

Originalarbeit

Männer, die für Sex bezahlen – Prävalenz und sexuelle Gesundheit

Ergebnisse aus der Bevölkerungsstudie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD)

Nicola Döring, Roberto Walter, Catherine H. Mercer, Christian Wiessner, Silja Matthiesen, Peer Briken

Zusammenfassung

Hintergrund: Männer, die für Sex bezahlen (MPS), gelten als vulnerable Schlüsselgruppe in Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Daten zu ihrer Prävalenz und sexuellen Gesundheit liegen für Deutschland bisher nicht vor.

Methoden: Ausgewertet wurden Daten von 2 336 Männern im Alter von 18–75 Jahren mit Wohnsitz in Deutschland, die 2018–2019 im Rahmen der Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) persönlich befragt wurden („face to face“-Interview). Die Studie basiert auf einer bevölkerungsrepräsentativen Zufallsstichprobe (Teilnahmequote: 30,2 %).

Ergebnisse: 26,9 % aller Männer (95%-Konfidenzintervall [24,7; 29,2]) gaben an, jemals für Sex bezahlt zu haben. MPS hatten im Durchschnitt $M = 19,9$ [16,8; 22,9] Sexualpartnerinnen und -partner im Leben, darunter $M = 7,3$ [5,3; 9,4] bezahlte Partnerinnen und Partner. MPS beschrieben ihren bezahlten Sex überwiegend als Vaginalverkehr in inländischen Bordellen. Bei den soziodemografischen Merkmalen unterschieden sich MPS bezüglich Alter, Migrationshintergrund und Sexualaufklärung von den nicht für Sex bezahlenden Männern (MNPS). Im Vergleich zu MNPS zeigen die Antworten der MPS eine statistisch signifikant höhere HIV-/STI-Risikobereitschaft, auch bedingt durch mehrere Sexualpartner im Vorjahr (um Alter, Migrationshintergrund, Sexualaufklärung adjustiertes Odds Ratio [AOR]: 3,55). MPS berichteten über mehr STI-Diagnosen in den vergangenen fünf Jahren (AOR: 1,96) sowie über mehr präventive Verhaltensweisen (zum Beispiel Kondomgebrauch im Vorjahr: AOR 3,13).

Schlussfolgerung: Die Prävalenz von MPS legt nahe, dass Ärztinnen und Ärzte das Thema mit ihren Patienten besprechen sollten, um die sexuelle Gesundheit von MPS und deren bezahlten und unbezahlten Partner/innen zu schützen und zu verbessern.

Zitierweise

Döring N, Walter R, Mercer CH, Wiessner C, Matthiesen S, Briken P: Men who pay for sex: prevalence and sexual health. Results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 201–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0107

Bezahlsex ist definiert als das Bezahlen von Geld für sexuelle Dienstleistungen (zum Beispiel Vaginalverkehr) in einem bestimmten Marktumfeld, etwa Straßenprostitution, Bordell oder Escort-Service (1). Der direkte Kauf von Sex in einem professionellen Umfeld der Sexarbeit beziehungsweise Prostitution kann von einem indirekten Kauf (zum Beispiel mit Geschenken oder anderen Ressourcen) in informellen Kontexten unterschieden werden (2). Bezahlsex ist eine stark geschlechtsspezifisch geprägte Tätigkeit, da die Mehrheit der Personen, die für Sex bezahlen, Männer sind und die Mehrheit der Personen, die Sex verkaufen, Frauen (3,4). Weiterhin handelt es sich um eine sozial komplexe (5), moralisch und politisch umstrittene (6) und rechtlich geregelte (7) Tätigkeit, die in engem Zusammenhang mit der allgemeinen und insbesondere der sexuellen Gesundheit steht (4, 8, 9).

Sexuelle Gesundheit von Männern, die für Sex bezahlen (MPS)

Männer, die für Sex bezahlen (MPS, „men paying for sex“), gelten hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen (STI, „sexually transmitted infections“) als vulnerabel und als „bridging population“ (8): Ihre bezahlten Sexualpartnerinnen und -partner werden oft als Personen mit hohem HIV-/STI-Risiko angesehen, deren Risiko zunächst auf die MPS selbst übergeht, wenn sie Sex ohne Kondom haben. Zudem wird das Risiko auf die unbezahlten unverbindlichen und langfristigen Partner/innen übertragen, bei denen die Verwendung von Kondomen unwahrscheinlicher ist (4, 8). In den letzten 30 Jahren wurden etwa 150 Studien über MPS veröffentlicht. Rund die Hälfte davon befasst sich mit dem HIV-/STI-Risiko- und -Präventionsverhalten (zum Beispiel [10, 11]). Heterosexueller kommerzieller Sex gilt sogar als „eine der Hauptursachen für die HIV-Epidemie in der Welt“ (12). HIV/STI bei MPS wird als Problem der öffentlichen Gesundheit beschrieben. Es werden mehr und bessere Interventionsmaßnahmen gefordert, die auf MPS abzielen und die konsequente Verwendung von Kondomen sowie regelmäßige HIV-/STI-Tests fördern, damit MPS sich selbst und ihre bezahlten sowie unbezahlten Partner/innen besser schützen (13–15). Es ist jedoch eine Herausforderung, MPS mit Interventionsprogrammen zu adressieren, da Stigmatisierung und Kriminalisierung sie zu einer „schwer erreichbaren“ beziehungsweise „versteckten“ Bevölkerungsgruppe machen (8).

Institut für Medien und Kommunikationswissenschaft, Technische Universität Ilmenau: Prof. Dr. phil. Nicola Döring, Roberto Walter, M.A.

Institute for Global Health, University College London: Catherine H. Mercer, PhD

Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Christian Wiessner, M.Sc.

Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin & Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Dr. phil. Silja Matthiesen, Prof. Dr. med. Peer Briken

TABELLE 1

Prävalenz von Bezahlsex (Lebenszeit, letztes Jahr) sowie Anzahl und Anteil der bezahlten Lebenszeit-Sexualpartnerinnen und -partner an der Anzahl aller Sexualpartnerinnen und -partner von Männern in Deutschland

	Altersgruppe zum Zeitpunkt des Interviews (Jahre)						
	gesamt	18–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–75
Prävalenz von Bezahlsex							
Lebenszeit (%)	26,9	14,7	27,2	29,9	33,5	26,2	24,1
95%-Konfidenzintervall (%)	[24,7; 29,2]	[10,7; 19,9]	[22,8; 32,1]	[24,7; 35,7]	[28,2; 39,3]	[21,2; 31,8]	[18,7; 30,4]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	2 265, 2 405	378, 301	523, 437	367, 386	355, 528	364, 448	278, 305
letztes Jahr (%)	4,0	5,1	4,9	1,6	6,5	2,4	2,8
95%-Konfidenzintervall (%)	[3,1; 5,2]	[2,6; 9,7]	[2,9; 8,1]	[0,7; 3,6]	[3,9; 10,7]	[1,3; 4,7]	[1,1; 6,6]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	2 265, 2 405	378, 301	523, 434	367, 386	355, 528	364, 448	278, 305
Anzahl der bezahlten Sexualpartner/innen (Lebenszeit)							
Mittelwert (Standardabweichung [SD])	1,9 (9,7)	0,9 (4,7)	0,9 (2,5)	3,1 (19,5)	3,0 (9,8)	1,5 (5,2)	1,2 (4,1)
95%-Konfidenzintervall (%)	[1,3; 2,4]	[0,3; 1,6]	[0,7; 1,2]	[0,2; 6,1]	[1,7; 4,3]	[0,9; 2,1]	[0,7; 1,7]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	2 234, 2 365	377, 301	516, 429	358, 375	352, 521	360, 443	271, 296
Anzahl der Sexualpartner/innen (Lebenszeit)							
Mittelwert (SD)	11,2 (19,7)	5,1 (7,4)	9,6 (10,3)	16,6 (32,6)	14,5 (24,9)	9,5 (10,6)	9,3 (12,5)
95%-Konfidenzintervall (%)	[10,0; 12,4]	[4,3; 6,0]	[8,6; 10,5]	[12,1; 21,0]	[11,6; 17,4]	[8,2; 10,8]	[7,5; 11,0]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	2 267, 2 406	372, 292	523, 436	372, 393	357, 531	367, 452	276, 302
Anteil der bezahlten Sexualpartner/innen in Bezug zu allen Sexualpartner/innen (Lebenszeit)							
Anteil (%)	16,7	19,1	9,8	18,4	20,4	15,9	12,9
95%-Konfidenzintervall (%)	[12,4; 21,1]	[8,2; 30,1]	[7,6; 12,1]	[3,8; 33,0]	[13,5; 27,3]	[10,6; 21,1]	[7,6; 18,2]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	2 220, 2 347	370, 291	513, 425	357, 374	352, 521	359, 443	269, 293

Die Anzahl der Lebenszeit-Sexualpartner/innen wurde an den oberen und unteren Enden der jeweiligen Altersgruppen-Verteilungen manuell um 1 % getrimmt. Die dargestellten Verteilungen sind rechtsschief. Dennoch stellen wir sie mit Mittelwerten und Standardabweichungen dar, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zum Thema MPS (MPS, Männer, die für Sex bezahlen) zu ermöglichen.

Rechtsstatus von MPS

In einer zunehmenden Zahl von Ländern werden MPS stigmatisiert und kriminalisiert (16, 17). Schweden war das erste Land, das 1999 das Bezahlen für Sex unter Strafe stellte. Seitdem werden dort männliche Kunden strafrechtlich verfolgt, wohingegen der Verkauf von Sex legal bleibt, um weibliche Anbieterinnen vor Strafverfolgung zu schützen und ihnen den Ausstieg zu erleichtern (18). Nach diesem sogenannten „schwedischen Modell“ der Prostitutionsregulierung, das auf ein „Beenden der Nachfrage“ abzielt, haben mehrere Länder ähnliche Gesetze erlassen (zum Beispiel Norwegen 2009, Island 2009, Kanada 2014). Im Jahr 2014 verabschiedete das Europäische Parlament eine nicht bindende Resolution zugunsten des sogenannten „schwedischen/nordischen Modells“ (19), in der die Mitgliedstaaten aufgefordert werden, MPS zu kriminalisieren (20). Bislang sind jedoch in 21 von 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowohl der Kauf als auch der Verkauf von Sex prinzipiell legal. Vier Länder haben das Bezahlen für Sex ganz oder teilweise kriminalisiert (Schweden, Finnland, Frankreich, Irland). Aus der Perspektive der öffentlichen Gesundheit wird die Kriminalisierung in Frage gestellt, da sie die Nachfrage nicht eindämmt, son-

dern bezahlten Sex noch stigmatisierter, versteckter und unsicherer macht, was die Gesundheit von Kunden wie von Anbieterinnen und Anbietern gefährdet (16, 17, 21).

Prävalenz von MPS

Die auf der Basis bevölkerungsrepräsentativer Sexsurveys in Europa ermittelte Lebenszeitprävalenz von MPS spiegelt kulturelle und rechtliche Normen wider und reicht von 9,5 % für Männer (16–84 Jahre) in Schweden 2017 (9), 11,0 % für Männer (16–74 Jahre) in Großbritannien 2010 (8), 12,9 % für Männer (18–49 Jahre) in Norwegen 2002 (14), 16,7 % für Männer (17–45 Jahre) in der Schweiz 2000 (22) bis 25,4 % für Männer (18–49 Jahre) in Spanien 2003 (10). In anderen Regionen der Welt wird die Prävalenz als wesentlich höher eingeschätzt (12). Bislang ist die ermittelte Prävalenz von Frauen, die für Sex bezahlen (WPS, „women paying for sex“), so gering (< 0,5 %; [8, 14]), dass sich alle der genannten europäischen Studien auf MPS konzentrieren (8–10, 14, 22).

Charakteristika von MPS

In der bisherigen Forschung werden MPS typischerweise verglichen mit Männern, die angeben, nicht für Sex zu bezahlen (MNPS, „men not paying for sex“).

Dabei zeigen sich nur wenige Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale. Allerdings sind Männer, die kürzlich für Sex bezahlt haben, häufig jünger und ledig oder geschieden (8, 10, 14). Zuweilen wird vermutet, dass MPS besonders frauenfeindliche Einstellungen und/oder gewalttätige Neigungen haben und sich daher „Frauen kaufen“ wollen, um sie zu missbrauchen (23). Dieses negative Bild von MPS lässt sich empirisch aber nicht bestätigen (24, 25). Große Einigkeit besteht in der Fachliteratur dahingehend, dass MPS im Vergleich zu MNPS ein höheres HIV-/STI-Risikoverhalten aufweisen (8, 10, 14), was die Notwendigkeit bekräftigt, MPS als Zielgruppe für die sexuelle Gesundheitsversorgung und Prävention anzusprechen.

Forschungsziel

Deutschland gilt als recht liberales europäisches Land, in dem sowohl das Bezahlen für Sex als auch das Anbieten sexueller Dienstleistungen erlaubt und sogar Bordelle legal und reguliert sind (Letzteres ist in Europa selten der Fall). Auch die moralische Verurteilung von MPS fällt in Deutschland geringer aus als in Nachbarländern (7, 26). Unklar ist jedoch, wie viele Männer in Deutschland für Sex bezahlen und welche soziodemografischen und verhaltensbezogenen Faktoren dabei eine Rolle spielen. Bislang vorliegende Studien sind entweder qualitativ (27–31) oder verwenden Stichproben, die nicht repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind (32–34). Im Gegensatz dazu bietet die Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) auf der Basis einer nationalen Zufallsstichprobe die einzigartige Gelegenheit, die Prävalenz und sexuelle Gesundheit von MPS zu untersuchen. Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, erstmals die folgenden Forschungsfragen zu beantworten.

1. Wie hoch ist in Deutschland die Prävalenz von Männern, die für Sex bezahlen (MPS)?
2. Wie beschreiben MPS in Deutschland den bezahlten Sex?
3. Welche soziodemografischen Merkmale haben MPS in Deutschland?
4. Wie unterscheiden sich MPS in Deutschland in ihrem HIV-/STI-Risiko- und Präventionsverhalten von Männern, die nicht für Sex bezahlen (MNPS)?

Methoden

Datenerhebung und statistische Analyse

Die Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) basiert auf einer zweistufig geschichteten Einwohnermeldeamtstichprobe (Zufallsstichprobe) von 2 619 Frauen und 2 336 Männern mit Wohnsitz in Deutschland (*eTabellen 1–2*; [35]). Basierend auf den Daten der Einwohnermeldeämter wurden an 200 zufällig ausgewählten Auswahlpunkten (Stufe 1) die Adressen der 18- bis 75-Jährigen zufällig gezogen (Stufe 2). Von Oktober 2018 bis September 2019 führten Interviewer und Interviewerinnen des sozialwissenschaftlichen Erhebungsinstituts Kantar Emnid die Befragung in Form von computergestützten persönlichen Inter-

views (CAPI) und computergestützten Selbstinterviews (CASI) durch. Von allen Befragten liegt eine schriftliche informierte Einwilligung vor. Es wurde eine Teilnahmequote von 30,2 % (AAPOR RR4, American Association for Public Opinion Research, „response rate“) erreicht. Das GeSiD-Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Hamburger Psychotherapeutenkammer geprüft und genehmigt. Weitere methodische Details zum Studiendesign, zur Repräsentativität der Stichprobe und Gewichtung der Fälle, zur Datenbereinigung sowie zur statistischen Analyse sind im *eMethodenteil* einsehbar. Die Befunde im Ergebnisteil basieren auf einem bereinigten und gewichteten Datensatz mit 2 431 Männern.

Messinstrument

Alle Variablen wurden mit „single-item measures“ aus dem GeSiD-Fragebogen gemessen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen 1–4 wurden die folgenden Items verwendet (Details siehe *eMethodenteil*):

- Forschungsfrage 1:
 - Lebenszeitangabe für Bezahlsex
 - Zwölfmonatsangabe für Bezahlsex
 - Anzahl der bezahlten Lebenszeit-Sexualpartner/innen und
 - Anzahl aller Lebenszeit-Sexualpartner/innen.
- Forschungsfrage 2:
 - Geschlecht des letzten Bezahlsexkontakts
 - praktizierte Aktivität beim letzten Bezahlsexkontakt
 - Bezahlsex in verschiedenen Marktumgebungen (Lebenszeit) und
 - geografischer Ort des Bezahlsex (Lebenszeit).
- Forschungsfrage 3; als abhängige Variable wurde die Lebenszeitangabe für Bezahlsex eingesetzt; als unabhängige Variablen wurden sieben wichtige soziodemografische und entwicklungsbezogene Variablen ausgewählt:
 - Alter zum Zeitpunkt des Interviews
 - Migrationshintergrund
 - Sexuaufklärung in der Familie im Jugendalter
 - Alter bei erster Ejakulation
 - Alter bei erster fester Beziehung
 - Bildung und
 - Religionszugehörigkeit.
- Forschungsfrage 4; als abhängige Variable wurden die Lebenszeitangabe für Bezahlsex und vier Indikatoren des HIV-/STI-Risikoverhaltens eingesetzt:
 - Anzahl aller Sexualpartner/innen
 - mehrere Sexualpartner/innen im Vorjahr
 - Drogen-/Alkoholkonsum beim letzten Sex
 - STI-Diagnose(n) in den letzten fünf Jahren sowie fünf Indikatoren des HIV-/STI-Präventionsverhaltens als unabhängige Variablen ausgewählt:
 - Kondomnutzung zur HIV-/STI-Prävention/Vorjahr
 - Kondomnutzung bei letztem Sex in Beziehung
 - Kondomnutzung bei letztem Sex als Single
 - HIV-Test/letzte fünf Jahre sowie
 - die Lebenszeitangabe für ein ärztliches Gespräch über HIV/STI.

Ergebnisse

Prävalenz von MPS

Insgesamt 2 405 Männer beantworteten die Frage nach Bezahlsex (98,9 % aller männlichen Teilnehmer im bereinigten gewichteten GeSiD-Datensatz). Von diesen gaben 26,9 % an, jemals für Sex bezahlt zu haben, und 4,0 %, dies im letzten Jahr getan zu haben (Tabelle 1). Die Lebenszeitprävalenz war bei Männern im Alter von 18–25 Jahren am niedrigsten und bei Männern im Alter von 46–55 Jahren am höchsten. Im Durchschnitt gaben die Männer in der GeSiD-Studie M (Mittelwert) = 1,9 (Standardabweichung [SD] = 9,7) bezahlte Sexualpartner/innen und M = 11,2 (SD = 19,7) Sexualpartner/innen insgesamt an, was bedeutet, dass 16,7 % aller angegebenen Partner/innen bezahlt wurden (Tabelle 1).

Beschreibung von Bezahlsex

Männer, die im letzten Jahr Bezahlsex hatten, beschrieben ihren letzten bezahlten Sex mehrheitlich als Sex mit einer Frau (98,5 %) und als Vaginal- (72,7 %) und/oder Oralverkehr (64,0 %). Die Mehrheit aller MPS gab an, dass der Bezahlsex in Bordellen (78,6 %) und in Deutschland (72,8 %) stattfand, aber 27,1 % berichteten, auch im Ausland für Sex bezahlt zu haben. Die vollständigen Ergebnisse sind in *eTabelle 3* dargestellt.

Soziodemografie von MPS

Die Lebenszeitprävalenz von Bezahlsex stand in signifikantem Zusammenhang zum Alter (adjustiertes Odds Ratio [AOR]: 3,02 für Männer im Alter von 46–55 Jahren im Vergleich zu Männern im Alter von 18–25 Jahren), zum Migrationshintergrund (AOR: 1,49 für die erste und AOR 1,46 für die zweite Generation im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund) und zur fehlenden Sexualaufklärung durch die Familie im Jugendalter (AOR: 1,39). Keine Unterschiede zwischen MPS und MNPS wurden beim Zeitpunkt der ersten Ejakulation, der ersten festen Beziehung, bei Bildung und Religionszugehörigkeit festgestellt (Tabelle 2).

HIV-/STI-Risiken und Prävention bei MPS

Im Durchschnitt berichteten MNPS von M = 8,1 (SD = 14,6) Sexualpartner/innen im Leben; im Vergleich dazu gaben MPS mit M = 19,9 (SD = 27,8) mehr als doppelt so viele Partner/innen an. Bezahlte Partner/innen machten 35,6 % aller angegebenen Partner/innen von MPS aus (vollständige Ergebnisse in *eTabelle 4*). MPS unterschieden sich statistisch signifikant von MNPS bezüglich des Eingehens von HIV-/STI-Risiken, wie zum Beispiel der Anzahl der Sexualpartner/innen (AOR; 26,20 für ≥ 11 Partner/innen im Vergleich zur Angabe von ≤ 2 Partner/innen) und mehreren Partner/innen im vergangenen Jahr (AOR: 3,55), aber auch in Bezug auf sexuelles Präventionsverhalten, wie zum Beispiel Kondomgebrauch zur HIV-/STI-Prävention im vergangenen Jahr (AOR: 3,13) und HIV-Test in den vergangenen fünf Jahren

(AOR: 2,18) (Tabelle 3). Kondomgebrauch mit festen Partner/innen war jedoch selten (16,8 %). MPS gaben häufiger an, mit einem Arzt oder einer Ärztin über HIV/STI sprechen zu wollen als MNPS (AOR: 1,54) (Tabelle 3).

Diskussion

Zusammenfassung und Interpretation

Einer von vier Männern in Deutschland berichtete, schon mindestens einmal im Leben für Sex bezahlt zu haben. Einer von 25 Männern hatte Bezahlsex im vergangenen Jahr. Diese Prävalenzschätzungen sind höher als in anderen europäischen Ländern (8–10, 14, 22), was möglicherweise auf die liberale Gesetzgebung und kulturelle Normen in Deutschland zurückzuführen ist, die zu einer höheren tatsächlichen Prävalenz und/oder genaueren Selbstauskünften führen. MPS beschrieben ihren typischen bezahlten Sex als Vaginalverkehr in einem inländischen Bordell, einem legalisierten und regulierten Marktumfeld nach dem deutschen Prostitutionsgesetz. Männer aus anderen europäischen Ländern wie etwa MPS im Vereinigten Königreich (8) gaben an, häufiger für Sex im Ausland zu bezahlen (62,6 %) als MPS in Deutschland (27,1 %). Im Einklang mit früheren Untersuchungen (8, 10, 14) unterschieden sich MPS in Deutschland hinsichtlich soziodemografischer Variablen nicht wesentlich von MNPS, wiesen aber sowohl ein signifikant höheres HIV-/STI-Risiko als auch ein verstärktes Präventionsverhalten auf. Mit dem neuen Prostituentenschutzgesetz (ProstSchG), das seit 2017 in Deutschland in Kraft ist, wurde die Verwendung von Kondomen zur Pflicht (36). Die GeSiD-Studie wurde 2018/2019 durchgeführt; daher wissen wir nicht, ob diese neue Gesetzgebung die Kondomnutzung von MPS beeinflusst hat.

Limitationen

Die GeSiD-Studie liefert Befragungsdaten, die – wie alle Selbstauskunftsdaten – einer Reihe von Verzerrungen unterliegen, darunter Teilnahme- und Antwortverzerrungen. In der GeSiD-Studie als einer bevölkerungsbasierten Erhebung zu einem breiten Spektrum sexueller Verhaltensweisen wurde eine begrenzte Anzahl von Einzelfragen zum Thema Bezahlsex gestellt. Im Hinblick auf die deutsche Geschichte muss berücksichtigt werden, dass Prostitution in der DDR (1949–1990) illegal war. Das bedeutet, dass die sexuelle Sozialisierung von Männern im mittleren und höheren Alter in Ost- und Westdeutschland in Bezug auf Bezahlsex unterschiedlich war, ohne dass diese Effekte anhand der GeSiD-Daten genauer untersuchbar sind. Auch wenn GeSiD eine relativ große Stichprobe von 4 955 Männern und Frauen befragt hat, ist diese Stichprobengröße immer noch zu klein, um Analysen für relevante Teilgruppen durchzuführen, etwa für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) und für Sex bezahlen (n = 12 Fälle in GeSiD) und Frauen, die für Sex bezahlen (n = 3 Fälle).

TABELLE 2

Unterschiede in der Prävalenz von Bezahlsex bei Männern in Deutschland: soziodemografische und entwicklungsbedingte Faktoren

	Bezahlsex in % [95%-KI]	univariable logistische Regression			multivariable logistische Regression		
		OR [95%-KI]	p	gewichtete Teilnehmer	AOR [95%-KI]	p	gewichtete Teilnehmer
Altersgruppe (Jahre)							
18–25	14,7 [10,7; 19,9]	1,00	0,001	301	1,00	< 0,001	297
26–35	27,2 [22,8; 32,1]	2,17 [1,44; 3,28]		437	2,27 [1,49; 3,47]		421
36–45	29,9 [24,7; 35,7]	2,47 [1,52; 4,02]		386	2,53 [1,52; 4,21]		374
46–55	33,5 [28,2; 39,3]	2,92 [1,86; 4,59]		528	3,02 [1,93; 4,73]		521
56–65	26,2 [21,2; 31,8]	2,06 [1,29; 3,28]		448	2,06 [1,26; 3,40]		443
66–75	24,1 [18,7; 30,4]	1,84 [1,14; 2,98]		305	1,87 [1,13; 3,07]		298
Migrationshintergrund							
nein	25,1 [22,6; 27,7]	1,00	0,014	1790	1,00	0,017	1771
erste Generation	33,5 [28,0; 39,5]	1,51 [1,13; 2,01]		360	1,49 [1,09; 2,03]		357
zweite Generation	30,2 [23,5; 37,8]	1,29 [0,89; 1,87]		238	1,46 [0,98; 2,17]		225
Sexualaufklärung in der Familie im Jugendalter							
ja	21,9 [19,2; 24,8]	1,00	< 0,001	884	1,00	0,002	881
nein	30,0 [27,3; 32,9]	1,53 [1,27; 1,84]		1485	1,39 [1,14; 1,70]		1473
Alter bei erster Ejakulation							
6–14 (bis zum und inklusive Median)	29,0 [26,3; 31,9]	1,00	0,157	1482	1,00	0,062	1453
≥ 15 (über Median)	25,4 [21,4; 29,8]	0,83 [0,64; 1,08]		762	0,77 [0,58; 1,01]		747
Alter bei erster fester Beziehung							
11–18 (bis zum und inklus. Median)	28,5 [25,7; 31,4]	1,00	0,211	1426	1,00	0,065	1405
≥ 19 (über Median)	25,5 [22,0; 29,5]	0,86 [0,68; 1,09]		868	0,79 [0,62; 1,01]		841
Bildung							
niedrig	27,1 [22,9; 31,8]	1,00	0,256	822	1,00	0,307	800
mittel	29,3 [25,1; 34,0]	1,12 [0,82; 1,52]		697	1,10 [0,80; 1,52]		684
hoch	24,6 [21,5; 27,9]	0,88 [0,66; 1,16]		881	0,87 [0,65; 1,17]		864
Religionszugehörigkeit							
ja	26,0 [23,2; 29,0]	1,00	0,369	1498	1,00	0,481	1467
nein	28,1 [24,7; 31,7]	1,11 [0,88; 1,40]		884	1,09 [0,86; 1,39]		869

Adjustierte Odds Ratios (AOR) wurden korrigiert für Alter, Migrationshintergrund und Sexualaufklärung in der Familie im Jugendalter. Diese Variablen wurden nicht für sich selbst korrigiert. 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

Fazit

Was können Ärztinnen und Ärzte tun, um die sexuelle Gesundheit von MPS und ihren bezahlten wie unbezahlten Partner/innen zu schützen und zu verbessern? Wir schließen uns anderen Studien an, die medizinisches Fachpersonal dazu ermutigen, mit ihren Patienten regelmäßig und professionell über sexuelle Gesundheit zu sprechen (37), da dies eine Möglichkeit ist, auch MPS als „versteckte Risikopopulation“ zu erreichen. Ärzte, die sich auf sexuelle Gesundheit und insbesondere auf Männergesundheit spezialisiert haben, können ihre Patienten mit Informationen zu wirksamen Präventionsmaßnahmen bei Bezahlsex versorgen. Wenn Ärzte Offenheit für das Thema signalisieren, ermöglichen sie es MPS, die medizinische

Versorgung in Anspruch zu nehmen, die sie benötigen. Das Wissen über STI ist in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland noch immer begrenzt (38). Daher ist zur Förderung der öffentlichen und sexuellen Gesundheit mehr Aufklärung erforderlich. Da es sich bei MPS um eine bisher kaum sichtbare Risikopopulation handelt, die häufiger mit ihren Ärzten über HIV/STI sprechen möchte (Tabelle 3), sollten Ärzte dies bei der Anamnese, bei Untersuchungen und in Beratungsgesprächen berücksichtigen (39).

Darüber hinaus können Ärzte dazu beitragen, auf MPS ausgerichtete Online- und Social-Media-Maßnahmen zu entwickeln und zu verbreiten, die die HIV-/STI-Prävention in verschiedenen formellen und informellen Bezahlsex-Kontexten fördern (13). Weiterhin sollten

TABELLE 3

Risiko- und Präventionsverhalten in Bezug auf HIV/STI bei Männern in Deutschland, die nicht für Sex bezahlen (MNPS), gegenüber Männern, die für Sex bezahlen (MPS)

	MNPS in % [95%-KI]	MPS in % [95%-KI]	univariable logistische Regression			multivariable logistische Regression		
			OR [95%-KI]	p	gewichtete Teilnehmer	AOR [95%-KI]	p	gewichtete Teilnehmer
HIV-/STI-Risikoverhalten:								
Sexualpartner/innen insgesamt								
0–2	30,5 [27,7; 33,4]	3,4 [2,2; 5,1]	1,00	<0,001	552	1,00	<0,001	543
3–4	20,2 [17,9; 22,6]	8,7 [6,1; 12,3]	3,92 [2,36; 6,51]		407	3,81 [2,26; 6,41]		396
5–6	13,9 [12,0; 15,9]	13,8 [10,8; 17,4]	9,02 [5,38; 15,11]		329	9,73 [5,70; 16,61]		320
7–10	16,9 [14,7; 19,4]	21,4 [17,5; 25,9]	11,47 [6,84; 19,23]		431	11,08 [6,49; 18,92]		419
≥ 11	18,6 [16,2; 21,3]	52,7 [47,3; 58,0]	25,65 [15,73; 41,82]		660	26,20 [15,69; 43,73]		651
mehrere Sexualpartner/innen (im letzten Jahr)								
nein	95,5 [94,3; 96,4]	88,3 [84,8; 91,1]	1,00	<0,001	2 197	1,00	<0,001	2 149
ja	4,5 [3,6; 5,7]	11,7 [8,9; 15,2]	2,79 [1,93; 4,04]		152	3,55 [2,39; 5,28]		150
Drogen-/Alkoholkonsum beim letzten Sex								
nein	82,5 [79,6; 85,0]	69,7 [63,9; 75,0]	1,00	<0,001	1 504	1,00	<0,001	1 471
ja	17,5 [15,0; 20,4]	30,3 [25,0; 36,1]	2,04 [1,49; 2,79]		405	2,11 [1,54; 2,88]		399
STI-Diagnose(n) (in den letzten fünf Jahren)								
nein	96,9 [95,8; 97,6]	94,0 [91,0; 96,1]	1,00	0,013	2 311	1,00	0,022	2 260
ja	3,1 [2,4; 4,2]	6,0 [3,9; 9,0]	1,97 [1,16; 3,34]		94	1,96 [1,11; 3,46]		93
HIV-/STI-Präventionsverhalten:								
Kondomnutzung zur HIV-/STI-Prävention (im letzten Jahr)								
nein	82,8 [80,5; 84,8]	67,6 [61,9; 72,7]	1,00	<0,001	1 328	1,00	<0,001	1 305
ja	17,2 [15,2; 19,5]	32,4 [27,3; 38,1]	2,31 [1,71; 3,11]		368	3,13 [2,25; 4,36]		357
Kondomnutzung bei letztem Sex – in Beziehung								
nein	83,2 [80,8; 85,4]	87,6 [83,5; 90,8]	1,00	0,060	1 335	1,00	0,101	1 310
ja	16,8 [14,6; 19,2]	12,4 [9,2; 16,5]	0,70 [0,48; 1,02]		248	0,73 [0,50; 1,06]		241
Kondomnutzung bei letztem Sex – als Single								
nein	41,8 [33,8; 50,3]	33,4 [23,7; 44,6]	1,00	0,191	105	1,00	0,039	104
ja	58,2 [49,7; 66,2]	66,6 [55,4; 76,3]	1,44 [0,83; 2,47]		169	1,93 [1,03; 3,61]		164
HIV-Test (in den letzten fünf Jahren)								
nein	90,5 [89,0; 91,8]	81,2 [76,7; 84,9]	1,00	<0,001	2 089	1,00	<0,001	2 045
ja	9,5 [8,2; 11,0]	18,8 [15,1; 23,3]	2,22 [1,61; 3,05]		285	2,18 [1,55; 3,07]		283
jemals mit einem Arzt/einer Ärztin über HIV/STI gesprochen								
nein (und kein Wunsch danach)	65,0 [62,1; 67,8]	55,1 [49,7; 60,5]	1,00	0,003	1 452	1,00	<0,001	1 413
nein, würde aber gerne darüber sprechen	16,3 [14,4; 18,3]	19,6 [16,2; 23,4]	1,42 [1,07; 1,89]		400	1,54 [1,14; 2,08]		393
ja, habe darüber gesprochen	18,7 [16,7; 20,9]	25,3 [20,9; 30,1]	1,59 [1,19; 2,13]		477	1,71 [1,28; 2,28]		477

Adjustierte Odds Ratios (AOR) wurden korrigiert für Alter, Migrationshintergrund und Sexuaufklärung in der Familie im Jugendalter. STI, sexuell übertragbare Infektionen; 95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

sich Ärzte, öffentliche Gesundheitsdienste und die Gesellschaft insgesamt des engen Zusammenhangs zwischen der Regulierung der Prostitution und der allgemeinen und sexuellen Gesundheit sowohl der Kunden als auch der Anbieter/innen sexueller Dienstleistungen bewusst sein. Aktuelle Befunde zeigen, dass Entkriminalisierung und Entstigmatisierung Voraussetzungen dafür sind, dass Bezahlsex-Kunden sich offenbaren und damit dann Zugang zu passenden medizinischen Versorgungs- und Präventionsmaßnahmen erhalten (40).

Interessenkonflikt

Prof. Briken erhielt für die GeSiD-Studie finanzielle Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Die übrigen Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 17. 8. 2021, revidierte Fassung angenommen: 22. 11. 2021

Literatur

1. Matalcsi A, Mulvihill N, Lilley-Walker S-J, Lanau A, Hester M: The current landscape of prostitution and sex work in England and Wales. *Sex Cult* 2021; 25: 39–57.
2. Harcourt C, Donovan B: The many faces of sex work. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 201–6.
3. Benoit C, Smith M, Jansson M, Healey P, Magnuson D: „The prostitution problem“: claims, evidence, and policy outcomes. *Arch Sex Behav* 2019; 48: 1905–23.
4. Rissel CE, Richters J, Grulich AE, Visser RO de, Smith AMA: Sex in Australia: experiences of commercial sex in a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27: 191–7.
5. Sanders T: *Paying for pleasure: men who buy sex*. London: Willan 2008.
6. Flanigan J, Watson L: *Debating sex work*. Oxford, New York: Oxford University Press 2019.
7. Jahnsen SØ, Wagenaar H (eds.): *Assessing prostitution policies in Europe*. London: Routledge 2019.
8. Jones KG, Johnson AM, Wellings K, et al.: The prevalence of, and factors associated with, paying for sex among men resident in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Sex Transm Infect* 2015; 91: 116–23.
9. Deogan C, Jacobsson E, Mannheimer L, Björkenstam C: Are men who buy sex different from men who do not? Exploring sex life characteristics based on a randomized population survey in Sweden. *Arch Sex Behav* 2021; 50: 2049–55.
10. Belza MJ, Fuente L de la, Suárez M, et al.: Men who pay for sex in Spain and condom use: prevalence and correlates in a representative sample of the general population. *Sex Transm Infect* 2008; 84: 207–11.
11. Kounta CH, Sagaon-Teyssier L, Coulaud P-J, et al.: Male clients of male sex workers in West Africa: a neglected high-risk population. *PLOS ONE* 2019; 14: e0212245.
12. Carael M, Slaymaker E, Lyerla R, Sarkar S: Clients of sex workers in different regions of the world: hard to count. *Sex Transm Infect* 2006; 82 Suppl 3: iii26–33.
13. Langanke H, Ross MW: Web-based forums for clients of female sex workers: development of a German internet approach to HIV/STD-related sexual safety. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 4–8.
14. Schei B, Stigum H: A study of men who pay for sex, based on the Norwegian National Sex Surveys. *Scand J Public Health* 2010; 38: 135–40.
15. Ward H: Who pays for sex? An analysis of the increasing prevalence of female commercial sex contacts among men in Britain. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 467–71.
16. McCarthy B, Benoit C, Jansson M, Kolar K: Regulating sex work: heterogeneity in legal strategies. *Annu Rev Law Soc Sci* 2012; 8: 255–71.
17. Vanwesenbeeck I: Sex work criminalization is barking up the wrong tree. *Arch Sex Behav* 2017; 46: 1631–40.
18. Månsson S-A: The history and rationale of Swedish prostitution policies. *Dign J Anal Exploit Violence* 2017; 2, Iss. 4, Article 1.
19. Skilbrei M-L, Holmström C: *Prostitution policy in the nordic region: ambiguous sympathies*. London: Routledge 2016.
20. European Parliament: punish the client, not the prostitute. 2014. www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20140221IPR36644/punish-the-client-not-the-prostitute (last accessed on 19 June 2021).
21. Benoit C, Smith M, Jansson M, et al.: Canadian sex workers weigh the costs and benefits of disclosing their occupational status to health providers. *Sex Res Soc Policy* 2019; 16: 329–41.
22. Jeannin A, Rousson V, Meystre-Agostoni G, Dubois-Arber F: Patterns of sex work contact among men in the general population of Switzerland, 1987–2000. *Sex Transm Infect* 2008; 84: 556–9.
23. Farley M, Golding JM, Matthews ES, Malamuth NM, Jarrett L: Comparing sex buyers with men who do not buy sex: new data on prostitution and trafficking. *J Interpers Violence* 2017; 32: 3601–25.

24. Brents BG, Yamashita T, Spivak AL, Venger O, Parreira C, Lanti A: Are men who pay for sex sexist? Masculinity and client attitudes toward gender role equality in different prostitution markets. *Men Masculinities* 2021; 24: 719–39.
25. Monto MA, Milrod C: Ordinary or peculiar men? Comparing the customers of prostitutes with a nationally representative sample of men. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2014; 58: 802–20.
26. Jonsson S, Jakobsson N: Is buying sex morally wrong? Comparing attitudes toward prostitution using individual-level data across eight Western European countries. *Womens Stud Int Forum* 2017; 61: 58–69.
27. Ahlemeyer HW: *Prostitutive Intimkommunikation: zur Mikrosoziologie heterosexueller Prostitution*. Stuttgart: F. Enke 1996.
28. Velten D: *Aspekte der sexuellen Sozialisation: eine Analyse qualitativer Daten zu biographischen Entwicklungsmustern von Prostitutionskunden*. Freie Universität Berlin 1994.
29. Gerheim U: *Die Produktion des Freiers: Macht im Feld der Prostitution: eine soziologische Studie*. Bielefeld: Transcript 2012.
30. Grenz S: Heterosexuelle Freier – zwischen intimate citizenship und Sexismus. *Z Für Sex* 2007; 20: 1–20.
31. Howe C: Männer(bilder) im Rahmen von Prostitution. Die Konstruktion des Freiers. In: Nina Baur, Jens Luedtke (eds.): *Die soziale Konstruktion von Männlichkeit: Hegemoniale und marginalisierte Männlichkeiten in Deutschland*. Verlag Barbara Budrich 2008; 239–64.
32. Kleiber D, Velten D: *Prostitutionskunden: eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter in Zeiten von AIDS*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1994.
33. Kramer S, Schmidt AJ, Marcus U: *Daten zur sexuellen Gesundheit von Anbietern und Kunden sexueller Dienste bei in Deutschland lebenden Männern, die Sex mit Männern haben*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2017; 60: 958–70.
34. Kleiber D, Wilke M: *Aids, Sex und Tourismus: Ergebnisse einer Befragung deutscher Urlauber und Sextouristen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1995.
35. Matthiesen S, Pietras L, Bode H, et al.: Methodology of the German National Sex Survey – GeSiD (German Health and Sexuality Survey). *J Sex Res* 2021; 58: 1008–18.
36. Steffan E: Regulierung der Prostitution in Deutschland seit den 1980er-Jahren: Ein Schritt vor und zwei Schritte zurück? *Z Sex Forsch* 2020; 33: 214–20.
37. Dekker A, Matthiesen S, Cerwenka S, Otten M, Briken P: Health, sexual activity, and sexual satisfaction. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 645–52.
38. Matthiesen S, von Räden U, Dekker A, et al.: Wie gut ist das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2021; 1–9.
39. Marcus JL, Volk JE, Pinder J, et al.: Successful implementation of HIV preexposure prophylaxis: lessons learned from three clinical settings. *Curr HIV/AIDS Rep* 2016; 13: 116–24.
40. Platt L, Greenfell P, Meiksin R, et al.: Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med* 2018; 15: e1002680.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. phil. Nicola Döring
Technische Universität Ilmenau
Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau
nicola.doering@tu-ilmenau.de

Zitierweise

Döring N, Walter R, Mercer CH, Wiessner C, Matthiesen S, Briken P: Men who pay for sex: prevalence and sexual health. Results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 201–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0107

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter: www.aerzteblatt-international.de

Zusatzmaterial
eLiteratur, eMethodenteil, eTabellen:
www.aerzteblatt.de/m2022.0107 oder über QR-Code



Die Präsenz in allen wichtigen Datenbanken

Alle wissenschaftlichen Artikel im Deutschen Ärzteblatt sind durch ihre Publikation in der englischen Ausgabe Deutsches Ärzteblatt International in Medline gelistet und darüber hinaus in 15 weiteren Datenbanken vertreten.

Zusatzmaterial zu:

Männer, die für Sex bezahlen – Prävalenz und sexuelle Gesundheit

Ergebnisse aus der Bevölkerungsstudie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD)

Nicola Döring, Roberto Walter, Catherine H. Mercer, Christian Wiessner, Silja Matthiesen, Peer Briken

Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 201–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0107

eLiteratur

- e1. De Graaf H, van Santen L: Synopsis sexual health surveys in Europe. Study conducted on behalf of the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Utrecht: Rutgers 2014.
- e2. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C: Sex in Denmark. Key findings from project Sexus 2017–2018. Dänemark 2019. <https://en.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/nyheder/2019/sexus-report-2017-2018---summary.pdf?la=en> (last accessed on 31 August 2020).
- e3. Field N, Mercer CH, Sonnenberg P, et al.: Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382: 1830–44.
- e4. Kantar GmbH. Studie zur Sexualität Erwachsener. Methodenreport. Bielefeld: Kantar 2020.
- e5. Stadtmüller S, Silber H, Daikeler J, et al.: Adaptation of the AAPOR final disposition codes for the German survey context. Mannheim: GESIS – Leibniz-Institute for the Social Sciences, 2019.
- e6. Matthiesen S, Dekker A, Briken P: Pilotstudie zur Erwachsenensexualität in Deutschland – Erste Ergebnisse zu Machbarkeit und Methodenvergleich. *Z Sexualforsch* 2018; 31: 218–36.
- e7. Dekker A, Matthiesen S, Cenwenka S, Otten M, Briken P: Health, sexual activity, and sexual satisfaction—selected results from the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 645–52.

eMETHODENTEIL

Bevölkerungsrepräsentative Studien zur sexuellen Gesundheit der Erwachsenenbevölkerung werden in vielen europäischen Ländern, in den USA und in Australien bereits seit Jahren durchgeführt und zeigen den gravierenden Wandel des sexuellen Verhaltens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Sie sind zumeist staatlich gefördert und tragen dazu bei, gesundheitspolitische Maßnahmen zu steuern und Angebote zu Sexualaufklärung sowie Familienplanung zu verbessern. In Deutschland existierten lange Zeit keine umfassenden Daten zum sexuellen Verhalten der Bevölkerung. Die vorliegende Studie zu Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD) ist die erste bundesweite Untersuchung in diesem Bereich und soll die deutschsprachige Wohnbevölkerung der Bundesrepublik im Alter von 18–75 Jahren repräsentieren. Im Folgenden finden sich Angaben zur Methode. Die GeSiD-Studie wurde von der Ethikkommission der Hamburger Psychotherapeutenkammer geprüft; ein positives Ethikvotum liegt vor (Referenznummer: 07/2018-PTK-HH).

Ziehung der Stichprobe

Im internationalen Vergleich unterscheiden sich die Herangehensweisen, Stichproben für möglichst bevölkerungsrepräsentative Sex-Surveys zu generieren (e1). Dies hängt nicht nur von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der zur Anwendung kommenden Erhebungsmethode ab, zum Beispiel bei der Entscheidung für Online-, Telefon- oder Adressstichproben, sondern auch von den nationalen Besonderheiten in der Bereitstellung von Verwaltungsdaten. Dementsprechend profitierte die dänische Online-Studie Sexus (e2) von einem staatlichen E-Mail-Adressregister. Bei der vorgestellten Interview-Studie GeSiD sorgten die Spezifika des deutschen Meldewesens für besondere Rahmenbedingungen: Während beim britischen Survey Natsal (e3), der gemeinhin als Goldstandard sexualwissenschaftlicher Umfrageforschung anerkannt ist, eine Adressstichprobe zur Anwendung kam, bieten die dezentral organisierten Melderegister in Deutschland die Möglichkeit, nicht nur Adressen, sondern auch konkrete Personen zufällig auszuwählen.

Wie bei anderen anspruchsvollen Surveys in Deutschland üblich, kam deshalb für GeSiD eine zweistufig geschichtete Einwohnermeldeamtstichprobe zum Einsatz. Hierzu wurden zunächst insgesamt 200 Auswahlpunkte, die meist identisch mit jeweils einem Einwohnermeldeamt waren, zufällig ausgewählt (Stufe 1). Anschließend wurden an diesen Auswahlpunkten durchschnittlich je 86 Personen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren aus den Melderegistern gezogen (Stufe 2). Um detaillierte Analysen der Zielgruppe, die für sexualbezogene Gesundheitsrisiken von größter Bedeutung ist, zu ermöglichen, wurde der Anteil der 18–35-jährigen Männer und Frauen in der Brutto-Stichprobe gezielt erhöht („oversampling“).

Durchführung der Interviews

Nach der Ziehung wurden die Adressdaten den insgesamt 256 Interviewerinnen und Interviewern zugeteilt, die zwischen Oktober 2018 und September 2019 die Datenerhebung durchführten. Stichprobenziehung und Datenerhebung lagen in den Händen eines Konsortiums der sozialwissenschaftlichen Erhebungsinstitute Kantar Emnid, Kantar Public und Kantar Health (e4).

Die Kontaktaufnahme mit den Zielpersonen erfolgte zunächst schriftlich: In Briefen wurden sie über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Den Briefen lag eine Aufwandsentschädigung von fünf Euro für das Lesen des umfangreichen Informationsmaterials bei. Diesen Betrag durften die Zielpersonen behalten – auch wenn sie sich gegen eine Teilnahme entschieden. In insgesamt 966 Fällen wurden die fünf Euro allerdings zurückgesendet – entweder wollte die Zielperson das Geld explizit nicht

annehmen oder der Brief konnte der Zielperson nicht zugestellt werden. In den darauf folgenden Wochen suchten die Interviewer die Zielpersonen persönlich auf und baten diese um eine Teilnahme. Dabei wurden Männer von Männern und Frauen von Frauen besucht. Entschieden sich die Zielpersonen zu einer Teilnahme, fanden die Interviews zu einem von ihnen selbst bestimmten Zeitpunkt bei ihnen zu Hause statt. Vor Interviewbeginn erhielten die Befragten weitere Informationen zur Studie, zur Anonymisierung sowie zum Datenschutz und willigten dann mit ihrer Unterschrift in die Teilnahme ein („written informed consent“).

Die Interviews begannen mit einer computerassistierten persönlichen Befragung („computer assisted personal interview“, CAPI). Der größte Teil der Datenerhebung fand anschließend als computergestütztes Selbstinterview („computer assisted self interview“, CASI) statt, bei dem die Befragten ihre Antworten in einen Laptop eingaben. Während dieses Teils blieben die Interviewer für Rückfragen im Raum anwesend, jedoch ohne Blick auf die gegebenen Antworten. Nachdem der Selbstausfüller-Teil beendet wurde, hatten die Interviewer keinen Zugriff mehr auf die eingegebenen Daten. Namen und Daten der Befragten wurden unmittelbar nach Ende der Befragung getrennt, sodass eine Re-Identifizierung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen allein auf Grundlage des Datensatzes nicht möglich ist. Die Interviews dauerten bereinigt im Durchschnitt 50,9 Minuten (Median: 48 Minuten; 25-%-Perzentil: 40 Minuten; 75-%-Perzentil: 59 Minuten). Die Teilnehmer erhielten nach Abschluss weitere 25 Euro als Aufwandsentschädigung. In der geschilderten Weise wurden insgesamt 4 955 Interviews durchgeführt. Die Teilnahmequote lag bei 30,2 % (AAPOR [American Association for Public Opinion Research] Response Rate 4 [e5]) und die Kooperationsquote bei 37,9 %. Letztere entspricht dem Anteil der realisierten Interviews bei den Adressaten, mit denen es zumindest zu einem Kontakt kam (AAPOR Cooperation Rate 4 [e5]).

Erhebungsinstrument

Der GeSiD-Fragebogen ist die revidierte Version eines Erhebungsinstruments, das bei einer umfangreichen Vorstudie entwickelt und an 1 155 Befragten getestet wurde (e6). Für Männer und Frauen liegen unterschiedliche Formen des Instruments vor. Es umfasst mehr als 260 Fragen (Items) und Fragenkomplexe, von denen in Abhängigkeit von der bisherigen Sexual- und Beziehungserfahrung der Befragten allerdings nur ein Teil gestellt wurde. Angaben wurden in GeSiD zu den folgenden Themen erhoben:

- Lebenssituation
- Wissen über Sexualität
- erste sexuelle Erfahrungen
- Sexualität in der gegenwärtigen festen Beziehung oder Singlephase
- Geschlecht
- sexuelle Orientierung
- Einstellungen zur Sexualität
- Sexualität mittels digitaler Medien
- verschiedene sexuelle Erfahrungen, unter anderem mit spezifischen Sexualpraktiken, Selbstbefriedigung, Prostitution
- allgemeine und sexuelle Gesundheit

Das Erhebungsinstrument ist bei der Erstautorin erhältlich. Alle Variablen, außer die von den Einwohnermeldeämtern übernommene Variable Geschlecht, boten den Befragten auch die Möglichkeit, keine Angabe zu machen.

Verwendete Items

In der vorliegenden Studie wurden zur Beantwortung der vier Forschungsfragen

1. Wie hoch ist in Deutschland die Prävalenz von Männern, die für Sex bezahlen (MPS)?
2. Wie beschreiben MPS in Deutschland den bezahlten Sex?

3. Welche soziodemografischen Merkmale haben MPS in Deutschland?
4. Wie unterscheiden sich MPS in Deutschland in ihrem HIV-/STI-Risiko- und Präventionsverhalten von Männern, die nicht für Sex bezahlen (MNPS)?

folgende Items aus dem GeSiD-Fragebogen verwendet.

Items für Forschungsfrage 1

- Lebenszeit-Prävalenz für Bezahlsex wurde gemessen mit dem Item „Haben Sie jemals für Sex bezahlt?“ (alle Antwortoptionen mit Ja versus Nein; GeSiD-Item i13).
- 12-Monats-Prävalenz für Bezahlsex wurde gemessen mit dem Item „Haben Sie jemals für Sex bezahlt?“ (ja, in den letzten 4 Wochen oder ja, in den letzten 12 Monaten versus alle anderen Optionen; GeSiD-Item i13).
- Anzahl der bezahlten Sexualpartnerinnen und -partner wurde gemessen mit dem Item „Wie viele verschiedene Personen haben Sie in Ihrem bisherigen Leben schon für Sex bezahlt?“. Die angegebenen Zahlen für weibliche und männliche bezahlte Sexualpartner/innen wurden addiert (GeSiD-Items i14_1, i14_2).
- Die Gesamtzahl aller Sexualpartnerinnen und -partner wurde gemessen mit dem geschlechterspezifischen Item „Mit wie vielen verschiedenen Frauen [Männern] hatten Sie bisher (das heißt während Ihres gesamten Lebens) insgesamt Sex?“ Die angegebenen Zahlen für weibliche und männliche bezahlte Sexualpartner/innen wurden addiert (GeSiD-Items i1, i7).

Offene Items erforderten eine Datenbereinigung (siehe Abschnitt „Datenbereinigung“ unten).

Items für Forschungsfrage 2

- Geschlecht des Partners/der Partnerin des letzten Bezahlsexkontakts wurde gemessen mit dem Item „Erinnern Sie sich jetzt bitte an Ihre/n letzte/n Sexualpartner/in, die/den Sie für Sex bezahlt haben. War diese Person eine Frau/ein Mann?“ (GeSiD-Item i17).
- Praktizierte Aktivität beim letzten Bezahlsex-Kontakt wurde gemessen mit dem Item „Was haben Sie bei diesem letzten Mal, bei dem Sie für Sex bezahlt haben, gemacht?“ mit vier nichtexklusiven Optionen bezüglich heterosexuellen oder homosexuellen Begegnungen: Vaginalverkehr/Geschlechtsverkehr (GeSiD-Item i18_1/-), Oralverkehr (GeSiD-Item i18_2/i19_1), Analverkehr (GeSiD-Item i18_3/i19_2), und andere genitale Kontakte (GeSiD-Item i18_4/i19_3).
- Prävalenz von Bezahlsex in verschiedenen Marktumgebungen wurde gemessen mit dem Item „Wofür haben Sie in Ihrem Leben mindestens einmal bezahlt?“ mit fünf nichtexklusiven Antwortoptionen: für Straßenprostitution (GeSiD-Item i15_1), für Sex in einem Bordell (GeSiD-Item i15_2), für Sex in einer privaten Wohnung (GeSiD-Item i15_3), für Escort-Service/Call Girl/Call Boy (GeSiD-Item i15_4), für etwas anderes, und zwar ... (GeSiD-Item i15_5).
- Der geografische Ort des Bezahlsex wurde gemessen mit dem Item „Hat dieser bezahlte Sex in Deutschland oder im Ausland stattgefunden?“ mit drei Antwortoptionen: in Deutschland (GeSiD-Item i16_1), im Ausland (GeSiD-Item i16_2), sowohl ... als auch (GeSiD-Item i16_3).

Items für Forschungsfrage 3

Abhängige Variable

Lebenszeit-Prävalenz für Bezahlsex wurde als abhängige Variable eingesetzt. Lebenszeit-Prävalenz für Bezahlsex wurde gemessen mit dem Item „Haben Sie jemals für Sex bezahlt?“ (Alle Antwortoptionen mit Ja versus Nein; GeSiD-Item i13).

Unabhängige Variablen

- Alter zum Zeitpunkt des Interviews wurde gemessen mit dem offenen Item „Wie alt sind Sie?“ (GeSiD-Item A1) und anschließend nach Altersgruppen in eine neue Variable zusammengefasst.
- Migrationshintergrund wurde gemessen mit den GeSiD-Items N08_1–N08_9 (mehrere Fragen zum eigenen Migrationshintergrund und dem der Eltern) und zu drei Gruppen in eine neue Variable zusammengefasst: „kein Migrationshintergrund“, „erste Generation“ und „zweite Generation“. „Kein Migrationshintergrund“ war vorhanden, wenn keine der Variablen zum Migrationshintergrund bejaht wurden. „Erste Generation“-Migrationshintergrund wurde kodiert, wenn die Zielperson für sich selbst einen Migrationshintergrund angab. „Zweite Generation“-Migrationshintergrund wurde kodiert, wenn entweder die Mutter, der Vater oder beide Eltern einen Migrationshintergrund haben, die Zielperson selbst aber nicht.
- Sexualaufklärung in der Familie im Jugendalter wurde gemessen mit dem Item „Wurde in Ihrer Familie über Sexualität und Partnerschaft gesprochen?“ (GeSiD-Item B05).
- Alter bei erster Ejakulation wurde gemessen mit dem offenen Item „Wie alt waren Sie ungefähr, als Sie – gewollt oder ungewollt – Ihren ersten Samenerguss hatten?“ (GeSiD-Item B03) und in eine neue Variable binär rekodiert. Die erste Gruppe umfasst alle Antworten bis einschließlich des Medianalters des ersten Samenergusses, während die zweite Gruppe alle Antworten über dem Medianalter der ersten Ejakulation umfasst.
- Alter bei erster fester Beziehung wurde gemessen mit dem offenen Item „Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste feste Beziehung hatten?“ (GeSiD-Item A10) und in eine neue Variable binär rekodiert. Vor der Recodierung wurden sehr niedrige und damit unplausible Werte für das Alter der ersten festen Beziehung unter elf Jahren ($n = 19$) von der Analyse ausgeschlossen. Die erste Gruppe der neuen binären Variable umfasst alle Antworten bis einschließlich des Medianalters der ersten festen Beziehung, während die zweite Gruppe alle Antworten oberhalb des Medianalters der ersten festen Beziehung umfasst.
- Bildung wurde gemessen mit dem Item „Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?“ und zusammengefasst in eine dreistufige Variable mit den Werten „niedrig“ (GeSiD-Item N14 Optionen 1, 2, 7), „mittel“ (GeSiD-Item N14 Optionen 3 und 4) und „hoch“ (GeSiD-Item N14 Optionen 5 and 6).
- Religionszugehörigkeit wurde gemessen mit dem Item „Gehören Sie einer der folgenden Religionsgemeinschaften an?“ und in eine neue Variable binär rekodiert mit den Werten „nein“ (GeSiD-Item N3 Option 7) und „ja“ (GeSiD-Item N3 Optionen 1–6 und 8 [orthodox]).

Items für Forschungsfrage 4

Abhängige Variable

Lebenszeit-Prävalenz für Bezahlsex wurde als abhängige Variable eingesetzt. Lebenszeit-Prävalenz für Bezahlsex wurde gemessen mit dem Item „Haben Sie jemals für Sex bezahlt?“ (alle Antwortoptionen mit Ja versus Nein; GeSiD-Item i13).

Unabhängige Variablen

Es wurden zwei Gruppen von unabhängigen Variablen berücksichtigt: zum einen Variablen zum HIV-/STI-Risikoverhalten (a) und zum anderen zum HIV-/STI-Präventionsverhalten (b).

a) HIV-/STI-Risikoverhalten

- Gesamtzahl der Sexualpartner/innen wurde gemessen mit den geschlechtsspezifischen Items „Mit wie vielen verschiedenen Frauen (Männern) hatten Sie bisher (das heißt während Ihres gesamten Le-

bens) insgesamt Sex?“ (GeSiD-Items i1, i7). Unplausible Fälle von MPS, die insgesamt null Sexualpartner/innen angegeben hatten (n = 4), wurden von der Analyse ausgeschlossen. Die angegebenen Zahlen für weibliche und männliche bezahlte Sexualpartner/innen wurden addiert und eine neue Variable mit fünf Gruppen erstellt: „0–2“, „3–4“, „5–6“, „7–10“, „≥ 11“.

- Das Vorhandensein mehrerer Sexualpartner/innen im letzten Jahr wurde gemessen mit den beziehungsstatusspezifischen Items „Mit wie vielen anderen Personen außer (aktuelle/r Partner/in) hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?“ (GeSiD-Item D30) und „Mit wie vielen Personen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?“ (GeSiD-Item E7). Die Angaben zur Anzahl der Sexualpartner/innen wurden addiert und zu einer binären Variable mit den Werten „nein“ und „ja“ zusammengefasst. Befragte in einer festen Beziehung wurden als Personen mit mehreren Sexualpartner/innen betrachtet, wenn sie angaben, im letzten Jahr mit mindestens einer Person außerhalb der Beziehung Sex gehabt zu haben. Bei alleinstehenden Befragten lag die Mindestanzahl bei zwei Sexualpartner/inne/n.
- Drogen-/Alkoholkonsum beim letzten Sex wurde gemessen mit den Items D26_1 („Als Sie das letzte Mal [mit aktuelle/r Partner/in] Sex hatten, haben Sie da Alkohol oder Drogen zu sich genommen?“ → Antwortoption: „nein, weder Alkohol noch Drogen“ (Männer in Beziehungen), D42_1 („Als Sie das letzte Mal Sex außerhalb Ihrer festen Beziehung hatten, haben Sie da Alkohol oder Drogen zu sich genommen?“ → Antwortoption: „nein, weder Alkohol noch Drogen“ (Männer in Beziehungen mit einer Affäre), und E20_1 („Als Sie das letzte Mal Sex hatten, haben Sie da Alkohol oder Drogen zu sich genommen?“ → Antwortoption: „nein, weder Alkohol noch Drogen“ (Single/Männer ohne Beziehung). Die drei Items wurden in eine binäre Variable mit „ja“ umkodiert, falls eine der oben genannten Variablen verneint wurde. Wenn allen drei Variablen zugestimmt wurde, lag kein Drogen-/Alkoholkonsum beim letzten Sex vor, so dass „nein“ kodiert wurde.
- STI-Diagnose(n) in den letzten fünf Jahren wurde gemessen mit dem Item „Bitte denken Sie jetzt an das letzte Mal, als Ihnen ein Arzt/eine Ärztin oder eine andere Person aus dem Gesundheitssystem gesagt hat, dass Sie (Name der STI) haben. Wie lange ist das her?“ (GeSiD-Items K6_1–K6_11) und zusammengefasst in eine binäre Variable mit den Werten „nein“ and „ja“. Eine STI-Diagnose wurde als vorhanden kodiert, wenn mindestens eines der elf Items innerhalb der letzten fünf Jahre gemeldet wurde. Alle Diagnosen, die vor mehr als fünf Jahren gestellt oder nicht gemeldet wurden, wurden mit „nein“ kodiert.

b) HIV-/STI-Präventionsverhalten

- Kondomnutzung zur HIV-/STI-Prävention im letzten Jahr wurde gemessen mit dem Item „Wozu haben Sie in den letzten zwölf Monaten Kondome genutzt?“ mit den nichtexklusiven Antwortoptionen „um mich vor HIV/Aids zu schützen“ (GeSiD-Item K17_2) und „um mich vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen“ (GeSiD-Item K17_3). Es wurde eine binäre Variable mit den Werten „nein“ und „ja“ erstellt. „Ja“ wurde kodiert, wenn mindestens eine der Antwortoptionen angegeben wurde, „nein“, wenn beide Optionen verneint wurden. Wenn in beiden Variablen keine generelle Nutzung von Kondomen angegeben wurde, wurde ebenfalls „nein“ kodiert.
- Kondomnutzung bei letztem Sex – in Beziehung – wurde gemessen mit den Items „Wie haben Sie beziehungsweise (Name Partner/in) beim letzten Sex verhütet?“ (Antwortoption „Kondom“ wurde genutzt, GeSiD-Item D22_2) und „Haben Sie oder (Name Partner/in) sich bei Ihrem letzten Sex vor sexuell übertragbaren Infektionen geschützt?“ (Antwortoption „ja, mit Kondom“ wurde genutzt, GeSiD-

Item D24_2). Es wurde eine binäre Variable mit den Werten „nein“ und „ja“ erstellt. „Ja“ wurde kodiert, wenn mindestens eine der Antwortoptionen angegeben wurde, „nein“, wenn beide Optionen verneint wurden.

- Kondomnutzung bei letztem Sex – als Single – wurde gemessen mit den Items „Wie haben Sie beziehungsweise Ihr/e Partner/in bei Ihrem letzten Sex verhütet?“ (Antwortoption „Kondom“ wurde genutzt, GeSiD-Item E15_2) und „Haben Sie oder diese/r Sexualpartner/in sich bei Ihrem letzten Sex vor sexuell übertragbaren Infektionen geschützt?“ (Antwortoption „ja, mit Kondom“ wurde genutzt, GeSiD-Item E17_2). Es wurde eine binäre Variable mit den Werten „nein“ und „ja“ erstellt. „Ja“ wurde kodiert, wenn mindestens eine der Antwortoptionen angegeben wurde, „nein“, wenn beide Optionen verneint wurden.
- HIV-Test in den letzten fünf Jahren wurde gemessen mit dem Item „Wie lange ist das letzte Mal her, dass Sie einen HIV-Test bei sich machen ließen?“ (GeSiD-Item K21) und zusammengefasst zu einer binären Variable mit den Werten „nein“ (GeSiD-Items K21_3 und K21_4) und „ja“ (GeSiD-Items K21_1 und K21_2).
- Jemals mit einem Arzt/einer Ärztin über HIV/STI gesprochen zu haben, wurde gemessen mit Item „Haben Sie jemals mit einem Arzt/einer Ärztin über eines der folgenden Themen gesprochen oder hatten Sie den Wunsch danach?: HIV/Aids oder andere sexuell übertragbare Infektionen“ mit den Antwortoptionen „nein (und kein Wunsch danach)“, „nein, würde aber gerne darüber sprechen“ und „ja, habe darüber gesprochen“ (GeSiD-Item K14_c).

Datenbereinigung

Da offene Fragen nach der Anzahl der bezahlten und unbezahlten Sexualpartnerinnen und -partner gestellt wurden (siehe Abschnitt „*Verwendete Items für Forschungsfrage 1*“) und einige Befragte sehr hohe Werte angaben (maximal 250 bezahlte Sexualpartnerinnen und -partner sowie 3 000 Sexualpartnerinnen und -partner insgesamt), haben wir am oberen und unteren Ende der jeweiligen Verteilungen für die Altersgruppen manuell um 1 % getrimmt, um verzerrte Mittelwerte zu vermeiden. Dieses Verfahren orientiert sich an dem Vorgehen beim britischen Sex-Survey Natsal (8). Einige Befragte (n = 34) gaben mehr bezahlte Sexualpartner/innen als Gesamt-Sexualpartner/innen an, was darauf hindeutet, dass sie bezahlte Kontakte nicht als Sexualpartner/innen zählten, obwohl sie im Fragebogen dazu aufgefordert wurden. In diesen Fällen wurde eine neue Gesamtzahl von Partner/inne/n durch Addition der bezahlten Partner/innen erstellt.

Datengewichtung und statistische Auswertung

Die Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (GeSiD) basiert auf einer zweistufig geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe (Zufallsstichprobe) von 2 619 Frauen und 2 336 Männern mit Wohnsitz in Deutschland (*eTabellen 1, 2* [35]). Die ungewichtete Stichprobe von 2 336 Männern wurde um 51 Fälle bereinigt (siehe Abschnitt „Datenbereinigung“), was zu einem bereinigten Datensatz mit 2 285 Männern führte. Nach der Datenbereinigung wurde der Datensatz gewichtet, was zu einem bereinigten und gewichteten Datensatz mit 2 431 Männern führte, der für alle nachfolgenden Datenanalysen verwendet wurde.

Die GeSiD-Daten wurden zunächst gewichtet, um die durch das „oversampling“ unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten für Befragte verschiedener Altersgruppen zu korrigieren (Designgewicht). Diese grob repräsentativen Daten wurden mittels eines zweiten Gewichts den Daten des Mikrozensus 2018 hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, des Bildungsstandes, der Nationalität und der Region angeglichen (Anpassungsgewicht).

Alle Schritte der Datenanalyse im Abschnitt „Ergebnisse“ wurden mit dem Modul „Komplexe Stichproben“ der Datenanalysesoftware IBM SPSS Statistics (Version 27.0, veröffentlicht im Jahr 2020; Armonk, NY: IBM Corp) durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Schichtung und Clusterung der komplexen Stichprobe berücksichtigt wurden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 1 wurden die Prävalenz von Bezahlsex und die Häufigkeit (Lebenszeit, im letzten Jahr) insgesamt und nach Altersgruppen ausgewertet. Die durchschnittliche Zahl der Lebenszeit-Sexualpartner/innen, die durchschnittliche Zahl der bezahlten Sexualpartner/innen und der Anteil der bezahlten Sexualpartner/innen (bezahlte Partner/innen geteilt durch die Gesamtzahl der Partner/innen) wurden mit 95%-Konfidenzintervallen (KI) berechnet. Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurden für die ausgewählten Items die Prozentsätze und 95%-KI berechnet. Zur Beantwortung der Forschungsfragen 3 und 4 wurden sowohl unbereinigte logistische Regressionsmodelle als auch multivariable logistische Regressionsmodelle (bereinigt um potenziell störende Effekte von Alter, Migrationshintergrund und Sexualaufklärung in der Familie im Jugendalter) verwendet, um Zusammenhänge zwischen bezahltem Sex und a) soziodemografischen Variablen sowie b) HIV-/STI-Risiko- und HIV-/STI-Präventionsvariablen zu untersuchen.

Repräsentativität und Non-Responder-Analyse

Wie andere Surveys auch, unternimmt GeSiD den Versuch, dem Ideal einer Repräsentativität für die Zielgruppe, die in diesem Fall die deutschsprachige Wohnbevölkerung zwischen 18 und 75 Jahren ist, möglichst nahe zu kommen. Systematische Ausfälle durch Teilnahmeverweigerung werfen die Fragen auf, wie repräsentativ die Stichprobe ist und damit wiederum inwieweit von der vorliegenden Stichprobe auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Um zu prüfen, ob signifikante Unterschiede zwischen Befragten und Non-Respondern bestehen, die auf eine systematische Verzerrung hindeuten würden, wurde eine kurze Non-Responder-Erhebung durchgeführt. Die Daten wurden auf verschiedene Weise erfasst:

- persönlicher Kontakt über den Interviewer (n = 2 323)
- telefonischer Kontakt über die Studien-Hotline (n = 46)
- Kontakt per E-Mail (n = 15)
- Kontakt per Post (n = 326).

Nach endgültiger Anpassung wurden insgesamt 2 681 (15,6 % der Bruttostichprobe) Kurzfragebögen von Non-Respondern einbezogen.

eTABELLE 1

Demografische Charakteristika der GeSiD-Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (Angaben in %) (e7)

Variable	Non-Responder	Responder	Responder (gewichtet)
Geschlecht (in %)			
weiblich	42,3	52,9	49,8
männlich	57,7	47,1	50,2
Altersgruppen (in %)			
18–25	8,1	15,5	12,0
26–35	14,4	22,3	17,6
36–45	15,9	16,5	16,4
46–55	20,9	17,6	21,8
56–65	23,3	17,6	18,9
66–75	17,5	10,6	13,3
Nationalität (in %)			
deutsch	83,3	90,6	85,9
ausländisch	12,4	9,4	14,1
unbekannt	4,3		
BIK-Region (in %)			
über 100 000 Einwohner	60,1	65,5	64,2
unter 100 000 Einwohner	39,9	34,5	35,8

BIK, Kennzahl zur Beschreibung der Regionsgröße; GeSiD, Studie zu Gesundheit und Sexualität in Deutschland

eTABELLE 2

Demografische Charakteristika der GeSiD-Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen (Angaben in %) (e7)

Geschlecht	Männer							Frauen						
	18–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–75	gesamt	18–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–75	gesamt
Familienstand (%)														
ledig	96,6	61,0	31,9	20,3	10,8	7,7	35,8	93,2	52,2	23,9	14,6	8,8	6,3	29,3
verheiratet/eLP	3,4	37,0	60,2	62,4	68,5	74,0	52,6	5,4	43,4	65,6	63,6	61,6	51,9	51,7
verwitwet	0,0	0,0	0,0	0,3	3,5	5,3	1,3	0,0	0,7	0,3	3,2	10,3	25,3	6,4
geschieden	0,0	2,0	7,9	17,0	16,9	13,0	10,1	1,5	3,7	10,2	18,6	19,3	16,5	12,5
festе Beziehung (%)														
nein	52,9	26,1	20,0	17,2	17,3	16,9	23,7	35,9	17,9	13,5	19,3	28,1	40,1	24,7
ja, gegengeschlechtlich	45,7	71,7	78,5	81,8	82,6	82,1	75,1	63,0	81,0	85,1	79,3	71,0	59,9	74,3
ja, gleichgeschlechtlich	1,4	2,0	1,3	0,8	0,1	0,9	1,1	0,9	0,9	1,4	1,4	0,9	0,0	1,0
andere/keine Angabe	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bildungsstand (%)														
niedrig	38,2	27,8	28,7	30,0	40,6	49,1	34,8	22,6	17,4	23,0	27,9	34,1	49,2	28,9
mittel	23,0	23,5	28,3	36,5	30,9	25,2	28,6	21,5	30,1	33,9	42,3	41,5	32,7	34,9
hoch	38,8	48,7	43,0	33,5	28,5	25,7	36,6	55,9	52,5	43,0	29,8	24,4	18,2	36,1
BIK-Region (%)														
> 500 000*1	23,9	27,2	30,7	25,9	18,5	22,6	24,9	29,5	31,7	31,3	24,8	20,5	26,0	26,9
> 500 000*2	9,6	8,8	8,3	10,9	10,4	12,6	10,0	8,5	7,6	8,0	11,4	9,5	7,4	8,9
100 000–499 999*1	14,9	17,6	12,0	11,9	11,0	12,1	13,2	18,2	15,0	11,8	16,1	11,5	15,0	14,4
100 000–499 999*2	14,7	13,2	13,8	15,7	16,0	15,5	14,8	14,1	13,0	13,9	14,1	19,5	16,1	15,2
50 000–99 999*1	2,1	3,1	3,4	2,4	2,0	2,4	2,6	2,2	2,6	2,7	2,7	2,3	3,1	2,6
50 000–99 999*2	9,0	9,3	5,9	9,1	10,3	9,2	8,9	4,9	8,3	10,3	8,4	7,2	5,0	7,6
20 000–49 999	13,8	8,5	10,5	9,8	12,3	10,3	10,7	11,4	9,8	10,9	10,1	13,7	11,8	11,3
5 000–19 999	7,7	8,0	10,3	9,6	13,4	7,7	9,7	8,5	7,0	7,1	7,3	9,7	10,6	8,3
2 000–4 999	3,0	2,9	4,3	2,5	4,7	4,8	3,6	2,5	1,5	3,4	3,9	3,9	3,7	3,2
< 2 000	1,3	1,3	0,8	2,3	1,5	2,8	1,7	0,2	3,4	0,7	1,3	2,1	1,3	1,6
sexuelle Identität (%)														
heterosexuell*3	92,8	88,3	92,3	95,1	92,7	88,3	92,9	86,8	91,9	93,7	90,7	89,9	93,8	91,2
homosexuell*3	1,6	1,9	2,9	2,0	0,3	1,2	1,7	0,9	0,9	1,4	1,2	0,4	0,0	0,8
bisexuell	1,1	0,5	1,2	0,8	1,2	0,3	0,9	5,3	3,5	0,7	1,4	0,5	0,0	1,7
andere/keine Angabe	4,5	3,0	3,6	2,1	5,9	10,1	4,6	6,0	3,6	4,0	6,1	9,3	6,2	6,2
Nenner														
ungewichtet	389	538	382	366	376	285	2 336	377	565	434	504	498	241	2 619
gewichtet	312	450	409	546	460	311	2 487	283	423	402	536	474	349	2 468

BIK, Kennzahl zur Beschreibung der Regionsgröße; eLP, eingetragene Lebenspartnerschaft; GeSiD, Studie zu Gesundheit und Sexualität in Deutschland

*1 Kernbereich

*2 Verdichtungs- bis peripherer Bereich

*3 vorwiegend und ausschließlich

eTABELLE 3

**Zusätzliche Ergebnistabelle für Forschungsfrage 2:
Beschreibung des Bezahlsex von Männern, die für Sex bezahlen, in
Deutschland in Bezug auf das Geschlecht der Anbietenden, die sexuelle
Aktivität, die Marktumgebung und den geografischen Ort**

	Prävalenz (%)	95%-Konfidenzintervall	ungewichtete, gewichtete Teilnehmer
Geschlecht der Bezahlsex-Anbietenden – letzter Bezahlsex-Kontakt von Männern, die im vergangenen Jahr bezahlten Sex hatten			
weiblich	98,5	[89,8; 99,8]	78, 96
männlich	1,5	[0,2; 10,2]	
praktizierte Aktivität beim letzten heterosexuellen Bezahlsex von Männern, die im vergangenen Jahr bezahlten Sex hatten*¹			
Vaginalverkehr/ Geschlechtsverkehr	72,7	[57,5; 83,9]	77, 95
Oralverkehr	64,0	[51,6; 74,8]	
Analverkehr	5,6	[1,8; 16,5]	
andere genitale Kontakte	13,0	[7,0; 22,9]	
praktizierte Aktivität beim letzten homosexuellen Bezahlsex von Männern, die im vergangenen Jahr bezahlten Sex hatten*¹			
Oralverkehr	0,0	–	1, 1
Analverkehr	0,0	–	
andere genitale Kontakte	100,0	–	
Lebenszeit-Prävalenz von Bezahlsex in verschiedenen Marktumgebungen*¹			
Straßenprostitution	17,0	[13,6; 20,9]	559, 646
Sex in einem Bordell	78,6	[74,3; 82,3]	
Sex in einer privaten Wohnung	23,6	[19,3; 28,5]	
Escort Service/Call Girl/ Call Boy	7,2	[5,0; 10,4]	
andere Art der sexuellen Dienstleistung	0,6	[0,3; 1,5]	
Lebenszeit-Prävalenz von Bezahlsex nach geografischem Ort*²			
Deutschland	72,8	[68,0; 77,2]	553, 637
im Ausland	14,4	[11,0; 18,6]	
sowohl in Deutschland als auch im Ausland	12,7	[10,0; 16,0]	

*¹ Mehrfachantworten waren erlaubt.

*² Aufgrund der angewendeten Rundung ist es möglich, dass sich die Prozentangaben der Einzelantwort-Variablen nicht zu exakt 100 % aufsummieren.

eTABELLE 4

**Zusätzliche Ergebnistabelle für Forschungsfrage 4:
Anzahl aller Lebenszeit-Sexualpartnerinnen und -partner von MNPS und MPS in Deutschland sowie Anzahl und Anteil der bezahlten Lebenszeit-Sexualpartnerinnen und -partner**

	gesamt	Altersgruppe zum Zeitpunkt des Interviews (Jahre)					
		18–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–75
Anzahl aller Sexualpartner/innen (Lebenszeit) – MNPS							
Mittelwert (SD)	8,1 (14,6)	3,9 (5,2)	7,9 (9,5)	12,5 (24,5)	8,9 (18,4)	7,5 (8,8)	6,9 (9,2)
95%-Konfidenzintervall	[7,0; 9,1]	[3,3; 4,4]	[6,8; 9,0]	[8,8; 16,2]	[6,4; 11,5]	[6,3; 8,8]	[5,4; 8,4]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	1692, 1740	329, 247	390, 314	263, 270	237, 351	259, 330	214, 228
Anzahl aller Sexualpartner/innen (Lebenszeit) – MPS							
Mittelwert (SD)	19,9 (27,8)	11,8 (12,6)	13,9 (10,9)	27,0 (45,5)	25,7 (31,7)	15,1 (13,0)	16,7 (17,7)
95%-Konfidenzintervall	[16,8; 22,9]	[7,6; 15,9]	[8,6; 10,5]	[15,2; 38,7]	[19,4; 32,0]	[12,2; 18,0]	[11,6; 21,8]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	559, 646	42, 44	130, 119	103, 115	118, 177	104, 117	62, 73
Anzahl der bezahlten Sexualpartner/innen (Lebenszeit) – MPS							
Mittelwert (SD)	7,3 (18,0)	6,4 (10,8)	3,6 (3,9)	11,3 (35,9)	9,1 (15,5)	6,0 (8,9)	5,5 (7,4)
95%-Konfidenzintervall	[5,3; 9,4]	[2,4; 10,4]	[3,0; 4,2]	[1,5; 21,1]	[5,8; 12,5]	[4,1; 7,8]	[3,4; 7,6]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	528, 607	41, 44	123, 111	94, 104	115, 170	100, 113	55, 65
Anteil der bezahlten Sexualpartner/innen in Bezug zu allen Lebenszeit-Sexualpartner/innen – MPS							
Anteil (%)	35,6	55,5	25,5	39,2	34,7	38,4	30,1
95%-Konfidenzintervall	[28,7; 42,4]	[37,0; 74,0]	[21,4; 29,7]	[16,0; 62,4]	[26,3; 43,2]	[29,2; 47,6]	[19,0; 41,3]
ungewichtete, gewichtete Teilnehmer	528, 607	41, 44	123, 111	94, 104	115, 170	100, 113	55, 65

Die Anzahl der Lebenszeit-Sexualpartner/innen wurde an den oberen und unteren Enden der jeweiligen Altersgruppen-Verteilungen manuell um 1 % getrimmt. Die dargestellten Verteilungen sind rechtsschief. Dennoch stellen wir sie mit Mittelwerten und Standardabweichungen dar, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zum Thema MPS zu ermöglichen. MNPS, Männer, die nicht für Sex bezahlen; MPS, Männer, die für Sex bezahlen; SD, Standardabweichung