Partnern Sex gehabt zu haben.

Hinweis:

Aufgrund der Trennung bei der Befragung werden in den folgenden Kapiteln die Antworten der Männer anhand der folgenden zwei Gruppen dargestellt: Letzter sexueller Kontakt mit «einem nicht-festen Partner (mit oder ohne festem Partner)» und «zwei oder mehr nicht-festen Partnern».

8.2 Ort des Kennenlernens und Sexorte

Tabelle 59 zeigt die Orte, an denen die antwortenden Männer ihre nicht-festen Partner kennenlernten.

Fast drei Viertel der Männer mit *einem* nicht-festen Partner (n=1449, 72.8%) gaben an, dass sie ihn über eine Smartphone-App oder "woanders im Internet" kennengelernt hatten. Bei den Männern, die ihren letzten Sex mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern hatten, ist zwar die App auch die meistgenannte Antwort (n=102, 32.6%), jedoch fast gleich viele MSM gaben an, einer oder mehrere ihrer nicht-festen Partnern in der Schwulensauna kennengelernt zu haben (n=95; 30.4%) und mehr als ein Fünftel gab als Ort des Kennenlernens den Dark-room, schwulen Sex-Club oder eine öffentliche schwulen Sex-Party an (n=70, 22.4%).

Tabelle 59: Ort des Kennenlernens der nicht-festen Partner des letzten Sexkontakts

Ort des Kennenlernens der nicht-festen Partner des letzten Sexkontakts	Ein nicht-fester Partner (N=1991)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=313)*	
	n	%	n	%
Schwulenzentrum, Schwulengruppe	27	1.4	9	2.9
Schwulen Bar / Café	37	1.9	8	2.6
Schwulen Club	27	1.4	20	6.4
Darkroom, schwulen Sex-Club, öffentliche schwulen Sex-Party	39	2	70	22.4
Private schwulen Sex-Party	8	0.4	23	7.3
Schwulensauna	170	8.5	95	30.4
Pornokino	15	0.8	11	3.5
Cruising-Ort (Autobahnraststätte, Park etc.)	75	3.8	32	10.2
Über eine Smartphone-App (oder anderes GPS-Gerät)	894	44.9	102	32.6
Woanders im Internet	555	27.9	58	18.5
An einem anderen Ort	144	7.2	20	6.4

*Mehrfachnennungen

In der Tabelle 60 sind Örtlichkeiten aufgelistet, an denen die antwortenden Männer ihren letzten Sex in den 12 Monaten vor der Befragung mit den nicht-festen Partnern hatten.

Bei den MSM mit *einem* nicht-festen Partner haben über drei Viertel angegeben, dass sie den letzten Sex im privaten Rahmen hatten (n=1590, 79.9%). Vom letzten Sex im öffentlichen Setting wie zum Beispiel in einem Sex-Club, in einer Schwulensauna, in einem Pornokino oder an einem Cruising-Ort, berichteten 327 MSM (16.4%).

Bei den Antwortenden mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern ist der Anteil deren, die den letzten Sex im privaten Rahmen hatten, einiges tiefer. Lediglich 133 Männer (42.5%) haben angegeben, den letzten Sex bei ihnen oder jemand anderem zu Hause oder im Hotelzimmer gehabt zu haben. Der Sex mit mehreren Partnern fand häufiger im öffentlichen Setting statt (n=170, 54.3%).

Tabelle 60: Orte des letzten Sex mit nicht-festen Partnern

Orte des letzten Sex mit nicht-festen Partnern	Ein nicht-fester Partner (N=1991)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=313)	
	n	%	n	%
Bei ihnen zu Hause	715	35.9	29	9.3
Bei ihm zu Hause	702	35.3	-	-
Bei wem anders zu Hause	25	1.3	94	30.0
Hotelzimmer	148	7.4	10	3.2
Darkroom, schwulen Sex-Club, öffentliche schwulen Sex-Party	47	2.4	63	20.1
Schwulensauna	181	9.1	83	26.5
Pornokino	15	0.8	6	1.9
Cruising-Ort (Autobahnraststätte, Park etc.)	84	4.2	18	5.8
An einem anderen Ort	74	3.7	10	3.2

8.3 Kommunikation über HIV und PrEP

Tabelle 61 und Tabelle 62 zeigen, inwiefern die MSM ihren nicht-festen Partnern den eigenen HIV-Status mitgeteilt hatten oder ihnen der HIV-Status ihrer nicht-festen Partner vor dem Sex bekannt war.

Tabelle 61: Information über den eigenen HIV-Status beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern

Was haben Sie über den eigenen HIV-Status vor dem oder beim Sex mitgeteilt?	Ein nicht-fester Partner (N=1916)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=301)	
	n	%	n	%
HIV-Status unbekannt	52	2.7	13	4.3
HIV-negativ	729	38.0	75	24.9
HIV-positiv	84	4.4	22	7.3
Nichts über den HIV-Status gesagt	1051	54.9	191	63.5

Tabelle 62: Wissen über HIV-Status der nicht-festen Partner

Was wussten oder dachten Sie über den HIV-Status der anderen, bevor Sie Sex hatten?	Ein nicht-fester Partner (N=1985)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=311)	
	n	%	n	%
Ich wusste oder dachte, dass er/sie HIV-negativ war/waren	1052	53.0	90	28.9
Ich wusste oder dachte, dass er/sie HIV-positiv war/waren	86	4.3	29	9.3
Ich wusste oder dachte, dass sie unterschiedliche HIV-Status hatten	-	-	19	6.1
Ich erinnere mich nicht	96	4.8	136	43.7
Ich habe mir über seinen/ihren HIV-Status keine Gedanken gemacht	751	37.8	37	11.9

Von den MSM mit *einem* nicht-festen Partner, die wussten oder dachten, dass dieser HIV-negativ war (vgl. Tabelle 62), haben von 1049 MSM 6.3% (n=66) angegeben, von ihm die Information erhalten zu haben, dass er die PrEP nehme. 11.2% (n=117) wurden von ihm informiert, dass er zum Zeitpunkt des Sex keine PrEP nahm, und 82.6% (n=866) gaben an, nicht darüber gesprochen zu haben.

Bei denen, die wussten oder dachten, dass der nicht-feste Partner HIV-positiv war (vgl. Tabelle 62), gaben 67.4% (n=58) an, vom Partner informiert worden zu sein, dass seine Viruslast nicht nachweisbar war. Einer gab an (1.2%), dass ihm von seinem nicht-festen Partner gesagt wurde, dass die Viruslast nachweisbar sei und 31.4% (n=27) gaben an, dass sie nicht über die Viruslast des nicht-festen Partners gesprochen hatten.

Bei den Männern, die ihren letzten sexuellen Kontakt mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern hatten und wussten oder dachten, dass alle ihrer nicht-festen Partner HIV-negativ seien (n=90) oder einen unterschiedlichen HIV-Status hatten (n=19), haben 12.8% (n=14) angegeben, dass sie von mindestens einem dieser nicht-festen Partner informiert worden waren, dass er die PrEP nähme. 81.7% (n=89) gaben an, dass keiner dieser nicht-festen Partner sie informiert hatte, dass sie zum Zeitpunkt des Sex die PrEP eingenommen hatten und sechs Männer (5.5%) können sich nicht mehr erinnern.

Von den MSM, die wussten oder dachten, dass alle ihrer nicht-festen Partner HIV-positiv seien (n=29) oder einen unterschiedlichen Status hatten (n=19), gaben 45.8% (n=22) an, dass ihnen mindestens einer mitgeteilt hatte, dass seine Viruslast nicht nachweisbar war. 43.8% (n=21) der Männer gaben an, dass keiner dieser nicht-festen Partner ihnen mitgeteilt hatte, dass seine Viruslast nicht nachweisbar wäre und 5 Männer (10.4%) erinnern sich nicht mehr daran.

Tabelle 63 zeigt die Kommunikation über die eigene PrEP-Einnahme der Männer, die Sex mit einem bzw. zwei und mehr nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung hatten und vor dem oder beim Sex mitgeteilt hatten, dass sie HIV-negativ sind. Von 724 MSM, die mit *einem* nicht-festen Partner Sex hatten, berichteten 6.2% (n=45), dass sie ihrem nicht-festen Partner auch gesagt hatten, dass sie die PrEP nahmen, und 14.6% (n=106) hatten klargemacht, dass sie keine PrEP nahmen. 79.1% (n=573) antworteten, dass nicht darüber gesprochen wurde. Von 75 MSM mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern, haben

12% (n=9) den Partnern auch gesagt, dass sie PrEP nahmen, und 32% (n=24) hatten klargestellt, dass sie keine PrEP nahmen. 56% (n=42) gaben an, dass sie nicht darüber gesprochen hatten.

Tabelle 63: Kommunikation über PrEP vor dem oder beim Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung

Was haben Sie zu Ihrem PrEP Gebrauch mitgeteilt?	Ein nicht-fester Partner (N=724)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=75)	
	n	%	n	%
Ich sagte, dass ich auf PrEP bin	45	6.2	9	12.0
Ich sagte, dass ich nicht auf PrEP bin	106	14.6	24	32
Wir haben nicht darüber gesprochen, ob ich auf PrEP bin oder nicht	573	79.1	42	56.0

In Tabelle 64 ist dargestellt, inwiefern die Männer mit HIV-Diagnose die nicht-festen Partner über ihre Virenlast informiert hatten. Unter jenen, die *einen* nicht-festen Partner hatten, gaben von 83 MSM 90.4% (n=75) an, auch erwähnt zu haben, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liege (undetectable). Ein Mann (1.2%) informierte seinen nicht-festen Partner, dass seine Viruslast nachweisbar sei und sieben Männer (8.4%) gaben an, nicht über ihre Viruslast gesprochen zu haben. Von jenen, die *zwei oder mehr* nicht-feste Partner hatten, informierten von 22 MSM 90.9% (n=20) ihre Partner auch darüber, dass sie undetectable waren, und zwei 9.1% (n=2) hatten darauf hingewiesen, dass ihre Viruslast nachweisbar war.

Tabelle 64: Kommunikation der Männer mit HIV-Diagnose über Virenlast vor dem oder beim Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung

Was haben Sie über Ihre Viruslast mitgeteilt?	Ein nicht-fester Partner (N=83)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=22)	
	n	%	n	%
Ich sagte, meine Viruslast sei nicht nachweisbar	75	90.4	20	90.9
Ich sagte, ich sei unbehandelt (meine Viruslast sei nachweisbar)	1	1.2	2	9.1
Wir haben nicht über meine Viruslast gesprochen	7	8.4	n.a.	n.a.

8.4 Sexuelle Praktiken

In Tabelle 65 ist ersichtlich, ob beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern Analverkehr praktiziert wurde und welche Position die Befragten dabei eingenommen hatten (insertiv und/oder rezeptiv).

Tabelle 65: Analverkehr beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern

Analverkehr beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern	Ein nicht-fester Partner (N=1986)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=314)	
	n	%	n	%
Kein Analverkehr	632	31.8	65	20.7
Ich war passiv	629	31.7	100	31.8
Ich war aktiv	534	26.9	65	20.7
Ich war aktiv und passiv	191	9.6	84	26.8

297 der Befragten (36.3%), bei denen der nicht-feste Partner beim letzten Analverkehr insertiv war, gaben an, dass sie dabei kein Kondom verwendet hatten. Bei jenen mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern benutzten 84 (45.7%) kein Kondom. Tabelle 66 lässt zudem deutlich werden, ob die aktiven nicht-festen Partner beim Analverkehr die ganze Zeit über Kondome benutzt hatten.

Tabelle 66: Kondomnutzung der nicht-festen Partner in der insertiven Position

Kondomnutzung der aktiven nicht-festen Partner	Ein nicht-fester Partner (N=819)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=184)	
	n	%	n	%
Die ganze Zeit ein Kondom benutzt	478	58.3	75	40.8
Nicht die ganze Zeit ein Kondom benutzt	40	4.9	25	13.6
Kein Kondom benutzt	297	36.3	84	45.7
Keine Erinnerung / weiss nicht	4	0.5	0	0

Mit 58.3% gab mehr als die Hälfte der Männer mit *einem* nicht-festen Partner an (n=478), dass die insertiven Partner während der ganzen Zeit der Penetration ein Kondom benutzt hatten. Von den Männern mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern gaben 40.8% (n=75) an, dass die insertiven Partner während der ganzen Penetration ein Kondom benutzt hatten.

Von den MSM mit *einem* nicht-festen Partner, die angaben, dass der insertive Partner kein oder nur teilweise ein Kondom benutzt hatte, berichteten von 337 Männern 47.2% (n=159), dass ihr nicht-fester Partner beim Sex mit ihnen rektal ejakuliert hatte. Bei den Männern mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern, haben von 109 Männern 60.6% (n=66) hiervon berichtet (vgl. Tabelle 67).

Tabelle 67: Rektale Ejakulation der nicht-festen Partner in der insertiven Position

Hat einer der aktiven nicht-festen Partner rektal ejakuliert? (Kein oder nur teilweise Kondom benutzt)	Ein nicht-fester Partner (N=337)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=109)	
	n	%	n	%
Nein	170	50.4	39	35.8
Ja	159	47.2	66	60.6
Keine Erinnerung / weiss nicht	8	2.4	4	3.6

Von 723 Befragten, die beim letzten Analsex mit *einem* nicht-festen Partner insertiv waren, gaben 35.1% (n=254) an, dass sie dabei kein Kondom verwendet hatten. Bei jenen die beim Analsex mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern in der insertiven Position waren, benutzten von 149 MSM 48.3% (n=72) kein Kondom. Aus der Tabelle 68 geht zudem hervor, ob die antwortenden Männer in der insertiven Position das Kondom während der ganzen Dauer der Penetration benutzten.

Tabelle 68: Kondomnutzung beim insertiven Analsex mit nicht-festen Partnern

Haben Sie ein Kondom benutzt, als Sie aktiv waren?	Ein nicht-fester Partner (N=723)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=149)	
	n	%	n	%
Die ganze Zeit ein Kondom benutzt	434	60.0	61	40.9
Nicht die ganze Zeit ein Kondom benutzt	34	4.7	16	10.7
Kein Kondom benutzt	254	35.1	72	48.3
Keine Erinnerung / weiss nicht	1	0.1	0	0

Von den 723 Männern mit *einem* nicht-festen Partner gaben mit 60% (n=434) mehr als die Hälfte an, dass sie während der ganzen Dauer der Penetration ein Kondom benutzt hatten. Bei den 149 Männern mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern berichteten 40.9% (n=61), dass sie während der ganzen Dauer der Penetration ein Kondom benutzten (vgl. Tabelle 68).

Tabelle 69: Rektale Ejakulation beim insertiven Analsex mit nicht-festen Partnern

Haben Sie beim Gelegenheitspartner rektal ejakuliert? (Kein oder nur teilweise Kondom benutzt)	Ein nicht-fester Partner (N=287)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=88)	
	n	%	n	%
Nein	149	51.9	34	38.6
Ja	134	46.7	53	60.2
Keine Erinnerung / weiss nicht	4	1.4	1	1.1

Von den MSM mit *einem* nicht-festen Partner, die angaben, dass sie kein oder nur teilweise ein Kondom benutzten, berichteten von 287 Männern 46.7% (n=134), dass sie beim nicht-festen Partner rektal ejakuliert hatten. Bei den Männern mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern, haben von 88 Männern 60.2% (n=53) davon berichtet (vgl. Tabelle 69). Die MSM mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern hatten deutlich häufiger kein oder nur teilweise ein Kondom benutzt bzw. rektal ejakuliert als diejenigen MSM, die mit nur *einem* nicht-festen Partner Sex hatten (Prozentsatzdifferenz=13.5). Die Tatsache, dass die MSM mit ihren nicht-festen Partnern beim letzten Sex ohne Kondom Analverkehr praktizierten, kann für sich alleine noch nicht als HIV-Risikoexposition interpretiert werden. Allerdings besteht mit Blick auf andere sexuell übertragbare Infektionen hier durchaus ein Ansteckungsrisiko.

Welche Sexpraktiken die Befragten mit dem letzten nicht-festen Partner ausübten, respektive an welchen Sexpraktiken die Männer beim letzten Sex mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern beteiligt waren, ist in der Tabelle 70 ersichtlich.

Tabelle 70: Art der Sexpraktiken beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern

Welche Sexpraktiken wurden ausgeübt? An welchen Sexpraktiken waren Sie beteiligt?*	Ein nicht-fester Partner (N=1979)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=313)	
	n	%	n	%
Gegenseitige Masturbation	1532	77.4	243	77.6
Blasen aktiv	1606	81.2	263	84.0
Blasen passiv	1564	79.0	266	85.0
Rimmen aktiv	627	31.7	125	39.9
Rimmen passiv	677	34.2	169	54.0
Fisting aktiv	87	4.4	54	17.3
Fisting passiv	88	4.4	43	13.7
Sextoys zur Penetration verwendet	152	7.7	50	16.0
Gegenseitige Penetration mit dem gleichen Sextoy	26	1.3	22	7.0
Andere Sexpraktiken	163	8.2	48	15.3

*Mehrfachnennungen

8.5 Konsum von stimulierenden Substanzen beim letzten Sex

Tabelle 71 veranschaulicht den Konsum von stimulierenden Substanzen, die vor oder während des letzten Sexkontakts mit nicht-festen Partnern konsumiert wurden.

Tabelle 71: Konsum von Substanzen vor oder während des letzten Sexkontakts mit nicht-festen Partnern

Welche Substanzen haben Sie kurz vor oder während dieses Sexkontakts konsumiert?*	Ein nicht-fester Partner (N=1914)		Zwei oder mehr nicht-feste Partner (N=305)	
	n	%	n	%
Alkohol	470	24.6	98	32.1
Poppers	403	21.1	141	46.2
Substanzen für Erektion	209	10.9	86	28.2
Beruhigungsmittel	4	0.2	3	1.0
Cannabis	134	7.0	32	10.5
Synthetische Cannabinoide	2	0.1	2	0.7
Ecstasy in Tablettenform	18	0.9	10	3.3
Ecstasy in kristaliner Form oder als Pulver	16	0.8	5	1.6
Amphetamine	16	0.8	7	2.3
Methamphetamin	25	1.3	23	7.5
Heroin oder ähnliche Substanzen	1	0.1	1	0.3
Mephedron	5	0.3	4	1.3
Andere synthetische Substanzen (z.B. MXE, Badesalz)	5	0.3	2	0.7
GHB/GBL	39	2.0	27	8.9
Ketamine	8	0.4	10	3.3
LSD	2	0.1	1	0.3
Kokain	36	1.9	26	8.5
Crack	1	0.1	3	1.0
Ich habe Drogen genommen, aber ich weiss nicht welche	4	0.2	4	1.3
Ich habe keine Drogen oder Alkohol konsumiert	1002	52.4	87	28.5

*Mehrfachnennungen

Unter den MSM mit *einem* nicht-festen Partner gaben 52.4% (n=1002) an, beim letzten Sex nüchtern gewesen zu sein. Bei den MSM mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern ist der Anteil derer, die vor oder während des letzten Sexkontakts keine Substanzen konsumiert hatten mit 28.5% deutlich tiefer (n=87).

Von den Männern, die den letzten Sex mit *einem* nicht-festen Partner hatten, gaben 19 Männer an, während des Sexkontakts Drogen gespritzt zu haben, und bei den MSM mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern waren es 9 Männer.

8.6 Bewertung des Sex

Abbildung 26 zeigt die Bewertung des letzten Sexkontakts im Vergleich zu anderem Sex, den die befragten Männer bisher hatten. Die Einschätzungsskala rangierte von 1 (am schlechtesten) bis 10 (am besten). Diejenigen MSM, die den letzten Sex mit *zwei oder mehr* nicht-festen Partnern hatten, bewerteten diesen etwas besser ($M=7.13$; $SD=1.88$), als diejenigen MSM, die den letzten Sex mit *einem* nicht-festen Partner hatten ($M=6.79$, $SD=1.94$).

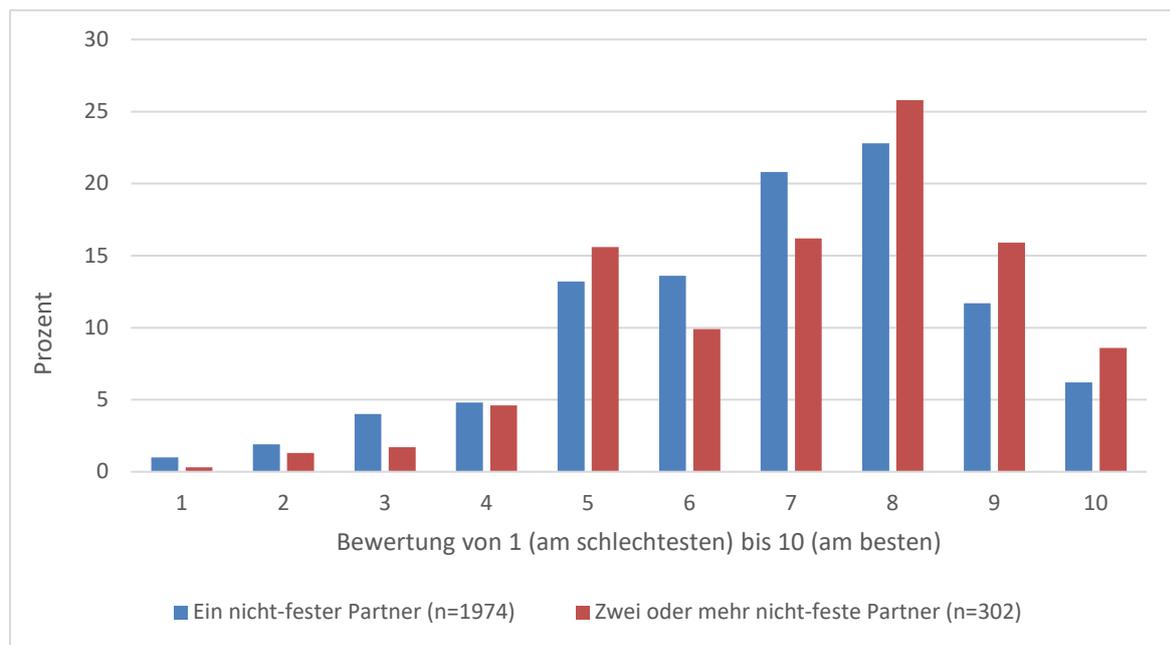


Abbildung 26: Bewertung des letzten Sexkontakts mit nicht-festen Partner(n)

9 Schlussfolgerungen

EMIS-2017 CH gelang es, MSM aus unterschiedlichen Lebenswelten und mit vielfältigen biographischen Erfahrungen zu befragen. Die Mehrheit der Befragten bezeichnet sich als schwul oder homosexuell und pflegt einen offenen Umgang mit der sexuellen Orientierung gegenüber ihrem sozialen Umfeld. Trotzdem hatte etwa jeder Vierte entweder nur einem kleinen Kreis von Bekannten oder gar niemandem gegenüber seine sexuelle Orientierung offengelegt.

Bezüglich der sozialen Lage der Befragten zeigt sich zwar, dass vorwiegend gut ausgebildete, erwerbstätige und mit ihrer Einkommenssituation zufriedene Männer sich an der Befragung beteiligt haben. Da allerdings wenig über die sozio-demographischen Merkmale von MSM in der Schweiz bekannt ist, kann hiervon nicht unmittelbar auf einen Mittelschichtsbias geschlossen werden.

Auch mit Blick auf das Lebensalter der Befragten zeigt sich eine grosse Heterogenität. So stammen die Teilnehmer aus acht Jahrzehnten. Nur schon mit Blick auf HIV umfasst eine solch breit gestreute Stichprobe Männer mit entsprechend unterschiedlichen Erfahrungshorizonten. Die ältesten sind in den frühen 30er Jahren des 20. Jahrhunderts geboren und sind mit über 45 Jahren mit HIV und Aids konfrontiert worden. Sie leben und lieben seit über dreissig Jahren mit dem Wissen um HIV und AIDS. Die jüngsten Studienteilnehmer hingegen sind im 21. Jahrhundert zur Welt gekommen. Sie haben die Welt nie ohne HIV gekannt, aber auch nie ohne antiretrovirale Therapien. Sie begannen ihre aktive sexuelle Biografie zu einem Zeitpunkt, an dem bereits die Prä-Expositionsprophylaxe existierte.

Rund 11% der Befragten leben mit HIV. Davon sind 95% in antiretroviraler Therapie (ART) und bei 94% der Männer in ART ist die Virenlast supprimiert. Knapp 98% hatten ihre letzte Verlaufskontrolle der HIV-Infektion vor weniger als sechs Monaten. Gestützt auf die Daten von EMIS-2017 nimmt die Schweiz mit Blick auf die 90-90-90 eine sehr gute Position ein, ebenso mit Blick auf die medizinische Versorgung von Menschen mit HIV (UNAIDS, 2019).

Allerdings zeigte die Befragung auch, dass weniger als 90% der Antwortenden ihren HIV-Status kennen. So haben sich 13% der befragten MSM noch nie auf HIV testen lassen. Hier bleibt offen, ob und wie viele HIV-positive MSM sich unter ihnen befinden. Diesen MSM wurde auch kaum jemals seitens eines Gesundheitsdienstes (ärztliche Praxis, Krankenhaus, etc.) ein HIV-Test angeboten. Aufgrund des positiven Zusammenhangs zwischen Coming-out und der Inanspruchnahme eines HIV-Tests, kann vermutet werden, dass es sich hier vorwiegend um nicht geoutete MSM handelt. Es braucht daher neben den Gesundheitszentren, die sich spezifisch an schwul identifizierte Männer richten, auch eine Sensibilisierung und Befähigung der Ärzt_innen, die in der regulären Gesundheitsversorgung tätig sind, um nicht geouteten Männern, die Möglichkeit zu eröffnen, Tabuthemen anzusprechen und offen über Sexualität und HIV/STI zu sprechen.

Etwas mehr als Dreiviertel der Befragten sind ihren eigenen Angaben nach HIV-negativ. Sie erhielten noch nie ein positives HIV-Testresultat. Allerdings lag bei mehr als einem Viertel dieser Männer der letzte HIV-Test bereits länger als ein Jahr zurück. Dies trifft vor allem auf eher ältere MSM in festen Beziehungen zu.

Insgesamt sind die befragten MSM sexuell aktiv und mit ihrem Sexleben mehrheitlich zufrieden. Dabei unterscheiden sich die Männer mit und ohne HIV-Diagnose nur unwesentlich voneinander. Allerdings zeigte sich auch, dass gerade hinsichtlich des EKAF-Statements weiterer Informationsbedarf besteht, wusste doch jeder Dritte wenig bis gar nichts von der Nicht-Infektiosität HIV-positiver Personen in wirksamer ART. Grundsätzlich scheint jedoch

das Wissen zu HIV, HIV-Test und Therapie recht gut zu sein. In Bezug auf das Wissen zu Hepatitis besteht jedoch Optimierungsbedarf.

Mehr als die Hälfte der Befragten lebt in einer festen Beziehung, wobei diese nicht mit sexueller Exklusivität gleichzusetzen ist. Darunter finden sich auch langjährige Beziehungen. Bei diesen festen Beziehungen handelt es sich überwiegend um Beziehungen mit einem Mann. Doch etwa jeder sechste Befragte befindet sich in einer festen Beziehung mit einer Frau. Die Mehrheit der Befragten lebt in einer HIV-konkordanten Beziehung. Weitgehend geoutete MSM in festen Beziehungen mit positiver Einschätzung ihrer Einkommenssituation sind deutlich zufriedener mit ihrem Sexleben als jene, die kein weitgehendes Coming-out hatten, Single sind und ihre finanzielle Einkommenssituation als ungenügend beurteilen.

Mehr als drei Viertel aller Antwortenden hatten Sex mit nicht-festen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung. Bei den Männern ohne HIV-Diagnose benutzten 52% beim Analsex mit diesen nicht-festen Partnern immer ein Kondom. Bei den Männern mit HIV-Diagnose taten dies 13.4%, was angesichts der Tatsache, dass die Virenlast bei 94% der Befragten in Therapie supprimiert ist, wenig überrascht. Auch gaben rund drei Viertel der MSM ohne HIV-Diagnose, die beim Analverkehr mit nicht-festen HIV-positiven Partnern keine Kondome verwendeten an, dass alle ihre HIV-positiven Partner eine nicht nachweisbare Virenlast gehabt hätten. Für einige der Befragten scheint allerdings der HIV-Status des nicht-festen Partners nicht von primärem Interesse zu sein. Sie konnten sich entweder nicht mehr an den HIV-Status ihres letzten nicht-festen Partners erinnern oder hatten sich nicht danach erkundigt.

MSM, die die PrEP einnehmen oder jemals eingenommen haben, verwendeten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung weniger häufig Kondome beim Analsex mit nicht-festen Partnern als jene Männer, die die PrEP nicht nutzten. Für eine Prävention, die den Empfehlungen folgend propagiert auch bei einer Einnahme der PrEP Kondome zu verwenden (Bundesamt für Gesundheit, 2016), wird hierin eine Herausforderung deutlich.

Bezüglich anderen STI wurde etwa bei jedem vierten MSM bereits einmal im Leben eine Gonorrhoe und bei ungefähr jedem sechsten Befragten eine Syphilis bzw. eine Chlamydiose festgestellt. Allerdings liegen diese STI-Diagnosen in den meisten Fällen bereits länger als 12 Monate zurück.

Es bleibt kritisch zu diskutieren, wie stark die PrEP zum Anstieg der anderen STI beiträgt. Dieser ist nämlich nicht erst seit der PrEP zu verzeichnen. Vielmehr ist in den letzten 20 Jahren eine kontinuierliche Zunahme der gemeldeten STI-Fälle zu verzeichnen. So stieg die Anzahl gemeldeter Syphilis-Fälle seit 2006 von 200 Fällen bis auf 1688 Fälle im Jahr 2017 an (Bundesamt für Gesundheit, 2018d). Die Gonorrhoe hat bereits seit dem Jahr 2000 mit lediglich 500 Fällen, auf 2809 gemeldete Fälle im Jahr 2017 stark zugenommen (Bundesamt für Gesundheit, 2018b). Bei der Chlamydiose ist im selben Zeitraum beinahe eine fünffache Zunahme der Fallzahlen zu beobachten (Bundesamt für Gesundheit, 2018a). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Zunahme der Fallzahlen mitunter auf die deutliche Zunahme des Testens zurückgeführt werden könnte (Bundesamt für Gesundheit, 2019).

Ebenfalls nimmt der konsequente Kondomgebrauch nicht erst seit der Möglichkeit, sich mit der PrEP vor einer HIV-Infektion schützen zu können, ab. Sowohl der Länderbericht EMIS-2010 für die Schweiz als auch der Gay-Survey 2014 zeigen auf, dass der Anteil der MSM ohne HIV-Diagnose, die beim Analsex mit nicht-festen Partnern nicht konsequent Kondome verwenden, von 20% im Jahr 2009 auf 35% im Jahr 2010 bzw. 24% im Jahr 2014 angestiegen ist (Lociciro & Bize, 2015; Lociciro, Jeannin, & Dubois-Arber, 2012). MSM setzten daher bereits seit längerem auf unterschiedliche Risikoreduktionsstrategien. Diese schliessen ein Risiko für die Übertragung von HIV und anderen STI allerdings nicht systematisch aus. So

etwa zeigen Studien, dass schwule Männer in den vergangenen zwei Jahrzehnten Strategien zur Risikoreduktion entwickelt haben, indem sie wissenschaftliches Wissen interpretierten und auf dieser Basis persönliche Schutzstrategien entwickelten, mit denen sie sich vor HIV zu schützen versuchten, ohne auf ein Kondom setzen zu müssen. Dazu gehören Strategien wie 'strategic positioning', 'dipping/withdrawl', 'sero-sorting' 'negotiated safety' oder auch 'treatment sorting' (Gredig, Imhof, & Nideröst, 2014). Die Nutzung dieser Strategien ist auch für die MSM in der Schweiz gut belegt (Lociciro, Jeannin, & Dubois-Arber, 2010).

Neben der PrEP und TasP als Methoden zur Vermeidung weiterer HIV-Infektionen, ist es daher wichtig, die Verwendung dieser Risikoreduktionsstrategien bei der Präventionsarbeit weiterhin zu thematisieren und auf damit verbundene Risiken zu sensibilisieren. Weiter könnten etwa STI-Testangebote noch breiter gestreut werden, um auch jenen Männern gut erreichbare Angebote zu machen, die nicht in urbanen Zentren leben. Zudem gaben rund 40% der MSM an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Analverkehr ohne Kondom praktiziert zu haben, weil gerade keines zur Hand war. Dies kann als Hinweis dahingehend gedeutet werden, dass die Verfügbarkeit von Kondomen gewährleistet sein sollte und die Prävention an Orten, wo MSM sich für Sex treffen (Clubs, Saunen, Pride, etc.) sinnvoll und weiterzuführen ist.

Auch wenn nur ein kleiner Anteil der Befragten die PrEP nutzte, hatte die Mehrheit der Männer ohne HIV-Diagnose Kenntnis von dieser Präventionsoption. Allerdings handelt es sich hier eher um MSM mit einem weitgehenden Coming-Out, die in eher städtischen Wohngegenden leben.

Knapp 31% gaben zudem auch an, dass sie bereit wären, die PrEP einzunehmen, wenn sie denn verfügbar und bezahlbar wäre. Dies kommt in die Nähe der Ergebnisse der im Jahr 2015 schweizweit durchgeführten PrEP Acceptance Studie, bei der rund 39% der befragten MSM die Absicht kundtaten, die PrEP wahrscheinlich bis sehr wahrscheinlich einzunehmen (Nideröst, Gredig, Hassler, Uggowitz, & Weber, 2018). Etwas höher lag hingegen der Anteil bei den im Januar 2017 über den MSM-spezifischen geosozialen mobilen Netzwerkdienst Grindr befragten Männern: Rund 50% gaben an, dass sie es in Betracht ziehen würden, die PrEP in den nächsten sechs Monaten zu nehmen (Hampel et al., 2017). Diese Ergebnisse kontrastieren mit den Daten von EMIS-2017 aus dem Herbst 2017, wonach eine Minderheit von 4% der Befragten angab, die PrEP zu nutzen.

Ein Anteil von 7.3% der Befragten ohne HIV-Diagnose hat bereits einmal eine PEP genommen oder verschrieben bekommen. Die Mehrheit der Befragten war der Überzeugung, dass sie die PEP erhalten würden, wenn sie sie benötigen würden. Allerdings war mehr als ein Drittel unsicher, was den Zugang zur PEP anging. Ebenfalls hatte mehr als ein Viertel noch nie von dieser Option der Postexpositionsprophylaxe gehört, wobei geoutete und erwerbstätige MSM, die in grösseren Wohngemeinden leben, deutlich häufiger von der PEP wussten. Dies deutet in die Richtung, dass es angebracht sein könnte, die PEP auch ausserhalb städtischer Regionen mit entsprechenden Angeboten bekannt zu machen.

Entgegen mancher Darstellungen verfügt nur ein kleiner Anteil der Befragten über Erfahrungen mit Chemsex. Zu den Chemsex-Drogen zählen hauptsächlich Crystal Meth, Mephedron, GHB/GBL und Ketamin (Schmidt et al., 2016). Nur ein kleiner Bruchteil der Befragten hatte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung diese Substanzen während des Sex konsumiert, darunter vor allem Crystal Meth.

Weit mehr verbreitet scheint hingegen der Konsum von Poppers zu sein, aber auch von erektionsfördernden oder -erhaltenden Mitteln. Rund ein Drittel der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung mit einem oder mehreren nicht-festen Partnern Sex hatten, hatte

kurz vor oder während des letzten Sexualkontakts Poppers eingenommen. Rund jeder Fünfte berichtete zudem von der Einnahme erektionsfördernder Substanzen beim letzten Sex mit nicht-festen Partnern.

Aus den Daten geht hervor, dass MSM nach wie vor häufig Bedrohung, Beleidigung und Gewalt erfahren, weil sie sich zu Männern hingezogen fühlen. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen einer jüngeren Studie, die aufzeigt, dass verbale direkte und indirekte Diskriminierung gegenüber homosexuellen Männern auch unter Jugendlichen stark verbreitet ist (Weber & Gredig, 2018). Bestrebungen zum Abbau von Diskriminierung gegenüber MSM, sowie zur Vermeidung von Übergriffen auf MSM sind weiterhin notwendig und müssen ausgebaut werden, z.B. durch politische Lobbyarbeit zur Schaffung entsprechender Gesetze.

Sowohl für das Risiko- und Schutzverhalten, die schutzbezogenen Ressourcen, Kompetenzen und Zugangschancen als auch für die Inanspruchnahme von Präventions- und Beratungsangeboten scheint das Coming-out von Bedeutung zu sein. Weitgehend geoutete MSM stehen zu ihrer Sexualität und Lebensweise. Dies scheint sich auch positiv auf den Umgang mit HIV/STI-Risiken auszuwirken. Allerdings scheint es eine Rolle zu spielen, wie das Umfeld dieses Coming-Out aufnimmt bzw. aufgenommen hat. So zeigte etwa die qualitative Untersuchung von (Imhof, Favre, & Gredig, 2014), dass diejenigen Männer, die auf ihr Coming-out neutrale oder positive Reaktionen erfahren haben, eher Safer-Sex-Strategien wählen und daran auch langfristig festhalten. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass weitgehend geoutete MSM durch ihre Identifizierung mit der Zielgruppe besseren Zugang zu Informationen haben und mit der Community besser vernetzt sind. Generell zeigt sich, dass eine hohe Zufriedenheit bezüglich den Informationen und der Unterstützung bei der HIV-Diagnose sowie beim letzten HIV-Test besteht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die zielgruppenspezifische HIV/STI-Präventionsarbeit bei MSM weiterhin eine Herausforderung darstellt. Für eine wirksame HIV/STI-Prävention braucht es entsprechende Ressourcen und das Interesse der öffentlichen Hand, weiterhin in diese Arbeit zu investieren. Ebenso gilt es, das Bewusstsein für das Thema HIV/STI in der MSM-Community, aber auch in der Allgemeinbevölkerung aufrechtzuerhalten.

10 Literaturverzeichnis

- Berg, R. C., Munthe-Kaas, H. M., & Ross, M. W. (2016). Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *Journal of homosexuality*, 63(4), 541-558. doi:10.1080/00918369.2015.1083788
- Bundesamt für Gesundheit. (2008). HIV-Epidemie in der Schweiz 2007: Trends bestätigt. *Bulletin*(6), 84-87.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011-2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) zur HIV Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) in der Schweiz. *Bulletin*(4), 77-79.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018a). Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2017. *Bulletin*(47), 30-31.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018b). Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2017. *Bulletin*(47), 25-29.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018c). HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2017: eine epidemiologische Übersicht. *Bulletin*(47), 10-34.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018d). Syphilis in der Schweiz im Jahr 2017. *Bulletin*(47), 20-24.
- Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Jahresbericht 2018. Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS)*. Bern: Sektion Prävention und Promotion.
- Bundesamt für Statistik. (2017). Soziale und wirtschaftliche Lage der Studierenden Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/personen-ausbildung/soziale-wirtschaftliche-lage-studierenden.html>
- Bundesamt für Statistik. (2019). Bildungssystem. Retrieved from www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungssystem.html
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich: JAI Press.
- EDA. (2017). Die Sprachen - Fakten und Zahlen. Retrieved from <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/de/home/gesellschaft/sprachen/die-sprachen---fakten-und-zahlen.html>
- ESS Round 8. (2016). *European Social Survey Round 8 Data. Data file edition 2.1. NSD - Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC*. doi:10.21338/NSD-ESS8-2016.
- European Social Survey Cumulative File ESS 1-8. (2018). *Calculations by FORS, data weighted by poststratification, including desing wight*.
- Fendrich, M., Avci, O., Johnson, T. P., & Mackesy-Amiti, M. E. (2013). Depression, substance use and HIV risk in a probability sample of men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1715-1718. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.005>
- Gredig, D., Imhof, C., & Nideröst, S. (2014). Settings, Sexual Practices, and Personal HIV Protection Strategies: The Circumstances of Recent HIV Infections in Switzerland. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 13(4), 436-450. doi:10.1080/15381501.2014.912174

- Hampel, B., Kusejko, K., Braun, D. L., Harrison-Quintana, J., Kouyos, R., & Fehr, J. (2017). Assessing the need for a pre-exposure prophylaxis programme using the social media app Grindr(R). *HIV Medicine*, 1-5. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544123> doi:10.1111/hiv.12521
- Herek, G. M. (2007). Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Hermann, C. (2013). Soziale Unterstützung. In M. A. Wirtz (Ed.), *Dorsch Lexikon der Psychologie* (pp. 364): Verlag Hans Huber.
- Holt-Lunstad, J., & Uchino, B. N. (2015). Social Support and Health. In K. Glanz, B. Rimer, K., & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior. Theory, Research, and Practice* (5th ed., pp. 183-204). San Francisco: Jossey-Bass.
- Houston, E., Sandfort, T., Dolezal, C., & Carballo-Diéguez, A. (2012). Depressive Symptoms Among MSM Who Engage in Bareback Sex: Does Mood Matter? *AIDS and Behavior*, 16(8), 2209-2215. doi:10.1007/s10461-012-0156-7
- ILGA-Europe. (2019). Rainbow Europe. Country ranking. Retrieved from <https://www.rainbow-europe.org/country-ranking>
- Imhof, C., Favre, O., & Gredig, D. (2014). *Safer Sex und die „erste Generation HIV“. Schutzstrategien und Risikoverhalten von Männern, die Sex mit Männern haben*. Marburg: Tectum Verlag.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4 Psychosomatics. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
- Locicero, S., & Bize, R. (2015). *Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014*.
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2010). *Les comportements face au VIH/SIDA des hommes qui ont des relations sexuelle avec des hommes. Résultats de Gaysurvey 2009*.
- Locicero, S., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2012). *Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Résultats de l'enquête EMIS 2010*.
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. doi:10.2307/2137286
- Nideröst, S., Gredig, D., Hassler, B., Uggowitz, F., & Weber, P. (2018). The intention to use HIV-pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Switzerland: testing an extended explanatory model drawing on the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT). *Journal of Public Health*, 26(3), 247-259. doi:10.1007/s10389-017-0869-1
- Perera, H. N. (2016). Construct Validity of the Social Provisions Scale: A Bifactor Exploratory Structural Equation Modeling Approach. *Assessment*, 23(6), 720-733. doi:10.1177/1073191115589344
- Russell, G. M., & Bohan, J. S. (2006). The Case of Internalized Homophobia: Theory and/as Practice. *Theory & Psychology*, 16(3), 343-366. doi:10.1177/0959354306064283
- Schmidt, A. J., & Altpeter, E. (2019). The Denominator problem: estimating the size of local populationns of men-who-have-sex-with-men and rates of HIV and other STIs in Switzerland. *Sexually Transmitted Infections*, 1-7. doi:10.1136/sextrans-2017-053363
- Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reida, D., Marcus, U., Hickson, F., & The EMIS Network. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*, 38, 4-12.

- Shields, A. L., & Caruso, J. C. (2004). A Reliability Induction and Reliability Generalization Study of the CAGE Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 64(2), 254-270. doi:10.1177/0013164403261814
- Smolenski, D. J., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Rosser, B. R. S. (2010). Revision, Criterion Validity, and Multi-group Assessment of the Reactions to Homosexuality Scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 568-576.
- UNAIDS. (2019). 90-90-90: Treatment for all. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/resources/909090>
- Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European Psychiatry*, 29(8), 514-522. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.05.001
- Wang, J., Häusermann, M., Wydler, H., Mohler-Kuo, M., & Weiss, M. G. (2012). Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland: Findings from 3 probability surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 46(2012), 980-986.
- Weber, P., & Gredig, D. (2018). Prevalence and predictors of homophobic behavior among high school students in Switzerland. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 30(2). doi:10.1080/10538720.2018.1440683