

# Gaysurvey 09: Nationale Umfrage zu den Verhaltensweisen und Haltungen zu HIV/Aids bei Männern, die Sex mit Männern haben

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne führt zum neunten Mal seit 1987 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit eine nationale Umfrage zum Leben von Männern, die Sex mit Männern haben, durch. Diese Studie erfolgt im Rahmen des Monitorings der HIV/Aids-Präventionsstrategie. Ihre Teilnahme ist sehr wichtig, da Ihre Angaben ein besseres Verständnis für das, was Sie leben und erleben, ermöglichen und Anhaltspunkte für die künftige Präventionsarbeit geben. Die Ergebnisse dieser Umfrage werden der schwulen Presse und den Vereinen mitgeteilt. Wir danken Ihnen im voraus herzlich für Ihre Mitarbeit!

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur ein einziges Mal aus, auch wenn Sie ihn mehrmals erhalten haben. Wir garantieren Ihnen, dass Ihre Anonymität voll und ganz gewahrt bleibt.**

- 1 In welchem Jahr sind Sie geboren?** ..... 19
- 2 Was ist die höchste Ausbildung, wo Sie mit einem Zeugnis oder Diplom abgeschlossen haben?**
- Primar-, Real- oder Sekundarschule ..... <sub>1</sub>
- Berufslehre oder Berufsschule (Schule ohne Maturität) ..... <sub>2</sub>
- Gymnasium (Maturität) ..... <sub>3</sub>
- Höhere Berufsausbildung (Fachhochschule, Meisterdiplom, eidg. Fachausweis, Technikum) ..... <sub>4</sub>
- Universität, Polytechnikum ..... <sub>5</sub>
- 3 Wieviel haben Sie in den letzten 12 Monaten im Monatsdurchschnitt (brutto) verdient?**
- Weniger als Fr. 3000 ..... <sub>1</sub> Zwischen Fr. 7001 - 9000 ..... <sub>4</sub>
- Zwischen Fr. 3001 - 5000 ..... <sub>2</sub> Mehr als Fr. 9001 ..... <sub>5</sub>
- Zwischen Fr. 5001 - 7000 ..... <sub>3</sub>
- 4 Wohnen Sie:**
- Alleine ..... <sub>1</sub>
- Zusammen mit meinem männlichen Partner ..... <sub>2</sub>
- Mit meiner Frau oder Freundin und/oder meinen Kindern ..... <sub>3</sub>
- Mit Freunden/Freundinnen, in einer Wohngemeinschaft ..... <sub>4</sub>
- Mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen Verwandten ..... <sub>5</sub>
- 5 Welche Nationalität haben Sie?**
- schweizerische <sub>1</sub> ausländische <sub>1</sub> wenn ausländische, welche \_\_\_\_\_
- 6 Ihr Wohnort?**
- Ländliche Gegend ..... <sub>1</sub>
- Stadt mit unter 20'000 Einwohnern ..... <sub>2</sub>
- Stadt mit zwischen 20-100'000 Einwohnern ..... <sub>3</sub>
- Stadt oder Grossraum mit mehr als 100'000 Einwohnern ..... <sub>4</sub>
- Ausserhalb der Schweiz ..... <sub>5</sub>
- Geben Sie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl Ihres Wohnortes an (PLZ) .....
- 7 Sind Sie momentan in einer oder mehreren Organisationen und Gruppen aktiv?** ja nein
- Aids-Hilfe ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub>
- Schwulengruppe ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub>
- 8 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Orte besucht, die mehrheitlich von Homosexuellen besucht werden?**
- |   | häufig                                | manchmal                              | nie                                   |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Schwulen-Bars, Discos, Parties .....                              | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Schwulen-Saunas .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Parks, öffentliche Toiletten, Autobahn-Raststätten, Strände ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Darkrooms / Backrooms, Sexclubs .....                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Andere Orte, welche: _____  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
- 9 Haben Sie in den letzten 12 Monaten vom Internet Gebrauch gemacht, um ...**
- |   | häufig                                | manchmal                              | nie                                   |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Mit anderen Schwulen in Kontakt zu treten .....                                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Schwule Sexpartner zu treffen .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Einen festen Partner zu finden .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Sexpartner gegen Entlohnung zu finden .....                                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Informationen über HIV/Aids oder sexuell übertragbare Infektionen zu finden ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |

**10 Haben Sie in den letzten 12 Monaten, eines oder mehrere der folgenden Substanzen konsumiert?**

	regelmässig	manchmal	nie
Alkohol .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Cannabis .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Heroin .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
LSD .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
GHB .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Kokain, Crack .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Poppers .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Viagra .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Amphetamine, Ecstasy	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Crystal meth .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**... und im Zusammenhang mit Sex?**

	regelmässig	manchmal	nie
Alkohol .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Cannabis .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Heroin .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
LSD .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
GHB .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Kokain, Crack .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Poppers .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Viagra .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Amphetamine, Ecstasy	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Crystal meth .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

**Ihr Sexualleben**

**11 Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Sex hatten ...** mit einem Mann?  Jahre alt  
 mit einer Frau?  Jahre alt  
*(Wenn Sie keinen Sex mit einem Mann oder mit einer Frau hatten, antworten Sie 00)*  
 ⇒ Wenn Sie noch nie Sex weder mit einem Mann noch mit einer Frau hatten, bitte weiter mit Frage 59

**12 In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal Analverkehr mit einem Mann?**  
 Passiver Analverkehr (er hat Sie gebumst)  Jahre alt  
 Aktiver Analverkehr (Sie haben ihn gebumst)  Jahre alt

**13 Mit wie vielen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?**   
*(Geben Sie eine geschätzte Zahl an, falls Sie die genaue nicht kennen; schreiben Sie 0, wenn Sie keinen hatten)*  
**Mit wie vielen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr?**   
*(Geben Sie eine geschätzte Zahl an, falls Sie die genaue nicht kennen; schreiben Sie 0, wenn Sie keinen hatten)*  
**Mit wie vielen Frauen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?**   
*(Geben Sie eine geschätzte Zahl an, falls Sie die genaue nicht kennen; schreiben Sie 0, wenn Sie keinen hatten, bitte weiter mit Frage 15)*

**14 Falls Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit einer oder mehreren Frauen hatten, haben Sie dabei Kondome benutzt?** immer <sub>1</sub> manchmal <sub>2</sub> nie <sub>3</sub>  
**15 Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Geschlechtsverkehr?**   
**16 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit mehreren Partnern Sex (Gruppensex, Sexorgie)?** nein <sub>1</sub> ja <sub>2</sub> wenn ja, wieviele Male

**Fester Partner**

**17 Haben Sie zurzeit (oder in den 12 letzten Monaten) eine feste Beziehung mit einem Mann?**  
 nein <sub>1</sub> ja, eine sexuell treue Beziehung <sub>2</sub> ja, aber keine sexuell treue Beziehung <sub>3</sub>  
 ⇒ Falls Sie in den letzten 12 Monaten keine feste Beziehung hatten, bitte weiter mit Frage 33

**18 Sind Sie immer noch zusammen?** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>  
*Beantworten Sie bitte alle Fragen zum festen Partner, falls Sie in den letzten 12 Monaten eine feste Beziehung hatten, auch wenn diese beendet ist.*

**19 Wie lange besteht Ihre gegenwärtige oder hat Ihre letzte feste Beziehung gedauert?**  
*(bitte Anzahl Monate und Jahre angeben)*  Monate  Jahr(e)

**20 Wie alt ist Ihr fester Partner?**  Jahre alt

**21 Welche Art von Sex hatten Sie mit Ihrem festen Partner in den letzten 12 Monaten?**

	immer	oft	selten	nie
Gegenseitige Masturbation .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Blasen .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Passiver Analverkehr (er hat Sie gebumst) .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Aktiver Analverkehr (Sie haben ihn gebumst) .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

Fortsetzung Frage 21 auf nächster Seite →

Fortsetzung der Frage 21

	immer	oft	selten	nie
Oral-analer Sex (Arschlecken) .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
S/M -Praktiken .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Fist fucking .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Sexorgie, Gruppensex .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

- 22 Haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Analverkehr mit Ihrem festen Partner Kondome benutzt ...**
- |   | immer                                 | manchmal                              | nie                                   | nicht praktiziert                     |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Wenn Sie gebumst wurden (passiver Analverkehr)? .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Wenn Sie ihn gebumst haben (aktiver Analverkehr)? ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
- 23 Haben Sie ein Kondom benutzt, als Sie das letzte Mal mit Ihrem festen Partner Analverkehr (aktiv und/oder passiv) hatten?** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> nicht praktiziert <sub>3</sub>
- 24 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten beim Blasen mit Ihrem festen Partner Sperma im Mund?** immer <sub>1</sub> manchmal <sub>2</sub> nie <sub>3</sub> nicht praktiziert <sub>4</sub>
- 25 Haben Sie mit Ihrem festen Partner über das HIV-Infektionsrisiko innerhalb Ihrer Beziehung und die Art und Weise wie sie sich schützen gesprochen? .....** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>
- 26 Welche der untenstehenden Verhaltensweisen im Umgang mit dem HIV-Ansteckungsrisiko in einer festen Beziehung trifft am ehesten auf Sie zu? (nur eine Antwort ankreuzen)**
- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Wir haben kein Analverkehr .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Wir benutzen beim Analverkehr immer ein Kondom .....  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Nachdem wir beide einen HIV-Test gemacht haben und beide HIV-negativ sind, haben wir keine Kondome mehr gebraucht .....   | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Seitdem wir zusammen sind, haben wir den Test nicht machen lassen. Wir haben die Risiken, die wir in der Vergangenheit eingegangen sind, abgeschätzt und benutzen kein Kondom ..... | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Ist einer von uns beiden HIV-positiv, verzichten wir nur dann auf das Kondom, wenn die Viruslast nicht nachweisbar ist .....  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Wir sind beide HIV-positiv und wir benutzen kein Kondom .....   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| Andere, welche .....  | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> |
- 27 Hegen Sie Befürchtungen bezüglich des Risikos einer HIV-Übertragung in Ihrer Beziehung?**
- Machen Sie bitte ein Kreuz bei der entsprechenden Zahl
- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
- nein, überhaupt nicht ja, stark
- 28 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten nebst Ihrem festen Partner noch andere Sexualpartner? .....** nein <sub>1</sub> ja, einen <sub>2</sub> ja, mehrere <sub>3</sub>
- 29 Glauben Sie, dass Ihr fester Partner in den letzten 12 Monaten andere Sexualpartner hatte? .....** nein <sub>1</sub> ja, einen <sub>2</sub> ja, mehrere <sub>3</sub> ich weiss es nicht <sub>4</sub>
- 30 Haben Sie mit Ihrem festen Partner über den Umgang mit dem HIV-Ansteckungsrisiko bei eventuellen sexuellen Kontakten ausserhalb Ihrer Partnerschaft gesprochen?** ja, zu Beginn unserer Beziehung <sub>1</sub> ja, mehrfach seit Beginn unserer Beziehung <sub>2</sub> nein <sub>3</sub>  
⇒ Falls nein, gehen Sie bitte zur Frage 32
- 31 Wenn ja, wie lief dieses Gespräch das letzte Mal ab? (nur eine Antwort ankreuzen)**
- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| Wir haben bloss vage darüber geredet .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Wir haben darüber diskutiert, ohne etwas abzumachen, da wir keine anderen Partner haben .....   | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Wir haben darüber diskutiert und wissen, dass keiner von uns einen anderen Partner hat, aber wir haben vor, das Thema nochmals zu besprechen, falls einer von uns später eine Beziehung zu einem anderen Partner eingehen würde ..... | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Wir haben darüber geredet und beschlossen, keine Beziehungen mit anderen Partnern einzugehen .....  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Wir haben darüber geredet und uns entschieden, mit anderen Partnern keinen Analverkehr zu haben oder immer ein Kondom zu benutzen .....   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| Andere Gründe, bitte angeben .....  | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
- 32 Falls Sie nicht darüber geredet haben, warum nicht? (nur eine Antwort ankreuzen)**
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Es ist uns nicht in den Sinn gekommen, darüber zu reden .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Darüber zu reden würde in der Beziehung zu viele Probleme bereiten .....                             | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Ich gehe mit anderen Partner keine Risiken ein und glaube, dass mein Partner sich ebenso verhält ... | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Wir haben auf jeden Fall keine anderen Partner, und deshalb ist es nicht nötig, darüber zu reden     | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Andere Gründe, bitte angeben .....   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

## Gelegenheitspartner (alle, die Sie nicht als festen Partner ansehen)

- 33 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Beziehungen mit männlichen Gelegenheitspartnern? ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>  
 ⇒ Falls nein, gehen Sie bitte zur Frage 44
- 34 Welche Art von Sex hatten Sie mit Gelegenheitspartnern in den letzten 12 Monaten?
- |   | immer                                 | oft                                   | selten                                | nie                                   |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Gegenseitige Masturbation .....                   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Blasen .....                                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Passiver Analverkehr (er hat Sie gebumst) .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Aktiver Analverkehr (Sie haben ihn gebumst) ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Oral-analer Sex (Arschlecken) .....               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| S/M-Praktiken .....                               | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Fist-fucking .....                                | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Sexorgie, Gruppensex .....                        | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
- 35 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten bei Sexualverkehr mit Ihren Gelegenheitspartnern Sperma im Mund?  
 immer manchmal nie nicht praktiziert  
<sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub>
- 36 Haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Analverkehr mit Ihren Gelegenheitspartnern Kondome benutzt ...  
 immer manchmal nie nicht praktiziert  
 Wenn Sie gebumst wurden (passiver Analverkehr)? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub>  
 Wenn Sie sie gebumst haben (aktiver Analverkehr)? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub>
- 37 Haben Sie in den letzten 12 Monaten auf das Kondom verzichtet, als Sie mit einem oder mehreren Gelegenheitspartnern mehrere Male Geschlechtsverkehr hatten? ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>

## Die folgenden Fragen beziehen sich auf das letzte Mal, als Sie mit einem Gelegenheitspartner Analverkehr hatten

⇒ Wenn Sie in den letzten 12 Monaten keinen Analverkehr (aktiv oder passiv) mit Gelegenheitspartnern hatten, gehen Sie bitte weiter zur Frage 44

- 38 Haben Sie Kondome benutzt, als Sie das letzte Mal mit einem Gelegenheitspartner Analverkehr hatten ...  
 ja nein nicht praktiziert  
 Wenn Sie gebumst wurden (passiver Analverkehr)? ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub>  
 Wenn Sie ihn gebumst haben (aktiver Analverkehr)? ..... <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub>
- 39 Haben Sie zu diesem Zeitpunkt Ihren Partner gekannt?  
 gar nicht <sub>1</sub> ein wenig <sub>2</sub> gut <sub>3</sub> sehr gut <sub>4</sub>
- 40 Wo hat dieser Analverkehr stattgefunden?  
 Bei mir / bei ihm ..... <sub>1</sub>  
 In einer Sauna / in einem Sexklub / Pornokino ..... <sub>2</sub>  
 In einem Darkroom / Backroom ..... <sub>3</sub>  
 Im Freien, an einem öffentlichen Ort (Park, Toiletten, Strand) ..... <sub>4</sub>  
 Anderswo, bitte angeben: ..... <sub>5</sub>
- 41 Was wussten Sie bei diesem Analverkehr über Ihren HIV-Status bzw. den Ihres Partners?  
 Ich weiss nicht, ob wir denselben oder einen unterschiedlichen HIV-Status hatten ..... <sub>1</sub>  
 Wir hatten denselben HIV-Status ..... <sub>2</sub>  
 Wir hatten einen unterschiedlichen HIV-Status ..... <sub>3</sub>
- 42 Wenn Sie einem unterschiedlichen HIV-Status hatten bei diesem Analverkehr,  
 Waren Sie (oder war dieser Partner) in antiretroviraler  
 Behandlung? ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ich weiss es nicht <sub>3</sub>  
 Hatten Sie (oder hatte dieser Partner) eine nachweisbare  
 Viruslast? ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ich weiss es nicht <sub>3</sub>
- 43 Haben Sie mit diesem Partner über Schutz vor HIV/Aids gesprochen? ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>
- 44 Haben Sie in den letzten 12 Monaten für Sex mit einem Mann bezahlt?  
 nein <sub>1</sub> Wenn nicht, gehen Sie weiter zur Frage 46  
 ja <sub>2</sub> wenn ja, wieviele Male?

- 45 **Wenn ja, haben Sie bei diesen Gelegenheiten Kondome benutzt?**
- |                        |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|                        | immer                                 | manchmal                              | nie                                   | nicht praktiziert                     |
| Beim Blasen .....      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Beim Analverkehr ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
- 46 **Wurden Sie in den letzten 12 Monaten für Sex mit einem Mann bezahlt?**
- nein <sub>1</sub>      *Wenn nicht, gehen Sie weiter zur Frage 48*
- ja <sub>2</sub>      wenn ja, wieviele Male?
- 47 **Wenn ja, haben Sie bei diesen Gelegenheiten Kondome benutzt?**
- |                        |                                       |                                       |                                       |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|                        | immer                                 | manchmal                              | nie                                   | nicht praktiziert                     |
| Beim Blasen .....      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Beim Analverkehr ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |

## Fragen zu sämtlichen männlichen Partnern

- 48 **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen HIV-Status Sie nicht kannten oder der einen anderen HIV-Status hatte als Sie selbst?**
- ja, einmal <sub>1</sub>      ja, mehrmals <sub>2</sub>      nein <sub>3</sub>
- ⇒ *Wenn nein, gehen Sie zu Frage 53*
- 49 **Als dies das letzte Mal geschah, war dies mit:**
- Ihrem festen Partner ..... <sub>1</sub>
- Einem Gelegenheitspartner, den Sie kannten (Freund, Bekannter) ..... <sub>2</sub>
- Einem anonymen Gelegenheitspartner ..... <sub>3</sub>
- 50 **Wann hatten Sie diesen Verkehr?** in welchem Jahr  in welchem Monat
- 51 **Bei diesem Verkehr ohne Kondom waren Sie?**
- passiv (ich wurde von ihm gebumst) <sub>1</sub>      aktiv (ich habe ihn gebumst) <sub>2</sub>      aktiv und passiv <sub>3</sub>
- 52 **Aus welchem Grund haben Sie kein Kondom benutzt?** *(mehrere Antworten möglich)*
- Wir hatten keine Kondome dabei ..... <sub>1</sub>
- Ich hatte Vertrauen in meinen Partner ..... <sub>1</sub>
- Wir waren stark erregt und der Gebrauch von Kondomen hätte die Erregung verringert ..... <sub>1</sub>
- Es war erregender, Sex ohne Kondom zu haben ..... <sub>1</sub>
- Ich war in meinen Partner verliebt, und ich wollte nicht, dass das Kondom eine Barriere zwischen uns bringt ..... <sub>1</sub>
- Ich wagte nicht meinen Partner um geschützten Sex zu haben zu bitten ..... <sub>1</sub>
- Ich war betrunken oder stand unter Drogeneinfluss ..... <sub>1</sub>
- Ich war deprimiert, fühlte mich nicht wohl in meiner Haut ..... <sub>1</sub>
- Kondome verhindern, dass ich (oder mein Partner) eine Erektion habe/hat ..... <sub>1</sub>
- Mein Partner hat mich für Sex ohne Kondome bezahlt ..... <sub>1</sub>
- Gemäss meiner letzten Virämie-Untersuchung war meine Viruslast nicht nachweisbar ..... <sub>1</sub>
- Mein Partner hat mir bestätigt, dass seine Viruslast nicht nachweisbar sei ..... <sub>1</sub>
- Es war mir egal ..... <sub>1</sub>
- Ich weiss es nicht ..... <sub>1</sub>
- Andere Gründe, bitte angeben \_\_\_\_\_ <sub>1</sub>
- 53 **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom mit Rückzug vor der Ejakulation, um eine HIV-Infektion zu vermeiden?**
- Mit Ihrem festen Partner ..... ja <sub>1</sub>      nein <sub>2</sub>
- Mit Ihren Gelegenheitspartnern ..... ja <sub>1</sub>      nein <sub>2</sub>
- 54 **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom, wobei Sie, um eine HIV-Infektion zu vermeiden, nur aktiv oder nur passiv waren?**
- Mit Ihrem festen Partner ..... ja, ich war nur aktiv <sub>1</sub>      ja, ich war nur passiv <sub>2</sub>      nein <sub>3</sub>
- Mit Ihren Gelegenheitspartnern .. ja, ich war nur aktiv <sub>1</sub>      ja, ich war nur passiv <sub>2</sub>      nein <sub>3</sub>
- 55 **Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom und vorher Ihren Partner gefragt, ob er denselben HIV-Status habe wie Sie, um eine HIV-Infektion zu vermeiden?**
- Mit Ihrem festen Partner ..... ja <sub>1</sub>      nein <sub>2</sub>
- Mit Ihren Gelegenheitspartnern ..... ja <sub>1</sub>      nein <sub>2</sub>
- ⇒ *Wenn Sie in den letzten 12 Monaten beim Analverkehr Kondome benutzt haben, beantworten Sie die folgenden Fragen, wenn nicht, gehen Sie weiter zur Frage 59*
- 56 **Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ein Kondom**
- geplatzt ist  Mal (*nie=0*)      abgerutscht ist  Mal (*nie=0*)

- 57 **Verwendeten Sie beim Analverkehr mit Kondomen Gleitmittel?** immer <sub>1</sub> manchmal <sub>2</sub> nie <sub>3</sub>
- 58 **Falls ja, benutzten Sie Gleitmittel basierend auf Wasser oder auf Silikongel?** immer <sub>1</sub> manchmal <sub>2</sub> nie <sub>3</sub>

## Ihre Gesundheit

- 59 **Weiss Ihr Arzt über Ihre sexuelle Orientierung Bescheid?** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ich habe keinen Arzt <sub>3</sub>
- 60 **Wenn ja, sprechen Sie mit Ihrem Arzt offen über Ihr Sexualleben?** ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>
- 61 **Haben Sie ausser dem HIV-Test schon einen oder mehrere Tests bezüglich anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) gemacht?**  
ja, in den letzten 12 Monaten <sub>1</sub> ja, vorher <sub>2</sub> nein <sub>3</sub>
- 62 **Haben Sie bereits eine sexuell übertragbare Infektion – abgesehen von HIV/Aids – gehabt? Welche?** (Mehrere mögliche Antworten)
- |  |                                       |  |       |                                       |
|--|---------------------------------------|--|-------|---------------------------------------|
| Trippler/Gonorrhö, urogenitale Gonokokkeninfektion | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Hepatitis A                            | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Gonokokkeninfektion des Anus und des Rektums ...   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Hepatitis B                            | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Syphilis   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Hepatitis C                            | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Chlamydia  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Genitalherpes                          | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Lymphogranuloma venereum (LGV)                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | Feigwarzen/Genitalwarzen/<br>Kondylome | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
- 63 **Sind Sie gegen ...**  
Hepatitis A geimpft? ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> Hepatitis B geimpft? ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>
- 64 **Haben Sie den HIV-Antikörpertest (HIV-Test) machen lassen, um zu wissen, ob Sie mit dem Aids-Virus infiziert worden sind?** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> Falls nein, bitte weiter mit Frage 75  
Wenn ja, wieviele Male  Wenn ja, wieviele Male in den letzten 12 Monaten
- 65 **Wann (Monat und Jahr) haben Sie sich letztmals testen lassen?**  
in welchem Jahr?  und in welchem Monat
- 66 **Wo haben Sie den HIV-Test das letzte Mal machen lassen?** (nur eine einzige Antwort möglich)
- |   |       |  |
|---|-------|--|
| Dialogai-Checkpoint (Genf)  | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>  |
| Checkpoint Zürich   | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>  |
| In einem anderen anonymen Test-Zentrum  | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>  |
| Bei Ihrem Arzt  | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>  |
| Indem Sie sich direkt an ein Privatlabor gewendet haben, aus eigener Initiative | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>  |
| Bei einem ambulanten Spital- oder Klinikbesuch (kein anonymer Test)             | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>  |
| An einem anderen Ort (wo genau?)  | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>  |
| Sie wissen es nicht/erinnern sich nicht   | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> |
- 67 **Bekamen Sie eine Beratung beim letzten HIV-Test (counselling)?**
- |               |                                       |                                       |                                       |
|---------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
|               | ja                                    | nein                                  | weiss nicht,<br>erinnere mich nicht   |
| Vor dem Test  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Nach dem Test | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
- 68 **Wenn Sie den HIV-Test gemacht haben, sind Sie gegenwärtig:** (nur eine Antwort ankreuzen)
- |                                 |       |                                       |
|---------------------------------|-------|---------------------------------------|
| HIV-negativ (laut letztem Test) | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| HIV-positiv                     | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> |
| Gegenwärtig an Aids erkrankt    | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> |
| Ich weiss es nicht              | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Ich möchte keine Antwort geben  | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
- ⇒ Wenn Sie HIV-negativ sind oder Ihren Serostatus nicht kennen, bitte weiter mit Frage 75
- 69 **Falls Sie HIV-positiv sind, in welchem Jahr haben Sie dies erfahren?** .....
- 70 **Falls Sie HIV-positiv oder an Aids erkrankt sind, haben Sie darüber gesprochen?** (mehrere Antworten möglich)
- |                                  |       |                                       |
|----------------------------------|-------|---------------------------------------|
| Mit Ihrem festen Partner         | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Mit Ihren anderen Sexualpartnern | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Mit Ihren Freunden               | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Mit Mitgliedern Ihrer Familie    | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Mit Ihren Arbeitskollegen        | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Mit niemandem                    | ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |

71 **Machen Sie zurzeit eine antiretrovirale Therapie (Kombinationstherapie)?** ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>  
 ⇒ Wenn Sie keine antiretrovirale Therapie gemacht haben, bitte weiter mit Frage 74

72 **Wann haben Sie Ihre erste antiretrovirale Therapie begonnen?**  
 in welchem Jahr     in welchem Monat

73 **War bei Ihrer letzten Virusuntersuchung eine Viruslast nachweisbar?** ..... ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>

74 **Haben Sie bei HIV-negativen Partnern oder solchen, deren Serostatus Sie nicht kannten, in den 12 Monaten nach Ihrem positiven Testresultat im Allgemeinen mehr Vorsichtsmassnahmen gegen die HIV-Übertragung ergriffen oder weniger?**



75 **Falls Sie einen festen Partner haben, wissen Sie, ob er einen HIV-Test hat machen lassen, um zu wissen, ob er mit dem Aids-Virus infiziert worden ist?**  
 nein <sub>1</sub> ja, einmal <sub>2</sub> ja, mehrmals <sub>3</sub> ich weiss es nicht <sub>4</sub>  
 ⇒ Falls nein, bitte weiter mit Frage 80

76 **Wenn ja, in welchem Jahr hat er sich letztmals testen lassen?** .....

77 **Wenn ja, ist Ihr fester Partner gegenwärtig: (nur eine Antwort ankreuzen)**

HIV-negativ (laut letztem Test) .....	<input type="checkbox"/>
HIV-positiv .....	<input type="checkbox"/>
Gegenwärtig an Aids erkrankt .....	<input type="checkbox"/>
Ich weiss es nicht .....	<input type="checkbox"/>
Ich möchte keine Antwort geben .....	<input type="checkbox"/>

78 **Falls Ihr Partner HIV-positiv oder aidskrank ist, ist er momentan in einer antiretroviralen Behandlung (Kombinationstherapie)?** ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ich weiss es nicht <sub>3</sub>

79 **Wenn ja, war seine Viruslast bei der letzten Virämie-Untersuchung nachweisbar?**  
 ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ich weiss es nicht <sub>3</sub>

80 **Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht?**

	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Aufgrund der antiretroviralen Behandlungen gehen Homosexuelle weniger vorsichtig mit der HIV-Prävention um .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der antiretroviralen Behandlungen gehe ich selbst weniger vorsichtig mit der HIV-Prävention um .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der antiretroviralen Behandlungen gehen Homosexuelle immer mehr Risiken ein (ungeschützter Geschlechtsverkehr).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund der antiretroviralen Behandlungen gehe ich selbst immer mehr Risiken ein (ungeschützter Geschlechtsverkehr) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotz der antiretroviralen Behandlungen ist Analverkehr ohne Kondom immer noch riskant, auch wenn die Viruslast nicht nachweisbar ist .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81 **Haben Sie schon von der Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) gehört?**

Ja und ich glaube gut informiert zu sein .....	<input type="checkbox"/>
Ja und ich glaube nicht gut informiert zu sein .....	<input type="checkbox"/>
Nein, davon ich habe noch nicht gehört .....	<input type="checkbox"/>

**PEP ist eine Behandlung, die es erlaubt, eine HIV-Infektion unmittelbar nach einer Risikosituation zu vermeiden**

82 **Welches ist Ihrer Meinung nach die äusserste Frist, um eine PEP zu beginnen, nachdem man einem Risiko ausgesetzt war?**  
 12 Stunden <sub>1</sub> 2-3 Tage <sub>2</sub> bis zu 2 Wochen <sub>3</sub> bis zu einem Monat <sub>4</sub> weiss ich nicht <sub>5</sub>

- 83 Wurde Ihnen schon eine PEP verschrieben? ja, einmal <sub>1</sub> ja, mehrmals <sub>2</sub> nein, nie <sub>3</sub>
- 84 Wissen Sie was die Primoinfektion ist?  
 Ja, und ich glaube gut informiert zu sein ..... <sub>1</sub>  
 Ja, aber ich glaube nicht gut informiert zu sein ..... <sub>2</sub>  
 Nein, davon ich habe nicht gehört ..... <sub>3</sub>
- 85 Sind Sie einverstanden oder nicht einverstanden mit der folgenden Behauptung: Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit einer Person in der Phase der Primoinfektion ist das Risiko einer HIV-Übertragung stark erhöht.  
 stimme voll zu <sub>1</sub> stimme eher zu <sub>2</sub> stimme eher nicht zu <sub>3</sub> stimme überhaupt nicht zu <sub>4</sub>

## HIV/Aids im Alltag

- 86 Gibt es in Ihrem Umfeld HIV-positive Personen, aidsranke Personen oder Personen, die an Aids gestorben sind? (mehrere Antworten möglich)
- |  | HIV-positiv                           | an Aids erkrankt                      | gestorben                             |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Der feste Partner .....                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Frühere feste Partner (Ex-Partner) ..... | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Enge Freunde .....                       | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Einen oder mehrere Sexualpartner .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
| Bekannte .....                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> |
- 87 Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht?
- |  | stimme voll zu                        | stimme eher zu                        | stimme eher nicht zu                  | stimme überhaupt nicht zu             |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Um nicht diskriminiert zu werden, sollten HIV-positive Personen ihr Testergebnis geheim halten .....   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Auch unter Schwulen werden HIV-positive Personen manchmal diskriminiert .....  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
| Falls beim Sex mit einem HIV-positiven Partner das Kondom platzt, sollte dieser seinen HIV-Status bekannt geben, damit die Möglichkeit einer PEP in Betracht gezogen werden kann | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> |
- 88 Haben Sie im Jahr 2008 die HIV-Präventionskampagne "Mission: Possible" gesehen oder davon gehört?  
 ja <sub>1</sub> ja, aber nur andeutungsweise <sub>2</sub> nein <sub>3</sub>
- 89 Falls ja, fühlten Sie sich von der Kampagne "Mission: Possible" angesprochen? ja <sub>1</sub> nein <sub>2</sub>
- 90 In welchem Zusammenhang haben Sie zum ersten Mal Informationen zur HIV-Prävention in Bezug auf Sexualverkehr zwischen Männern erhalten?  
 Im Rahmen der obligatorischen Schule (bis 16 Jahre Alt) ..... <sub>1</sub>  
 Während des post-obligatorischen Schule (Lehre, Gymnasium) ..... <sub>2</sub>  
 Außerhalb der Schule, durch eine Schwulenorganisation ..... <sub>3</sub>  
 Außerhalb der Schule, durch eine andere Organisation, welche? ..... <sub>4</sub>  
 Durch die Medien (TV, Internet, Zeitung, ...) ..... <sub>5</sub>
- 91 In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Informationen zur HIV-Prävention in Bezug auf Sexualverkehr zwischen Männern erhalten? .....    Jahre alt
- 92 Haben Sie schon an der Umfrage Gaysurvey des IUMSP teilgenommen?  
 (mehrere Antworten möglich)  
 2007 <sub>1</sub> 2004 <sub>1</sub> 2000 <sub>1</sub> 1997 <sub>1</sub>
- 93 Dieser Fragebogen wurde über verschiedene Kanäle verteilt. Haben Sie diesen erhalten durch:  
 Display ..... <sub>6</sub> Durch einen Schwulenverein, welcher ..... <sub>1</sub>  
 Cruiser ..... <sub>7</sub> An einem schwulen Treffpunkt (Bar, Sauna)? ..... <sub>3</sub>  
 Gay.ch ..... <sub>8</sub> Jungle: the gay party ..... <sub>4</sub>  
 Andere, welche? ..... <sub>5</sub>
- 94 Wann haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt? Tag    Monat    Jahr

Herzlichen Dank. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen so schnell wie möglich an :  
 Stéphanie Lociciro, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Rue du Bugnon 17,  
 1005 Lausanne. ☎ 021 314 73 71 ■ Stephanie.Lociciro@chuv.ch