



EINE PARTIZIPATIV KONZIPIERTE BEFRAGUNG ZU WISSEN,
VERHALTEN, EINSTELLUNGEN UND PRAKTIKEN IN BEZUG
AUF HIV, VIRALE HEPATITIDEN UND ANDERE STI

ABSCHLUSSBERICHT:

KABP-Studie mit HIV- und STI- Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)

Impressum

Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“, Robert Koch-Institut, November 2017

Die MiSSA-Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit vom 01.08.2014 bis zum 31.05.2017 gefördert.

RKI-Projektnummer: 1368-1275

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de/missa

E-Mail: MiSSA@rki.de

Autorinnen

Carmen Koschollek, Dr. Claudia Santos-Hövenner, Dr. Anna Kühne, Dr. Viviane Bremer,
Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet HIV/AIDS und andere sexuell oder
durch Blut übertragbare Infektionen

Titelfoto

Gruppenfoto des Studienabschlusstreffens, November 2016
RKI-Fotolabor, Hans Günter Bredow

Druck

RKI-Hausdruckerei

Bezugsquelle

Der Bericht ist online abrufbar: www.rki.de/missa.

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“, Berlin 2017

DOI: 10.17886/rkipubl-2017-006



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Danksagung

Die Planung, Vorbereitung und Durchführung dieser Studie wurde gemeinschaftlich mit vielen Akteuren realisiert.

Zunächst einmal gilt unser Dank den Mitgliedern der Arbeitsgruppe und des Advisory Boards (in alphabetischer Reihenfolge): Robert Akpabli, Alphonsine Bakambamba, Tanja Gangarova, Line Göttke, Silke Gräser, Holger Hanck, Hans Hengelein, Silke Klumb, Gesa Kupfer, Elizabeth Lolo, Clement Matweta, Pierre Mayamba, Rosaline M'bayo, Brigitte Menze, Hapsatou Oudini, Omer Idrissa Ouedraogo, Gerhard Peters, Katja Römer, Antje Sanogo, Ute Schwartz, Nozomi Spennemann, Ursula von Rüden, Hella von Unger, Mara Wiebe und Michael Wright.

Die Durchführung vor Ort war jeweils nur mit Hilfe einer lokalen Partnerorganisation möglich, daher möchten wir uns ganz herzlich bei der Münchner Aids-Hilfe e.V., der Aids-Hilfe Essen e.V., der Diakonie Köln und Region, beim Verband für interkulturelle Arbeit Berlin/Brandenburg e.V. und hier beim Projekt Afrikaherz, bei Maisha e.V. und auch bei der Hannöverschen Aids-Hilfe e.V. bedanken. In diesen Einrichtungen geht unser besonderer Dank an die Studienkoordinator/innen sowie alle anderen Mitarbeitenden, die das Projekt unterstützt haben: Christina Mputu Tshibadi und Antje Sanogo, Pierre Mayamba und Daniela Flötgen, Helene Batemona-Abeke und Martina Domke, Stephen Amoah und Rosaline M'Bayo, Garnet Parris und Virginia Wangare Greiner sowie Taty Dela Bursi und Marja Rathert.

Ein ganz besonderer Dank geht an die 99 Peer Researcher, die mit ihrer Motivation, ihrem Engagement und ihren Ideen das Gelingen dieser Studie überhaupt erst ermöglicht haben (in alphabetischer Reihenfolge): Koffitse Adandogou, Charles Adejare Adegboyega, Lucky Usiosefe Agborokpolor, Lydia Afi Ali, Mirabell Ambe, Oscar Ampofo, Ibrahim Barrie, Jeancy Batemona, Eric Belinga, Elizabeth Beloe, Akosua Fosuaah Boateng, Philomina Boateng, Francis Boobi, Bikila Ndela Bulisi, Philomène Ciza, Mamadou Moussa Conde, Mamadou Kalidu Diallo, George Duncan, Glory Enyinnaya, Gabine Maaß Fati, Ayamba Faustin, Francis Fezeu, Joyce Folwaczny, Lars Fritzenwalder, Elisabeth Gavi, Espey-Fotsing Genevieve, Cornelia Hentschel, Esther Hingst, Diallo Ibrahim, Darlington Imwonghomwen, Janet Izanzei, Onouadje Kadoukpè, Nathalie Joelle Kakanou, Sarah Bomkapre Kamara, Danladi Kantung, Nformie Kimbo, Rosemary Kaari Kinyua, Lizbeth Makena Kiruai, Mohamed Koroma, Francois Koutouan, Matilda Legitimus-Schleicher, Cyrille Lewe, Rakiatou Maas, Nomsa Madzorera, Saeed Maissara, Hassan Mansaray, Frédéric Lwano Manzanza, Dzikamai Mapanda, Comfort Matthew, Okwuarrey Mbaku, Alicia M'Bayo, Arnold M'Bayo, Christian Mbengi, Pierre-Claver Mbukulu, Karine Mickels, Tzeggereda Mihreteab, Ayisha Mohammed, Bebe Inkokale Mugwande, Beatrice Muhia, Alex Ndjeng, Sara Negusse, Mariam Ngaba, Anne Ngo Ngue, Richard N'Guessan, Jane Ngwani, Margo Nilton de Almeida, Orly Max Nitereka, Louise Niyonzima, David Njoku, Lucy Njongo, William Nketia, Matilda Nwabueze, Edmund Obiri, Lennox Odhiambo, Anthonia Odiase, Grace Odoki, Isaac Offei, William Ogunjiofor, Denise Onambele, Daniel Opoku, Maimouna Ouattara, Barry Rahim, Amira Ramadan, Ramat Oremyi Sanni, Apollinaire Séry, Sammy Rutuga Simba, Hamza Sugule, Chibiy Tchatchouang, Christelle Tchatchouang, Belen Teklemedhin, Ganet Tesfei, Fidele Toubene, Eric Tshimbalange, Abraha Tsighereda, Isoken Uhunamure, Patricia Wangeci, Makhosi Wiese, Abbas Yassin und Annick Yougang.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Mitarbeiter/innen in den Gesundheitsämtern für die vertrauensvolle und stets gute Zusammenarbeit (in alphabetischer Reihenfolge): Ingrid Bebenroth-Havermann, Marion Gottschling, Hans-Joachim Hennig, Axel Herbst, Maite Lamuno, Heike Mark, Brigit-

te Menze, Heidrun Nitschke, Fabiola Oliviera, Gerhard Peters, Heide-Marie Scheffel, Cornelia Schnelle, Peter Thülig, Petra Tiarks-Jungk und Lutz Witte.

Auch an alle Teilnehmer/innen des MiSSA-Abschlusstreffens im November 2016 möchten wir ein herzliches Dankeschön richten, für Ihr Interesse, für die Moderation, für die Vorstellung spannender (Anschluss-)Projekte und für ihr Engagement beim gemeinsamen Generieren von Präventionsempfehlungen (in alphabetischer Reihenfolge): Robert Akpabli, Stephen Amoah, Alphonsine Bakambamba, Helene Batemona-Abeke, Taty Dela Bursi, Johanna Claass, George Duncan, Joyce Folwacny, Johann Fontaine, Lars Fritzenwalder, Tanja Gangarova, Virginia Wangare Greiner, Hans Hengelein, Hans-Joachim Henning, Ute Herrmann, Diana Kostrzewski, Gesa Kupfer, Marina Linet, Mario Bach, Clément Matweta, Pierre Mayamba, Rosaline M'bayo, Brigitte Menze, Sara Negusse, Jean Noukon, Dennis Odukoya, Daniel Opoku, Gerhard Peters, Marja Rathert, Ursula von Rüden, Antje Sanogo, Navina Sarma, Apollinaire Sery, Rufin Kenfack Sofack, Alina Speidel, Martin Taschies, Petra Tiarks-Jungk, Hella von Unger und Mara Wiebe.

Einigen Kolleg/innen am RKI gebührt besonderer Dank für die konzeptionelle und wissenschaftliche wie auch organisatorische und logistische Unterstützung (in alphabetischer Reihenfolge): Matthias an der Heiden, Marleen Bug, Karim Hamouda, Osamah Hamouda, Benjamin Jentzsch, Lina Kraft, Uli Marcus, Johanna Müllerschön, Rabea Niggemeyer, Irene Prinz, Elken Schlüfter und Adama Thorlie.

Ein weiteres großes Dankeschön geht ebenfalls an das Bundesministerium für Gesundheit für die konzeptionelle Unterstützung und die Förderung dieses Projektes.

Und nicht zuletzt gilt unser großes Dankeschön natürlich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie, die sich die Zeit genommen haben die Vielzahl an teils sensiblen Fragen zu beantworten. Ihre Bereitschaft wird dazu beitragen, dass den hier generierten Daten auch Taten folgen werden!

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	3
Danksagung	5
Inhaltsverzeichnis.....	I
Tabellenverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
1. Zusammenfassung.....	i
1. Executive Summary	vii
1. Résumé.....	xiii
2. Einleitung.....	1
2. 1. Epidemiologie von HIV, STI und Hepatitis B und C.....	1
2. 2. Partizipative Gesundheitsforschung	2
2. 3. Studienziele	2
3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	3
3. 1. Operationalisierung der Studienziele.....	3
3. 2. Datenerhebung	4
3. 3. Statistische Auswertung.....	9
4. Ergebnisse.....	14
4. 1. Beschreibung der Studienpopulation.....	14
4. 2. Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	19
4. 2. 1 Wissen zu allgemeinen Aussagen zum Thema HIV	19
4. 2. 2 Wissen zu spezifischen Aussagen zum Thema HIV	21
4. 2. 3 Wissen zum Thema virale Hepatitiden.....	24
4. 2. 4 Wissen zum Thema sexuell übertragbare Infektionen.....	27
4. 2. 5 Informationswünsche und präferierte Informationsquellen	29
4. 3. Schutz- und Risikofaktoren.....	31
4. 3. 1 Sexualverhalten	31
4. 3. 2 Sexualisierte Gewalt.....	34
4. 3. 3 Beschneidung	34
4. 4. Gesundheitsversorgung	36
4. 4. 1 Krankenversicherung und genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Beschwerden	37
4. 4. 2 Testverhalten und Impfung.....	39

4. 5.	Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV	49
4. 6.	Unterschiede in der Beantwortung der Fragen nach Ausfüllmodus.....	52
4. 7.	Einfluss soziodemographischer Merkmale der Peer Researcher auf die der Befragten.....	53
4. 8.	Nutzung des Testangebotes bei den Gesundheitsämtern	55
4. 9.	Ergebnisse des Abschlusstreffens	56
5.	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	57
5. 1.	Erreichte Studienpopulation	57
5. 2.	Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen	59
5. 3.	Schutz- und Risikofaktoren.....	61
5. 4.	Gesundheitsversorgung	64
5. 5.	Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV	66
5. 6.	Einsatz partizipativer Methoden in der epidemiologischen Forschung.....	67
5. 7.	Limitationen	68
5. 8.	Partizipativ entwickelte Empfehlungen	69
6.	Publikationsverzeichnis	74
7.	Literatur	79
8.	Anhang.....	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erwartete Stichprobengröße pro Studienregion/-stadt	5
Tabelle 2: Themenbereiche und Indikatoren des Fragebogens	6
Tabelle 3: Einteilung der Wissenskategorien für die multivariable Analyse mittels 2-Ebenen-Modell... 12	
Tabelle 4: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem allgemeinen Wissen zu HIV; 8 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*	20
Tabelle 5: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu Koinfektionen mit HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*	22
Tabelle 6: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*	23
Tabelle 7: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu viralen Hepatitiden; 9 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*	26
Tabelle 8: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und Bekanntheit anderer STI; 5 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*	28
Tabelle 9: Sexualverhalten der Studienpopulation innerhalb der letzten zwölf Monate, Vergleich nach Geschlecht	32
Tabelle 10: Von der Studienpopulation angegebene Gründe für Kondomverzicht, Vergleich nach Geschlecht, n=2.452*	33
Tabelle 11: Studienpopulation nach erlebter sexualisierter Gewalt, Vergleich nach Geschlecht	34
Tabelle 12: Beschneidung bei Frauen nach Subgruppen	35
Tabelle 13: Von der Studienpopulation genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Beschwerden nach Geschlecht (n=3.026), Krankenversicherungsstatus (n=2.996) und Zeit in Deutschland (n=2.973)*	38
Tabelle 14: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer HIV-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.678*	40
Tabelle 15: Gründe, bisher keinen HIV-Test gemacht zu haben, n=1.087	42
Tabelle 16: Gewünschte Testorte nach Geschlecht und bereits auf HIV Getestete vs. Ungetestete	44

Tabelle 17: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer HCV-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.642*	45
Tabelle 18: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer STI-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.616*	48
Tabelle 19: Verhalten der Studienpopulation gegenüber Menschen mit HIV, Vergleich nach Geschlecht	49
Tabelle 20: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und das angegebene Verhalten gegenüber HIV-Positiven („Ich verhalte mich genauso wie jeder anderen Person gegenüber“); n=2.519*	51
Tabelle 21: Soziodemographie der Rekrutierenden, n=103	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienpopulation nach Altersgruppen und Geschlecht, n=2.780.....	14
Abbildung 2: Studienpopulation nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, n=3.014.....	15
Abbildung 3: Studienpopulation nach in Deutschland verbrachter Zeit und Deutschkenntnissen, n=2.962.....	15
Abbildung 4: Häufigste Geburtsländer der Befragten, n=2.918 (kumuliert 90%).....	16
Abbildung 5: Vergleich Staatsangehörigkeiten vs. Geburtsländer - Mapping vs. Studienpopulation	17
Abbildung 6: Studienpopulation nach monatlichem Nettoeinkommen und Geschlecht, n=2.879	18
Abbildung 7: Studienpopulation nach Religionszugehörigkeit und Geschlecht, n=3.006	18
Abbildung 8: Wissen der Studienpopulation zu allgemeinen Aussagen zum Thema HIV	19
Abbildung 9: Wissen der Studienpopulation zu Koinfektionen mit HIV	21
Abbildung 10: Wissen der Studienpopulation zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV	23
Abbildung 11: Wissen der Studienpopulation zu viralen Hepatitiden	25
Abbildung 12: Bekanntheit anderer STI in der Studienpopulation nach Geschlecht, n=2.958.....	27
Abbildung 13: Informationswünsche der Befragten, n=2.126 ^x	29
Abbildung 14: Gewünschte Informationswege stratifiziert nach Alter (n=1.926), Deutsch- kenntnissen (n=2.100), Bildung (n=2.087) und Religionszugehörigkeit (n=2.084) ^x	30
Abbildung 15: Beschneidung bei Frauen nach Altersgruppen, n=298	35
Abbildung 16: Beschneidung bei Frauen nach Zeit in Deutschland, n=315	35
Abbildung 17: Wissen der Studienpopulation zu weiblicher Genitalbeschneidung/-verstümmelung* ..	36
Abbildung 18: Studienpopulation nach Krankenversicherungsstatus und Geschlecht, n=2.999	37
Abbildung 19: Testung auf HIV nach Geschlecht	39
Abbildung 20: Situationen der Testung auf HIV ohne Einverständnis nach Geschlecht, n=503.....	42
Abbildung 21: Testung auf Hepatitis C nach Geschlecht.....	44
Abbildung 22: Testung auf STI nach Geschlecht	47
Abbildung 23: Herkunftsregionen der Rekrutierenden und Geburtsregionen der von ihnen Rekrutierten	55
Abbildung 24: Vergleich der MiSSA im Ausländerzentralregister und Geburtsregionen der Studienpopulation	58

1. Zusammenfassung

Projekthintergrund und -ziele

Das Projekt „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen und Migranten aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“ wurde vom 01.08.2014 bis zum 31.05.2017 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Diese Befragung zu Wissen, Einstellungen, Verhalten und Praktiken (KABP) in Bezug auf HIV, virale Hepatitiden (HEP) und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika mit optionalem HIV- und STI-Testangebot wurde in sechs Städten Deutschlands durchgeführt. Das Projekt wurde 2013 in Hamburg pilotiert, nach einer zweijährigen Phase der Studienkonzeption. An diesem partizipativen Prozess, der stets auf dem Mitentscheiden aller Beteiligten beruhte, war eine Vielzahl an Akteur/innen beteiligt: Vertreter/innen aus verschiedenen afrikanischen Communities in Deutschland, Personen, die in der HIV-Primärprävention und -Testung tätig sind und mit afrikanischen Migrant/innen arbeiten sowie Vertreter/innen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst (aus den Gesundheitsämtern, die aus öffentlichen Mitteln finanziert den ambulanten und stationären medizinischen Bereich unterstützen und ergänzen), der Verwaltung und der Wissenschaft sowie auch Schwerpunktärzt/innen. Ziel dieses Prozesses war es, ein Studiendesign zu konzipieren, welches es erlaubt, Migrant/innen aus Subsahara-Afrika mit Forschung zu stigmatisierten Thema wie HIV und sexuelle Gesundheit zu erreichen, um so ein verbessertes Verständnis für ihre Präventionsbedürfnisse und -bedarfe zu erlangen. Notwendig war und ist dieses verbesserte Verständnis, da in den letzten Jahren etwa zehn bis 15% der HIV-Neudiagnosen in Deutschland auf die Gruppe der Migrant/innen aus Subsahara-Afrika entfielen, bis zu einem Drittel dieser Infektionen vermutlich in Deutschland erworben wurde und die Diagnosen unter afrikanischen Migrant/innen häufig später erfolgen, als in anderen Gruppen. Gleichzeitig gibt es bisher keine oder nur punktuelle Daten zu ihren Präventionsbedürfnissen und -bedarfen. Anhand der im Projekt generierten Daten und im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse sollen künftig Strategien entwickelt werden, wie die HIV- und STI-Primär- und Sekundärprävention Migrant/innen aus Subsahara-Afrika besser adressieren und im besten Falle in die Planung und Umsetzung von Präventionskonzepten einbinden und aktiv beteiligen kann.

Studiendesign

Studienteilnehmer/innen wurden von Januar 2015 bis Mai 2016 in sechs Städten Deutschlands – München, Essen, Köln, Berlin, Frankfurt am Main und Hannover – im Rahmen eines *Convenience Sampling* durch Peer Researcher, also geschulte und gut vernetzte Migrant/innen aus Subsahara-Afrika, rekrutiert. Vor Ort arbeitete das RKI jeweils mit einer Partnerorganisation zusammen, die gute Kontakte in die lokalen afrikanischen Communities hatte, die den/die Studienkoordinator/in stellte und Peer Researcher auswählte. Peer Researcher wurden dann durch die Partnerorganisation, das RKI und Peer Researcher aus Vorgängerstädten geschult. Themen der Schulung waren Hintergrund und Ziele der Studie, der Fragebogen, Forschungsethik, Rekrutierungsstrategien und ein *Community-Mapping* potentieller Rekrutierungsorte sowie Grundlagen zu HIV, viralen Hepatitiden und STI. Befragungsteilnehmer/innen mussten mindestens 18 Jahre alt sein und entweder eigene Migrationserfahrung aufweisen – also selbst in einem Land Subsahara-Afrikas geboren worden sein – oder zumindest ein Elternteil haben, das in einem Land Subsahara-Afrikas geboren worden war. Sie konnten den Fragebogen, der auf deutsch, englisch und französisch verfügbar war, entweder selbst oder in einem Interview mit Peer Researchern ausfüllen. Zur Erhebung des Wissens wurden wahre Aussagen präsentiert und Teilneh-

mer/innen sollten angeben, ob ihnen diese Informationen bereits bekannt waren; so konnten Teilnehmer/innen durch das Ausfüllen des Fragebogens neue Informationen erhalten (Interventionsaspekt). Gleichzeitig wurden Teilnehmer/innen auf das lokal bestehende anonyme und kostenlose HIV- und/oder STI-Testangebot der lokalen Gesundheitsämter aufmerksam gemacht und bei Wunsch vermittelt. Befragungsergebnisse wurden nach Auswertung gemeinsam mit den Peer Researchern im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion diskutiert und interpretiert. Es fanden lokale Abschlusstreffen statt, auf denen die Ergebnisse vorgestellt und gemeinsam mit Peer Researchern, Akteuren aus Praxis und Verwaltung Präventionsbotschaften generiert wurden. Für jede Studienstadt wurde ein gesonderter Städtebericht angefertigt; diese sind, wie auch der vorliegende Bericht, online unter www.rki.de/missa verfügbar.

Ergebnisse

Beschreibung der Studienpopulation

Insgesamt gingen 3.178 Fragebögen am RKI ein, von denen 3.040 in die Auswertungen einbezogen werden konnten. In der Gesamtstudienpopulation waren 54% Männer und 46% Frauen, das mediane Alter lag bei 31 Jahren (Range: 18-78 Jahre). Alle Bildungsgruppen wurden gut erreicht: Jede/r dritte hatte Mittlere Reife/Abitur (35%) oder ein Studium abgeschlossen (31%). Einen Grund- oder Hauptschulabschluss hatte jede/r Vierte angegeben (25%) und knapp jede/r Zehnte hatte keinen Schulabschluss (8,0%). Etwa jede/r Dritte lebte zwischen einem bis unter fünf Jahren in Deutschland (30%), mehr als jede/r Zehnte unter einem Jahr (11%), 200 Personen gaben an, seit Geburt in Deutschland zu leben (6,7%). Die mediane Aufenthaltszeit in Deutschland betrug fünf Jahre (Range: ein Monat bis 45 Jahre), wobei Frauen etwas länger in Deutschland lebten als Männer. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen gab gute, sehr gute oder muttersprachliche Deutschkenntnisse an (54%). Knapp die Hälfte der Befragten wurde in einem westafrikanischen Land geboren (49%), jede/r Vierte in einem zentralafrikanischen Land (23%) und jede/r Fünfte in einem Land Ostafrikas (21%). Aus Ländern des südlichen Afrika kam demnach die Minderheit (5%). Die sechs häufigsten Geburtsländer der Teilnehmer/innen waren Ghana, Nigeria, Kamerun, Deutschland, Togo und Kenia. Im Vergleich mit der Ausländerstatistik des Statistischen Bundesamtes Ende 2013 wurden Befragte aus Somalia, Eritrea und Äthiopien weniger gut erreicht. Die Befragten gehörten zu zwei Dritteln dem Christentum (66%) und zu einem Viertel dem Islam an (25%).

Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Das Wissen zu allgemeinen Aussagen zum Thema HIV, wie zu Übertragungswegen, war gut und jeweils mehr als 80% der Teilnehmer/innen bekannt. Wissenslücken gab es hingegen zum Thema Koinfektionen. Über Koinfektionen von STI und HIV sowie HIV und Tuberkulose wusste jeweils nur etwas mehr als jede/r Zweite Bescheid. Auch zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV zeigten sich Informationsbedarfe. Dass eine HIV-Infektion allein keinen Ausweisungsgrund darstellt, wussten lediglich 57% der Befragten und die kostenlosen und anonymen Testangebote der Gesundheitsämter kannte auch nur etwas mehr als die Hälfte (54%). Zum Thema virale Hepatitiden zeigten sich ebenfalls Wissenslücken, nur 23-57% kannten die präsentierten Aussagen. Hierzu wünschten sich sowohl Peer Researcher als auch die Befragten selbst mehr Informationen, auch weil dieses Thema, laut Aussage der Peer Researcher, weniger stigmatisiert ist. Am seltensten bekannt waren die Informationen, dass es gegen Hepatitis C keine Impfung gibt (23% wussten dies), dass eine unbehandelte Hepatitis zu Krebs führen kann (27%) und dass eine chronische Hepatitis häufig so verläuft, dass man nichts davon bemerkt (31%). Am häufigsten bekannt war demgegenüber die Information, dass man sich gegen Hepatitis B

durch eine Impfung schützen kann (57%). Bezüglich anderer STI zeigt sich ein eher gemischtes Bild. Während Gonorrhö (70%) und Syphilis (68%) der Mehrheit der Befragten bekannt waren, kannte Herpes nur noch etwa jede/r Zweite (41%); Chlamydien (28%) und Feigwarzen (25%) kannte nur noch etwa jede/r Vierte. Etwa jede/r siebte gab an, noch von keiner dieser STI gehört zu haben (14%). Über all diese Themenbereiche kristallisierten sich Gruppen heraus, an die Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und STI künftig besser herangetragen werden sollte: jüngere Befragte, diejenigen, die seit Geburt in Deutschland leben, Befragte mit muslimischer Religionszugehörigkeit, kürzlich Migrierte (kürzere Aufenthaltszeit in Deutschland, weniger gute Deutschkenntnisse, keine reguläre Krankenversicherung) sowie Befragte mit geringerem sozioökonomischen Status (weniger hohe Bildungsabschlüsse, geringeres Einkommen). Über alle Personengruppen hinweg stellte das Fachpersonal die am häufigsten gewünschte Informationsquelle dar.

Schutz- und Risikofaktoren

Sexuelles Risikoverhalten wurde unter den Befragten häufiger von Männern angegeben. Sie berichteten häufiger Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen sowie häufiger Sex mit mehr als fünf Sexpartner/innen in den vergangenen zwölf Monaten. Frauen berichteten demgegenüber häufiger Sex mit einem oder mehreren festen Sexpartner/innen und auch häufiger nur eine/n Sexpartner/in innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Hinsichtlich des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Sexpartner/innen zeigte sich hingegen kein Geschlechterunterschied: Sowohl unter den Männern (46%) als auch unter den Frauen (49%) berichtete weniger als jede/r Zweite, mit nicht-festen Sexpartner/innen „immer“ Kondome zu benutzen. Als Gründe für Kondomverzicht wurden v.a. Treue (28%) oder der Wunsch, dem Partner/der Partnerin nah sein zu wollen (20%), genannt. Jede/r Siebte berichtete, Kondome grundsätzlich abzulehnen (14%) und jede/r Achte gab an, auf Kondome zu verzichten, weil der Gebrauch peinlich sei (12%). Als weiterer Risikofaktor für den Erwerb von HIV und anderen STI wurde sexualisierte Gewalt im Fragebogen erhoben. Mehr als jede sechste Frau hatte angegeben, ein- oder mehrmals im Leben sexualisierte Gewalt erlebt zu haben (16%), unter den Männern traf dies auf jeden fünfzehnten zu (6,8%). Einen weiteren Vulnerabilitätsfaktor für Frauen stellt weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung dar. Hiervon betroffen zu sein gab jede vierte Frau an (24%). Während sich zwischen den Altersgruppen kaum Unterschiede in der Betroffenheit zeigten, wurde deutlich, dass v.a. Frauen betroffen waren, die erst kürzlich in Deutschland lebten. So war unter denjenigen Frauen, die seit unter einem Jahr in Deutschland lebten, jede dritte beschnitten (34%). Auch das Wissen zu diesem Thema war unter den Studienteilnehmer/innen nicht gut verbreitet. Dass die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien nach Beschneidung möglich ist, wusste jede/r Vierte (26%), dass in Deutschland die gesetzliche Krankenkasse dafür die Kosten übernimmt war jeder/jedem Fünften bekannt (20%).

Gesundheitsversorgung

Die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen war regulär über die Krankenversicherungskarte ins Gesundheitssystem eingebunden (82%), jede/r Zehnte benötigte für medizinische Konsultationen einen Behandlungsschein vom Sozialamt und 7% gaben an, gar nicht krankenversichert zu sein. Im Falle gesundheitlicher Beschwerden wandte sich die Mehrheit zuerst an einen Arzt/eine Ärztin (84%), etwa jede/r Dritte ging in ein Krankenhaus (31%) und jede/r Fünfte in die Apotheke. 1,4% der Teilnehmer/innen wusste nicht, wohin sie sich im Falle gesundheitlicher Beschwerden wenden könnten. Der letzte Arzt- oder Krankenhausbesuch erfolgte laut Selbstangabe bei der Mehrheit der Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate (80%), demgegenüber konnte sich jedoch jede/r Zehnte nicht an den

letzten Arzt- oder Krankenhausbesuch erinnern. Neben dem allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung sollten Befragte auch Angaben darüber machen, ob sie Testangebote in Anspruch nahmen. In Bezug auf HIV zeigte sich hierbei, dass mehr als die Hälfte der Befragten jemals einen HIV-Test machen lassen (61%), etwas mehr als jede/r Dritte hatte einen solchen Test hingegen noch nie machen lassen (35%). Der am häufigsten genannte Grund dafür, noch nie freiwillig einen HIV-Test machen lassen zu haben war, nicht zu glauben, HIV-positiv zu sein (63%). Von einem HIV-Test ohne Einverständnis berichteten insgesamt 321 Personen (11%), die sich sicher waren, 653 Personen (23%) gaben an, nicht genau zu wissen, ob sie jemals ohne Einverständnis auf HIV getestet worden waren. Als häufigste Situationen, in denen ein HIV-Test ohne Einverständnis (vermutlich) durchgeführt worden war, wurden das Asylverfahren, im Krankenhaus oder die Schwangerschaft genannt. Der am häufigsten angegebene gewünschte Testort unter allen Teilnehmer/innen stellte der Arzt/die Ärztin (70%) dar, gefolgt vom Gesundheitsamt (49%). Im Gegensatz zu HIV war nur die Minderheit jemals auf Hepatitis C getestet worden. Knapp jede/r Fünfte gab an, jemals einen solchen Test durchführen lassen zu haben (19%), mehr als die Hälfte hatte noch nie einen solchen Test machen lassen (61%) und ebenfalls jede/r Fünfte war sich unsicher darüber und antwortete „Weiß nicht“ (20%). Ein ähnliches Bild zeigte sich hinsichtlich der Impfung gegen Hepatitis B. Zwar war knapp die Hälfte geimpft (40%), doch auch hier konnte jede/r Vierte die Frage nicht beantworten und gab „Weiß nicht“ an und mehr als jede/r Dritte gab an, nicht geimpft zu sein (35%). Vergleichbare Ergebnisse wie hinsichtlich der Testung auf Hepatitis C zeigten auch in Bezug auf STI-Testungen. Die Hälfte hatte noch nie einen STI-Test machen lassen (53%), jede/r Achte wusste es nicht (13%) und nicht einmal jede/r Zweite war jemals auf STI getestet worden (35%). Über alle drei abgefragten Infektionen hinweg waren insgesamt gesehen seltener getestet: jüngere Befragte, Befragte mit muslimischer Religionszugehörigkeit, Befragte mit geringerem sozioökonomischem Status (weniger hohe Bildungsabschlüsse, geringeres Einkommen) sowie diejenigen, bei denen HIV/Aids kein Thema ist, über das in ihrem Umfeld gesprochen wird.

Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV

Am Ende des Fragebogens wurden die Themen Diskriminierung und Stigmatisierung adressiert. Die große Mehrheit der Befragten gab an, Menschen mit HIV genauso zu behandeln, wie alle anderen auch (79%), obgleich nur etwas mehr als jede/r Dritte tatsächlich jemanden mit HIV auch persönlich kannte (38%). Ähnlich viele Befragte hatten schon einmal die Erfahrung gemacht, dass HIV-Positive oder Aids-Kranke im Umfeld schlecht behandelt worden waren (39%) und für mehr als jeden zweiten war HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird (58%). Sich gegenüber Menschen mit HIV genauso zu verhalten, wie allen anderen Menschen gegenüber auch („normal“), wurde seltener angegeben von jüngeren Befragten, denjenigen mit muslimischer oder gar keiner Religionszugehörigkeit, Befragten mit geringerem sozioökonomischen Status (weniger hohe Bildungsabschlüsse), kürzlich Migrierten (weniger gute Deutschkenntnisse, keine reguläre Krankenversicherung) sowie denjenigen, die bereits erlebt hatten, dass HIV-Positive oder Aids-Kranke im Umfeld schlecht behandelt worden waren. Mit häufiger angegebenenem „normalen“ Verhalten gegenüber HIV-Positiven assoziiert war hingegen besseres Wissen zum Thema HIV sowie der Umstand, dass HIV/Aids ein Thema ist, über das im Umfeld gesprochen wird.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Auf dem Abschlusstreffen zur Studie im November 2016 wurden gemeinschaftlich von vielen Akteur/innen – Studienkoordinator/innen und Peer Researchern, Mitgliedern afrikanischer Communities, in der HIV-Prävention und -Testung Tätigen, Vertreter/innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, aus

der Verwaltung und der Wissenschaft - Empfehlungen für die Präventionsarbeit für und mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika basierend auf den Ergebnissen erarbeitet. Der Fokus der Präventionsarbeit für und mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika sollte nicht nur auf HIV liegen, sondern auch virale Hepatitiden und STI mit einbeziehen. So war das Interesse am Thema virale Hepatitiden sowohl bei den Peer Researchern als auch bei den Befragten selbst sehr groß und ist auch weniger mit Stigma behaftet – wie sowohl Peer Researcher als auch Praxispartner/innen berichteten. Gleichzeitig sollte zunächst auch Grundwissen zum Körper vermittelt werden, um auch spezifischere Informationen verstehen zu können. Informationen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV – dass eine HIV-Infektion allein keinen Ausweisungsgrund darstellt sowie die Information, dass es in den Gesundheitsämtern anonyme und kostenlose Testangebote gibt – sollten weit gestreut und verbreitet werden, da sie Barrieren zur Testung darstellen können. Migrant/innen (nicht nur, aber auch) aus Subsahara-Afrika haben ein Recht darauf zu wissen, dass eine HIV-Infektion allein keinen Ausweisungsgrund darstellt. Gleichzeitig sollte es ihnen ermöglicht werden, kostenlose und anonyme Testangebote auch in Anspruch zu nehmen, wozu jedoch die Information über deren Existenz eine Voraussetzung darstellt. Auch das Thema Stigmatisierung und Diskriminierung sollte im Kontext von Präventionsarbeit adressiert werden; ein diskriminierungsfreier Umgang mit dem Thema HIV im speziellen, aber auch Sexualität im Allgemeinen sollte angestrebt werden. Hierdurch könnten sexuelle Risiken besser angesprochen werden, was insgesamt dazu beitragen würde, die eigene Risikowahrnehmung zu schärfen.

Zur Verbesserung der Testangebote und damit verbunden zur Erhöhung der Testraten sollte die Ärzteschaft einbezogen werden, da sie den am häufigsten gewünschten Testort darstellt. Testangebote sollten künftig mit Impfangeboten verknüpft werden, da der Anteil derjenigen, die gegen Hepatitis B geimpft waren, wahrscheinlich zu niedrig war (wir haben nicht erfragt, ob eine Hepatitis B bereits durchgeführt worden war und entsprechen keine Impfung benötigt wurde). Gleichzeitig könnte so die Inanspruchnahme von Testungen erhöht werden, wenn die Nachfrage danach mit einem konkreten Angebot verknüpft wäre. Eine Barriere zur Testung stellen oftmals fehlende Behandlungsoptionen dar, insbesondere für Menschen ohne regulären Zugang zum Gesundheitssystem. Wenn die Behandlung im Falle positiver Testergebnisse nicht gesichert ist, ist es für Individuen, aber auch für Teststellen wenig sinnvoll, überhaupt zu testen. Parallelstrukturen, wie sie in etlichen Städten zur Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus oder Krankenversicherung existieren, sollten nicht allein für die Durchsetzung des Menschenrechtes auf Gesundheit verantwortlich sein. Hier besteht die Notwendigkeit für politisches Handeln um den gleichberechtigten und gleichwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung, einschließlich der Behandlung von HIV und Hepatitiden, für alle in Deutschland lebenden Menschen, unabhängig von Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus, zu gewährleisten.

Weiterhin wurde deutlich, dass mit Präventionsangeboten gezielt spezifische Gruppen angesprochen werden sollten, wie z.B. kürzlich Migrierte oder Migrant/innen mit geringerem sozioökonomischen Status oder auch Jüngere. Zwar bevorzugten alle Subgruppen für die Vermittlung von Informationen zu HIV und anderen STI (medizinisches) Fachpersonal. Gleichzeitig wünschten sich jüngere Befragte aber auch Informationen über neue Medien oder Befragte mit weniger hoher Bildung Informationen von Personen aus ihrem Umfeld. Kampagnen sollten diversitysensibel gestaltet werden, um Xenophobie und Rassismus, aber auch Homo- und Transphobie zu adressieren und zu reduzieren. Gleichzeitig sollten Kampagnen und Medien sprachunabhängig und kultursensibel gestaltet werden und vermehrt auch neue und soziale Medien einbezogen werden, um gerade jüngere Menschen besser zu erreichen. Gleichzeitig stellte (medizinisches) Fachpersonal die präferierte Informationsquelle für Themen sexueller Gesundheit dar. Informationsveranstaltungen mit Expert/innen in den Communities würden nach

Aussagen der Peer Researcher als Zeichen der Wertschätzung wahrgenommen und sollten angeboten werden. Gerade auch vor dem Hintergrund, dass die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen innerhalb der vergangenen zwölf Monate auch einen Arzt/eine Ärztin konsultiert hatte, besteht hier Potential, Präventionsarbeit auch in diesem Setting zu intensivieren. Allerdings bedarf es hierfür weiterhin mehr Fortbildungsangebote zu interkultureller Kommunikation und transkultureller Medizin, um die kulturelle Kompetenz und Öffnung im medizinischen Kontext zu fördern und somit auch zukünftig Diskriminierung von (afrikanischen) Migrant/innen in diesem Setting zu verhindern.

Die Ergebnisse machten darüber hinaus deutlich, dass es wichtig ist, in den Communities über Themen sexueller Gesundheit zu sprechen. Es zeigte sich, dass ein über HIV/Aids Reden in den Communities in den Analysen sowohl mit häufigerer Testungen auf HIV, Hepatitis C und STI sowie auch mit häufiger angegebenem „normalem“ Verhalten gegenüber Menschen mit HIV assoziiert war. Interessierte Peer Researcher könnten hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sollten für die Präventionsarbeit als Gesundheitsbotschafter/innen qualifiziert und stetig beschäftigt werden, ihr Wissen um Strukturen und ihre Erfahrungen aus der Communityarbeit sind für künftige Präventionsstrategien für Migrant/innen aus Subsahara-Afrika unerlässlich. Hierzu bedarf es einerseits einer zertifizierten Aus- und regelmäßigen Weiterbildung, gleichzeitig auch einer gesicherten Finanzierung für diese Arbeit, um diesen wichtigen Beitrag zur Präventionsarbeit nicht auf die ehrenamtliche Arbeit, die kaum stetig geleistet werden kann, zu reduzieren. Gleichzeitig sollte es Peer Researchern, Studienkoordinator/innen und auch anderen interessierten Akteur/innen aus den afrikanischen Communities ermöglicht werden, ihr Wissen und ihre Erfahrungen direkt in die Konzipierung und Umsetzung von Präventionsstrategien und -konzepten einzubringen. Die Durchführung der vorliegenden Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika war nur möglich, weil Partizipation von Anfang an ermöglicht wurde und Menschen aus der „beforschten Gruppe“ ihr Wissen, ihre Ideen und auch ihre Bedenken einbringen konnten. Für den nun folgenden Prozess, auf Daten auch Taten folgen zu lassen und somit die Empfehlungen in Interventionen umzusetzen, erscheint es daher unerlässlich, Partizipation weiterhin zu ermöglichen und zu fördern, um so kultursensible und für die Zielgruppe passende Präventionsstrategien zu entwickeln und umzusetzen.

1. Executive Summary

Project background and objectives

The project “KABP study with HIV and STI testing among and with migrants from sub-Saharan Africa (MSSA) living in Germany” was sponsored by the Federal Ministry of Health from 01/08/2014 to 31/05/2017. This survey on the knowledge, attitudes, behaviour, and practices (KABP) concerning HIV, viral hepatitis (HEP), and other sexually transmitted infections (STI) which was carried out among migrants from sub-Saharan Africa with the opportunity to undergo HIV and STI testing took place in six cities within Germany. The project was piloted in Hamburg in 2013 after two years in the design stage. A variety of players were involved in this participative process which was always based on co-decisions by all those involved: Representatives from various African communities in Germany, people involved in HIV primary prevention and testing and who work with African migrants, as well as employees from the public health service (from the health authorities who support and complement the out- and inpatient departments and receive public funding), from politics, from the scientific community, as well as specialised doctors. The objective of this process was to design the study in a way that migrants from sub-Saharan Africa could obtain research on the stigmatised issue of HIV and sexual health in order to achieve an improved understanding of their prevention needs and wants. This improved understanding was and is necessary as around 10 to 15% of new HIV diagnoses in Germany in the past years were within the migrant group from sub-Saharan Africa. Up to one-third of these infections were assumedly acquired in Germany and the diagnoses among African migrants often takes place later than with other groups. Coincidentally, there is as of yet no or only isolated data available on their prevention needs and wants. Using the information generated in the project and the results presented in the existing report, strategies should be developed in future as primary and secondary HIV and STI prevention address migrants from sub-Saharan Africa better and in the best case they can be integrated into and actively involved in the planning and implementation of prevention concepts.

Study design

The participants were recruited from six cities within Germany – Munich, Essen, Cologne, Berlin, Frankfurt am Main, and Hannover – by peer researchers, i.e. educated and well-connected migrants from sub-Saharan Africa, within the framework of a *Convenience Sampling* between January 2015 and May 2016. In each location, the RKI collaborated with a partner organisation that had good contacts within the local African communities, who then appointed a study coordinator and selected peer researchers. Peer researchers were then trained by the partner organisation, the RKI, and peer researchers from predecessor cities. The training focussed on the background and objectives of the study, the questionnaire, research ethics, recruitment strategies, a *community mapping* of potential recruitment locations, as well as basic information about HIV, viral hepatitis, and STI. Questionnaire participants had to be at least 18 years old and either have individual migration experience – i.e. have been born in a country in sub-Saharan Africa – or at least one parent who was born in a country in sub-Saharan Africa. They could complete the survey that was available in German, English, and French, either by themselves or in an interview with peer researchers. To survey their knowledge, participants were presented with true statements and had to state whether they already been aware of this information. In this way, participants could obtain new information by filling out the questionnaire (intervention aspect). At the same time, participants were made aware of the locally available free and anonymous HIV and/or STI testing services from the local health authorities and put in contact with these where de-

sired. Following evaluation, the results of the survey were discussed and interpreted together with peer researchers as part of a focus group discussion. Local meetings to close the study in the respective city took place, where the results were presented and prevention messages were generated together with peer researchers, players from the field of HIV prevention and testing and from politics. For each city in the study, a separate city report was produced. These, as with the existing report, are available online at www.rki.de/missa.

Results

Description of the study population

Altogether 3,178 questionnaires were received at the RKI, 3,040 of which could be included in the evaluations. The total study population consisted of 54% men and 46% women, while the median age was around 31 years (range: 18-78 years). All education groups were well reached: One-third had completed their Mittlere Reife/Abitur¹ (35%) or a degree (31%). One in four had completed a primary or middle school education (25%) and almost one in ten had never completed a school education (8.0%). Around one-third had lived in Germany for one to under five years (30%), more than one-tenth for under one year (11%), and 200 people stated that they had lived in Germany since birth (6.7%). The median duration of stay in Germany amounted to five years (range: one month to 45 years), whereby women had lived somewhat longer in Germany than men. More than half of the participants stated good, very good, or native-level German skills (54%). Almost half of respondents had been born in a West-African country (49%), a quarter in a Central African country (23%), and one-fifth in a country in Eastern Africa (21%). Consequently, the minority were from countries within Southern Africa (5%). The six most common countries of birth among participants were Ghana, Nigeria, Cameroon, Germany, Togo, and Kenya. In comparison with statistics on foreigners from the Federal Office of Statistics at the end of 2013, participants from Somalia, Eritrea, and Ethiopia were less well reached. Among the respondents, two-thirds were Christian (66%) and one-quarter were Muslim (25%).

Knowledge on HIV, viral hepatitis, and other sexually transmitted infections

Knowledge on general statements concerning HIV, as well as with how it is transmitted, was good and in each case known by more than 80% of participants. By contrast, there were gaps in knowledge regarding co-infections. Only slightly more than one in two knew something about co-infections of STI and HIV as well as HIV and tuberculosis. This also revealed a need for information on the situation in Germany concerning HIV. That an HIV infection alone is not a reason for deportation was known by merely 57% of participants and only slightly more than half (54%) were aware of free and anonymous testing services offered by the health authorities. There were likewise knowledge gaps concerning viral hepatitis, where only 23-57% knew the statements that were presented. Peer researchers as well as participants requested more information on this, also because this subject, as peer researchers said, is less stigmatised. The least commonly known information was that there is no vaccination against hepatitis C (23% knew this), that an untreated hepatitis can lead to cancer (27%), and that chronic hepatitis often progresses unnoticed (31%). In comparison, the most commonly known information was that you can protect yourself against hepatitis B through vaccination (57%). A rather mixed picture was revealed in relation to other STI. While gonorrhoea (70%) and syphilis (68%) were known by most par-

¹ Mittlere Reife is an intermediate school leaving certificate equivalent to that of British GCSEs, while the Abitur is a high school leaving certificate equivalent to that of British A-Levels.

ticipants, only close to one in two knew of herpes (41%). A further quarter knew of chlamydia (28%) and genital warts (25%). Around one in seven stated that they had never heard of any of these STI (14%). Groups emerged from all these subject areas to whom knowledge on HIV, viral hepatitis, and STI should be promoted better in future: younger respondents who had lived in Germany since birth, respondents of Muslim affiliation, recent migrants (shorter duration of stay in Germany, lower level of German language, no regular health insurance), as well as respondents of lower socioeconomic status (fewer high educational qualifications, lower income). For all groups of people, (medical) professionals represented the most commonly desired source of information.

Protective and risk factors

Risky sexual behaviour among the respondents was more frequently stated by men. They reported more frequent sex with casual sexual partners as well as more frequent sex with more than five sexual partners in the last twelve months. Women on the other hand reported more frequent sex with one or several exclusive sexual partners and even more frequently only one sexual partner within the last twelve months. There was however no gender-specific difference concerning condom use with casual sexual partners: Among men (46%) as well as women (49%), less than one in two reported “always” using condoms with casual sexual partners. Reasons for not using a condom included trust (28%) or the desire to feel closer to their partner (20%). One-seventh reported a fundamental rejection of condoms (14%), and one in eight stated that they did not use condoms because it was embarrassing to do so (12%). As a further risk factor for acquiring HIV and other STI, the subject of sexualised violence was also raised in the questionnaire. More than one in six women stated that they had experienced sexualised violence once or more (16%), while among men this applied to one in every fifteen (6.8%). Female genital mutilation/circumcision represented a further vulnerability factor for women. One in four women said that they had been affected by this (24%). While there were hardly any differences between age groups of those affected, women who had only recently lived in Germany were primarily affected. As such, among the women who had lived in Germany for under one year, one in three were circumcised (34%). The knowledge on this subject was also not well spread among study participants. Only one-quarter (26%) knew that it was possible to reconstruct the female genitalia after circumcision, and only one in five were aware that the procedure was covered under statutory health insurance in Germany (20%).

Healthcare

The majority of study participants were regularly involved in the healthcare system through the health insurance card (82%), one-tenth required a medical treatment voucher from the Social Welfare Office, and 7% stated that they did not have any kind of health insurance. In cases of health problems, the majority first turned to a doctor (84%), around one-third went to a hospital (31%), and one-fifth to the pharmacy. 1.4% of participants did not know where to go in cases of health problems. The last visit to a doctor or hospital according to individual report for the majority of participants took place within the last twelve months (80%), while in contrast only one-tenth could not remember their last visit to a doctor or hospital. In addition to general access to healthcare, respondents also had to state whether they had made use of testing services. In relation to HIV, this revealed that more than half of the participants had been tested for HIV (61%), while slightly more than one-third had never been tested in this way (35%). The most commonly named reason for never having been tested for HIV was not believing to be HIV-positive (63%). In terms of having had an HIV test without prior consent, 321 people (11%) were certain that this had taken place, while 653 people (23%) said that they did not know ex-

actly if they had ever been tested for HIV without prior consent. The most common situations mentioned where an HIV test was carried out without prior consent (presumably) were the asylum procedure, in the hospital, or pregnancy. The most commonly given desired testing location among all participants was at the doctor's (70%), followed by the local health authority (49%). In contrast to HIV, only a minority were tested for hepatitis C. Almost one in five stated that they had had such a test (19%), more than half had never undergone such testing (61%), and likewise one in five were unsure about it and answered, "I do not know" (20%). A similar picture emerged regarding vaccination against hepatitis B. Indeed, close to a half had been vaccinated (40%). However, even here one-quarter were unable to answer the question and answered, "I do not know". And more than one-third stated that they had not been vaccinated (35%). Comparable results like those of the testing for hepatitis C were revealed regarding STI testing. Half had never been tested for an STI (53%), one in eight did not know (13%), and not even one in two had been tested for an STI at some point in their life (35%). For all three queried infections, the following had been tested less frequently: younger respondents, respondents of Muslim affiliation, respondents of lower socioeconomic status (fewer high educational qualifications, lower income), as well as those among whom HIV/AIDS was not a subject discussed in their community.

Attitudes towards people living with HIV

At the end of the survey, the issues of discrimination and stigmatisation were addressed. The vast majority of survey participants stated that they treated people with HIV exactly how they would treat others (79%), although only slightly more than one-third actually knew somebody with HIV personally (38%). Similarly, many of those questioned had already witnessed those with HIV or AIDS in their environment being badly treated (39%) and for more than half HIV/AIDS were a subject of discussion in their community (58%). Behaving towards people with HIV exactly the same as with any other people ("normal") was more seldom stated by younger respondents, those with Muslim or no religious affiliation, respondents of lower socioeconomic status (fewer high educational qualifications), recent migrants (lower level of German language, no regular health insurance), as well as those who had already witnessed somebody with HIV or AIDS being badly treated in their community. On the other hand, better knowledge concerning HIV as well as the fact that HIV/AIDS was a subject of discussion in one's community was associated with more frequent "normal" behaviour towards people with HIV.

Conclusions and recommendations

At the final meeting of the study in November 2016, recommendations for prevention work for and with migrants from sub-Saharan Africa were developed together by many players – study coordinators and peer researchers, members of African communities, those involved in HIV prevention and testing, representatives of the public health service, from politics, and from the scientific community – based on the results. The focus of prevention work for and with migrants from sub-Saharan Africa should not only be on HIV but also factor in viral hepatitis and STI. Interest in the topic of viral hepatitis was very high among peer researchers as well as respondents and is also less afflicted with stigma – as both peer researchers and practice partners reported. At the same time, basic knowledge about the body should be conveyed in order to be able to understand more specific information. Information on the situation in Germany regarding HIV – that a HIV infection on its own is no grounds for deportation as well as the information that anonymous and free testing is available at the local health authority – should be widely spread and circulated, as this could represent barriers to testing. Migrants (not only, but also) from sub-Saharan Africa have a right to know that an HIV infection alone is not a reason for

deportation. At the same time, it should be made possible for them to avail of free and anonymous testing services and why the information on their existence is a requirement. The subject of stigmatisation and discrimination should also be addressed within the context of prevention work. A discrimination-free way of dealing with the subject of HIV in particular but also sexuality in general should be aspired to. This could allow sexual risks to be better addressed and would altogether contribute to sharpening individual risk awareness.

To improve testing services and thus increase rates of testing, medical staff should be involved, as they are the most frequently desired point of testing. In future, testing services should be linked with vaccination services, as the proportion of those who had been vaccinated against hepatitis B was probably too low (we did not inquire as to whether a hepatitis B had already been carried out and accordingly no vaccination was required). At the same time, the utilisation of testing services could be increased if the demand was combined with a concrete offer. One barrier for testing is often a lack of treatment options, in particular for those who do not have regular access to the healthcare system. If treatment is not ensured in cases of positive test results, it makes little sense for both individuals and test centres to carry out testing. Parallel structures exist, like those in many cities concerning the treatment of those without resident status or health insurance, but should not be solely responsible for the enforcement of human rights. Here, there is a necessity for political action to guarantee equal and fair access to healthcare, including the treatment of HIV and hepatitis for all those living in Germany, regardless of their health insurance or residential status.

Furthermore, it was clear that targeted specific groups, such as recent migrants or those of low socio-economic status or even younger people, should be addressed with prevention offers. Indeed, all sub-groups preferred to receive information on HIV and other STI from (medical) professionals. At the same time, younger respondents also wanted information through new media or those with lower level of education from people in their community. Campaigns should be designed to be sensitive to diversity in order to address and reduce xenophobia and racism as well as homo- and transphobia. At the same time, campaigns and media should be designed independent of language and sensitive to culture and have more new and social media involved so that younger people can be more directly and better reached. Simultaneously, (medical) professionals are the preferred source of information concerning sexual health. Informational events with experts in the communities are, according to peer researchers, perceived as a sign of appreciation and should be provided. Especially bearing in mind that the majority of study participants had also consulted with a doctor within the last twelve months, there is the potential to intensify prevention work in this setting too. However, this furthermore requires more training provisions on intercultural communication and transcultural medicine in order to encourage cultural competence and openness in a medical context and therefore also prevent future discrimination against (African) migrants in this setting.

Furthermore, the results made it clear that it is important to talk about sexual health in the communities. It has shown that talking about HIV/AIDS in the communities was associated with more frequent testing for HIV, hepatitis C, and STI and with more frequent “normal” behaviour towards people with HIV. Interested peer researchers could contribute significantly to this. They should be qualified as health ambassadors for prevention work and be continuously involved in this, while their knowledge on structures and their experiences from community work are essential for future prevention strategies for migrants from sub-Saharan Africa. On the one hand, this requires certified and regular further training. On the other hand, secure funding is necessary for this work in order to reduce this important

contribution to prevention work not based on voluntary work which can rarely be afforded over a longer period of time. Coincidentally, peer researchers, study coordinators, and other interested players from the African communities should be allowed to contribute their knowledge and experiences directly to the conception and implementation of prevention strategies and concepts. The execution of the existing study on sexual health was only possible because participation was allowed right from the beginning and people from the “group under study” could contribute their knowledge, ideas, and also their thoughts. For the process to continue, to follow up data with actions, and then to implement recommendations in intervention, it therefore appears essential to facilitate and encourage further participation for the development and implementation of culturally sensitive prevention strategies that suit the target group.

1. Résumé

Contexte et objectifs du projet

Le projet « Étude KABP accompagnée d'une offre de tests de dépistage du VIH et des IST auprès de et avec des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Allemagne (MISSA) » a été subventionné par le Ministère fédéral de la Santé du 01/08/2014 au 31/05/2017. Cette enquête portant sur les connaissances, les attitudes, les comportements, et les pratiques (KABP) concernant le VIH, l'hépatite virale (HEP) et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) parmi les migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne accompagnée d'une offre facultative de tests de dépistage du VIH a été conduite dans six villes d'Allemagne. Ce projet a été piloté en 2013 à Hambourg, après une phase de conception de l'étude longue de deux ans. Une multitude d'acteurs et d'actrices a pris part à ce processus participatif, qui a constamment reposé sur les décisions collectives de l'ensemble des parties prenantes : les représentant·e·s de différentes communautés africaines en Allemagne, des acteurs et actrices engagé·e·s en faveur de la prévention primaire et du dépistage du VIH qui travaillent auprès des migrant·e·s africain·e·s, ainsi que des représentant·e·s du service de santé publique (des autorités sanitaires financées par des fonds publics qui soutiennent et complètent les secteurs médicaux ambulatoire et stationnaire), des mondes politique et scientifique, ainsi que des médecins spécialistes. L'objectif de ce processus était de concevoir une étude qui permet d'atteindre des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne avec une recherche sur un sujet extrêmement stigmatisé comme le VIH et la santé sexuelle, afin de mieux comprendre leurs besoins en matière de prévention. Cette compréhension était – et reste – primordiale, étant donné qu'au cours des dernières années, environ 10 à 15 % des nouveaux diagnostics de VIH en Allemagne sont faits au sein de la population des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne, que près d'un tiers de ces infections a probablement été contracté sur le sol Allemand, et que les diagnostics ont lieu plus tardivement parmi les migrant·e·s africain·e·s qu'au sein des autres groupes de population. Parallèlement, il n'existe actuellement aucune donnée, ou seulement des données ponctuelles, concernant leurs besoins en matière de prévention. À l'aide des données récoltées au cours de ce projet et des résultats présentés dans le présent rapport, des stratégies futures doivent être mises en place afin de mieux organiser la prévention primaire et secondaire du VIH et des IST auprès des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne et, dans le meilleur des cas, de s'impliquer et de prendre part activement dans la planification et la mise en place des concepts de prévention.

Conception de l'étude

Les participant·e·s à l'étude ont été recruté·e·s entre janvier 2015 et mai 2016 dans six villes d'Allemagne – Munich, Essen, Cologne, Berlin, Francfort-sur-le-Main et Hanovre – dans le cadre d'un échantillonnage de commodité effectué par des chercheurs et chercheuses pairs (*peer researchers*), c'est-à-dire des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne ayant bénéficié d'une formation et possédant un bon réseau. Sur place, le RKI collaborait avec une organisation partenaire qui possédait de bons contacts dans les communautés africaines locales et qui sélectionnait le coordinateur ou la coordinatrice de l'étude et les chercheurs et chercheuses pairs. Ces derniers·ères ont ensuite été formé·e·s par l'organisation partenaire, par le RKI et par les chercheurs et chercheuses pairs des villes précédentes. Les sujets de la formation étaient le contexte et les objectifs de l'étude, le questionnaire, l'éthique de recherche, les stratégies de recrutement et une cartographie communautaire des lieux de recrutement potentiels ainsi que les bases concernant le VIH, l'hépatite virale et les IST. Les partici-

pant-e-s à l'enquête devaient être âgé-e-s d'au moins 18 ans et soit posséder une expérience personnelle de la migration – c'est-à-dire être né-e-s dans un pays d'Afrique subsaharienne – soit avoir un parent né dans un pays d'Afrique subsaharienne. Ils et elles pouvaient remplir le questionnaire, qui était disponible en allemand, en anglais et en français, soit eux-mêmes et elles-mêmes, soit lors d'un entretien avec un chercheur ou une chercheuses pair. Afin de collecter des connaissances, de informations vraies ont été présentés et les participant-e-s devaient dire s'ils et elles connaissaient déjà ces informations. De cette manière, les participant-e-s pouvaient recevoir de nouvelles informations à travers le remplissage du questionnaire (aspect interventionnel). Parallèlement, les participant-e-s ont été informé-e-s de l'existence d'une offre de tests de dépistage du VIH et des IST anonymes et gratuits mise à disposition par le service de santé publique local dont ils et elles pouvaient bénéficier s'ils et elles le souhaitaient. Les résultats de l'enquête ont été discutés et interprétés suite à l'évaluation conjointe avec les chercheurs et chercheuses pairs dans le cadre d'une discussion du groupe de réflexion. Des réunions de clôture locales ont été organisées, lors desquelles les résultats ont été présentés et générés en collaboration avec les chercheurs et chercheuses pairs, des acteurs et actrices de terrain et des initiatives de prévention politique. Un rapport a été rédigé pour chacune des villes ayant participé à l'étude. Ceux-ci, ainsi que le présent rapport, sont disponibles à l'adresse www.rki.de/missa.

Résultats

Description de la population de l'étude

Au total, 3 178 questionnaires ont été transmis au RKI, parmi lesquels 3 040 ont pu être inclus dans les analyses. Au sein de la population totale de l'étude, 54 % des participants étaient de sexe masculin et 46 % de sexe féminin, l'âge médian était de 31 ans (éventail : de 18 à 78 ans). Tous les niveaux de formation ont été bien atteints : une personne sur trois avait décroché le baccalauréat ou un diplôme d'éducation secondaire (35 %) ou avait effectué des études supérieures (31 %). Un quart des participant-e-s avait le brevet ou un diplôme d'enseignement professionnel (25 %) et pratiquement un dixième des participant-e-s ne possédait aucun diplôme (8,0 %). Un tiers des participant-e-s avait vécu en Allemagne entre un et moins de cinq ans (30 %), plus d'un dixième des participant-e-s y avait vécu moins d'un an (11 %), et 200 personnes ont déclaré vivre en Allemagne depuis leur naissance (6,7 %). La durée médiane de séjour en Allemagne s'élevait à 5 ans (intervalle : entre un mois et 45 ans), et on a pu constater que les femmes avaient vécu en Allemagne légèrement plus longtemps que les hommes. Plus de la moitié des participant-e-s a indiqué posséder un niveau d'allemand bon, très bon, ou maternel (54 %). Près de la moitié des personnes interrogées est née dans un pays d'Afrique de l'Ouest (49 %), une personne sur quatre dans un pays d'Afrique centrale (23 %) et une personne sur cinq dans un pays d'Afrique de l'Est (21 %). Le groupe minoritaire était par conséquent originaire du sud de l'Afrique (5 %). Les six pays de naissance les plus courants parmi les participant-e-s étaient le Ghana, le Nigeria, le Cameroun, l'Allemagne, le Togo et le Kenya. Par rapport aux statistiques sur les étrangers-ères publiées à la fin de l'année 2013 par le Bureau fédéral des statistiques, les personnes interrogées originaires de Somalie, d'Érythrée et d'Éthiopie ont été moins bien atteintes. Deux tiers des personnes interrogées étaient affiliés au christianisme (66 %) et un quart d'entre elles était affilié à l'islam (25 %).

Connaissances concernant le VIH, l'hépatite virale et autres infections sexuellement transmissibles

Les connaissances relatives aux informations générales sur le thème du VIH, ainsi que sur les voies de transmission, étaient bonnes et maîtrisées par plus de 80 % des participant·e·s. Des lacunes ont cependant été constatées sur le thème des co-infections. En effet, seule un peu plus d'une personne sur deux était informée au sujet des co-infections entre les IST et le VIH ainsi qu'entre le VIH et la tuberculose. Des besoins en informations ont également été constatés concernant la situation en Allemagne en ce qui concerne le VIH. Seuls 57 % des sondé·e·s savaient qu'une infection au VIH à elle seule ne constituait pas un motif d'expulsion, et seulement un peu plus de la moitié (54 %) des personnes interrogées connaissait l'existence des offres de tests de dépistage du VIH gratuits et anonymes proposées par le service de santé publique local. Des lacunes ont également pu être constatées au sujet de l'hépatite virale, puisque seuls 23 à 57 % des participant·e·s connaissaient les informations qui leur ont été présentées. À cet effet, les chercheurs et chercheuses pairs mais également les sondé·e·s souhaiteraient disposer de plus amples informations, notamment parce que, d'après les déclarations des chercheurs et chercheuses pairs, ce sujet est moins stigmatisé. Les informations les moins connues concernaient l'absence de vaccin contre l'hépatite C (seuls 23 % des personnes interrogées étaient au courant), la possibilité qu'une hépatite non traitée puisse déboucher sur un cancer (27 %) et le fait qu'une hépatite chronique n'entraîne souvent aucun symptôme visible (31 %). En revanche, l'information la plus connue portait sur la possibilité de se protéger contre l'hépatite B à l'aide d'un vaccin (57 %). En ce qui concerne les autres IST, les conclusions sont mitigées. Tandis que les gonorrhées (70 %) et la syphilis (68 %) étaient connues de la majorité des sondés, seule une personne interrogée sur deux connaissait l'herpès (41 %) et seule une sur quatre connaissait les chlamydiae (28 %) et les verrues génitales (25 %). Environ un·e participant·e sur sept a déclaré n'avoir jamais entendu parler de ces IST (14 %). Dans tous ces domaines thématiques, des groupes, pour lesquels les connaissances au sujet du VIH, de l'hépatite virale et des IST devaient être transmises plus efficacement à l'avenir, se sont détachés : les sondé·e·s les plus jeunes, celles et ceux qui vivaient en Allemagne depuis leur naissance, les sondé·e·s affilié·e·s à l'islam, les nouveaux et nouvelles arrivant·e·s (qui ont séjourné le moins longtemps en Allemagne, ont une moins bonne connaissance de l'allemand, n'ont pas d'assurance maladie régulière), ainsi que les sondé·e·s possédant un statut socio-économique bas (diplômes de bas niveau, revenus bas). Parmi tous les groupes de population, le personnel spécialisé représentait la source d'informations privilégiée.

Facteurs de risque et de protection

Parmi les sondé·e·s, les comportements sexuels à risques ont majoritairement été rapportés par les hommes. En effet, ils indiquaient plus fréquemment avoir entretenu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel·le·s ainsi qu'un nombre de partenaires sexuel·le·s supérieur à cinq au cours des douze mois précédents. Au contraire, les femmes rapportaient plus souvent avoir entretenu des rapports sexuels avec un·e ou plusieurs partenaire(s) stable(s) et ainsi que d'avoir seulement un·e seul·e partenaire sexuel·le au cours des 12 mois précédents. En ce qui concerne l'utilisation de préservatifs avec les partenaires sexuel·le·s occasionnel·le·s, aucune différence n'a été constatée entre les participant·e·s des deux genres : tant chez les hommes (46 %) que chez les femmes (49 %), moins d'une personne sur deux a déclaré « toujours » utiliser un préservatif avec les partenaires sexuel·le·s occasionnel·le·s. Les principales raisons avancées à l'absence de préservatif étaient la fidélité (28 %) ou le désir d'être proche du/de la partenaire (20 %). Un·e participant·e sur sept a déclaré refuser d'utiliser

des préservatifs par principe (14 %) et un sur huit a indiqué ne pas utiliser de préservatifs car leur utilisation est gênant (12 %). La violence à caractère sexuel a été incluse dans le questionnaire comme facteur de risque supplémentaire pour la contamination par le VIH et d'autres IST. Plus d'une femme sur six a déclaré avoir été victime de violences à caractère sexuel une ou plusieurs fois au cours de sa vie (16 %), tandis que cette situation concerne un quinzième des hommes interrogés (6,8 %). Un autre facteur de vulnérabilité réside dans la mutilation/excision des parties génitales chez les personnes de sexe féminin. Une femme sur quatre (24 %) a indiqué être concernée par cette pratique. Tandis qu'aucune différence n'a pu être constatée entre les groupes d'âge sur ce point, il a été mis en évidence que les femmes les plus touchées étaient celles qui ne vivaient en Allemagne que depuis quelques temps. Ainsi, parmi les femmes qui avaient vécu moins d'un an en Allemagne, un tiers était excisé (34 %). Là encore, les connaissances à ce sujet n'étaient pas très bien diffusées parmi les participant·e·s à l'étude. Une personne sur quatre (26 %) savait qu'il est possible de procéder à la reconstruction des organes génitaux féminins suite à l'excision, tandis qu'un cinquième des participant·e·s savait qu'en Allemagne cette opération est prise en charge par l'assurance maladie légale obligatoire.

Services de santé

La majorité des participant·e·s à l'étude était inscrite dans le système de santé de manière régulière à travers la carte d'assurance maladie (82 %), un dixième avait besoin d'une feuille de soin délivrée par les services sociaux pour les consultations médicales et 7 % ont indiqué ne bénéficier d'aucune assurance maladie. En cas de problèmes de santé, la majorité s'adressait d'abord à un médecin (84 %), environ un tiers s'est rendu dans un hôpital (31 %) et un cinquième à la pharmacie. 1,4 % des participant·e·s ne savaient pas à qui ils et elles pouvaient s'adresser en cas de problèmes de santé. D'après les déclarations personnelles des participant·e·s, leur dernière visite chez le médecin ou à l'hôpital avait majoritairement eu lieu au cours des douze mois précédents (80 %), tandis qu'un dixième disait ne pas pouvoir se souvenir de la dernière visite chez le médecin ou à l'hôpital. Outre l'accès universel aux services de santé, les sondé·e·s devaient également indiquer s'ils et elles prenaient en compte les offres de tests de dépistage du VIH, de l'hépatite C et des IST. En ce qui concerne le VIH, il s'est avéré que plus de la moitié des personnes interrogées avaient déjà subi un test de dépistage du VIH (61 %), alors qu'un peu plus d'un tiers d'entre elles n'en avaient jamais fait (35 %). La raison la plus souvent invoquée au fait de ne jamais avoir réalisé volontairement un test de dépistage du VIH était de ne pas penser être positif au VIH (63 %). Au total, 321 personnes (11 %) ont rapporté avec certitude avoir subi un test de dépistage au VIH sans leur consentement, et 653 personnes (23 %) ont indiqué ne pas réellement savoir si elles avaient déjà subi un test de dépistage au VIH sans leur consentement. Les situations les plus courantes dans lesquelles un test de dépistage du VIH a (vraisemblablement) été effectué sans consentement étaient la procédure de demande d'asile, lors d'une visite à l'hôpital ou pendant la grossesse. Le lieu de réalisation des tests de dépistage désiré le plus souvent nommé était le cabinet médical (70 %), suivi par service de santé publique local (49 %). Contrairement au VIH, une population minoritaire avait été dépistée contre l'hépatite C. À peine un cinquième a déclaré avoir déjà subi un tel test (19 %), plus de la moitié n'avait jamais subi un tel test (61 %) et un cinquième des participant·e·s était également incertain et a répondu « Ne sait pas » (20 %). Des résultats similaires ont été obtenus concernant le vaccin contre l'hépatite B. Près de la moitié (40 %) des participant·e·s était certes vaccinée, mais un quart ne pouvait pas répondre à la question et a indiqué « Ne sait pas ». En outre, un tiers a indiqué ne pas être vacciné (35 %). Des résultats similaires au dépistage contre l'hépatite C ont été obtenus concernant le dépistage des IST. La moitié des personnes interrogées n'avait jamais subi de test de dépistage contre les IST (53 %), un huitième ne savait pas (13 %) et moins

d'une sur deux avait déjà été dépisté contre les IST (35 %). Sur les trois infections contenues dans le questionnaire, les participant·e·s qui avaient généralement été moins dépisté·e·s étaient : les sondé·e·s les plus jeunes, les sondé·e·s affilié·e·s à l'islam, les sondé·e·s possédant un statut socio-économique bas (diplômes de bas niveau, revenus bas) ainsi que ceux pour lesquels le VIH/sida n'est pas un sujet abordé dans leur entourage.

Attitudes à l'égard des personnes atteintes de VIH

À la fin du questionnaire, les thèmes de la discrimination et de la stigmatisation étaient abordés. La grande majorité des personnes interrogées a indiqué traiter les personnes atteintes de VIH de la même manière que les autres (79 %), même si seulement un peu plus d'un tiers d'entre elles connaissait personnellement une personne atteinte de VIH (38 %). De la même manière, de nombreux sondés avaient déjà fait au moins une fois l'expérience que les personnes atteintes du VIH ou du sida avaient été mal traitées dans leur entourage (39 %) et le VIH/sida était un thème qui avait déjà été abordé dans l'entourage de plus de la moitié des participants (58 %). Le fait de se comporter avec les personnes atteintes de VIH de la même manière qu'avec les autres (« normal ») a été indiqué moins souvent parmi les jeunes sondés, les sondés affiliés à l'islam ou a aucune religion, les sondés possédant un statut socio-économique bas (diplômes de bas niveau), les nouveaux et nouvelles arrivant·e·s (moins bonnes connaissances de l'allemand, absence de couverture maladie régulière), ainsi que celles et ceux qui avaient déjà constaté que les personnes atteintes du VIH et du sida étaient mal traitées dans leur entourage. À l'inverse, un comportement « normal » à l'égard des personnes atteintes du VIH était le plus souvent indiqué en présence de connaissances plus approfondies sur le thème du VIH ainsi que lorsque le VIH/sida est un thème abordé dans l'entourage du sondé.

Conclusions et conseils

Lors de la réunion de clôture de l'étude en novembre 2016, de nombreuses recommandations pour le travail de prévention pour et avec les migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne ont été présentées collectivement par de nombreux acteurs et actrices – les coordinateurs et coordinatrices de l'étude et les chercheurs et chercheuses pairs, les membres des communautés africaines, les personnes actives dans la prévention et le dépistage du VIH, des représentant·e·s des services de santé publics, ainsi que des mondes politique et économique – à partir des résultats obtenus. L'attention du travail de prévention pour et avec les migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne ne doit pas seulement être portée sur le VIH, mais également inclure l'hépatite virale et les IST. En outre, l'intérêt pour l'hépatite virale était particulièrement significatif, tant du côté des chercheurs et chercheuses pairs que de celui des sondé·e·s et est également moins stigmatisé – comme l'ont à la fois rapporté les chercheurs et chercheuses pairs et les partenaires de terrain. Parallèlement, des connaissances de base sur le corps humain doivent dans un premier temps être diffusées afin de pouvoir assurer la compréhension d'informations plus spécifiques. Des informations sur la situation en Allemagne en ce qui concerne le VIH doivent être diffusées à grande échelle – le fait qu'une infection au VIH ne constitue pas à elle seule un motif d'expulsion ainsi que le fait qu'il existe des offres de tests de dépistages gratuits et anonymes dans les services de santé publiques – étant donné qu'elles peuvent constituer des barrières au dépistage. Les migrant·e·s (pas uniquement, mais également) originaires d'Afrique subsaharienne ont le droit de savoir qu'une infection au VIH ne peut pas constituer à elle seule un motif d'expulsion. Parallèlement, il doit leur être permis d'avoir recours à des tests gratuits et anonymes, même si la diffusion des informations concernant leur existence constitue alors une condition préalable. Le thème de la stigmatisation et de la discrimination doit également être traité dans le cadre

du travail de prévention. Une approche sans discrimination du thème du VIH en particulier, mais également de la sexualité en général, doit être visé. De cette manière, les risques sexuels devraient pouvoir être mieux abordés, ce qui devrait contribuer à renforcer la perception individuelle des risques.

Afin d'améliorer l'offre de tests de dépistage et donc d'augmenter les taux de dépistage, le milieu médical doit être impliqué puisque les cabinets médicaux ont été indiqués comme étant le lieu de dépistage préféré. À l'avenir, les offres de tests de dépistage doivent être associées aux offres de vaccination, étant donné que la proportion de personnes vaccinées contre l'hépatite B était vraisemblablement trop basse (nous n'avons pas demandé si les sondé·e·s avaient déjà été atteint·e·s d'hépatite B, ce qui rendrait la vaccination inutile). Parallèlement, le recours aux tests de dépistage pourrait être augmenté si la demande était ensuite associée à une offre concrète. Les lacunes en matière de possibilités de traitement constituent souvent l'une des barrières au dépistage, en particulier pour les personnes ne pouvant pas accéder de manière régulière au système de santé. Si la prise en charge n'est pas assurée en cas de résultats positifs aux tests, le dépistage est peu utile, tant pour les individus que pour les sites de dépistage. Les structures parallèles destinées à la prise en charge des personnes ne possédant pas le statut de résident ou ne bénéficiant d'aucune assurance maladie, comme il en existe dans plusieurs villes, ne doivent pas être les seules responsables de la mise en œuvre du droit à la santé. Une action politique est nécessaire afin de garantir un accès égalitaire et équivalent aux services de santé, y compris la prise en charge du VIH et de l'hépatite, pour toutes les personnes résidant en Allemagne et ce, quel que soit leur statut en matière d'assurance santé et de séjour.

En outre, il est apparu que des groupes spécifiques devaient être abordés de manière ciblée à travers les messages de prévention, comme par exemple les migrant·e·s nouvellement arrivé·e·s ou les migrant·e·s possédant un statut socio-économique bas, ainsi que les plus jeunes. En effet, tous les sous-groupes ont indiqué privilégier le personnel (médical) spécialisé pour la diffusion d'informations concernant le VIH et les autres IST. Parallèlement, les sondé·e·s les plus jeunes souhaitaient également obtenir des informations sur les nouveaux media et les sondé·e·s ayant suivi une formation moins poussée faisaient confiance aux personnes de leur entourage. Les campagnes doivent être conçues de manière à prendre en compte la diversité et à combattre et réduire la xénophobie et le racisme, ainsi que l'homophobie et la transphobie. Parallèlement, les campagnes et les media doivent être élaborés indépendamment du facteur linguistique et en prenant en compte la culture des groupes-cibles et les nouveaux media et les media sociaux doivent être de plus en plus utilisés afin d'atteindre plus efficacement les plus jeunes. En outre, le personnel (médical) spécialisé constituait la source d'informations privilégiée en matière de santé sexuelle. Des réunions d'informations animées par des spécialistes au sein des communautés étaient, selon les chercheurs et chercheuses pairs, considérées comme un signe de considération et doivent être proposées. Même si la majorité des participant·e·s à l'étude a consulté un médecin au cours des douze mois précédents, il existe ici un potentiel pour intensifier le travail de prévention dans ce cadre. Cependant, cela requiert plus d'offres de formation continue sur la communication interculturelle et la médecine transculturelle afin d'encourager les compétences et l'ouverture culturelles dans le contexte médical et donc d'éviter les discriminations à l'encontre des migrant·e·s (africain·e·s) dans ce contexte.

Ces résultats ont par ailleurs indiqué qu'il est important d'aborder le thème de la santé sexuelle au sein des communautés. Les analyses ont démontré qu'une discussion sur le VIH/sida au sein des communautés était liée à un taux de dépistage au VIH, à l'hépatite C et aux IST plus élevé ainsi qu'à un comportement plus souvent « normal » à l'encontre des personnes atteintes de VIH. Les chercheurs et

chercheuses pairs intéressés pouvaient apporter une contribution importante sur ce point. Ils et elles doivent être formé·e·s en tant qu'ambassadeurs et ambassadrices de la santé pour le travail de prévention et être occupé·e·s à plein temps, leurs connaissances des structures et leur expérience dans le travail communautaire sont indispensables aux stratégies de prévention futures destinées aux migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place une formation initiale et continue certifiée, tout en assurant le financement de ce travail, afin de ne pas réduire cette contribution à la prévention au travail des bénévoles, qui peut difficilement être effectué de manière constante. Parallèlement, il est nécessaire de permettre aux chercheurs et chercheuses pairs, aux coordinateurs et coordinatrices de l'étude et aux autres acteurs et actrices intéressé·e·s issu·e·s des communautés africaines d'apporter directement leurs connaissances et leur expérience lors de la conception et de la mise en place des stratégies et des concepts de prévention. La réalisation de la présente étude sur la santé sexuelle des migrant·e·s originaires d'Afrique subsaharienne n'a été rendue possible que parce que la participation a été autorisée dès le début et que les personnes issues des « groupes sondés » ont pu apporter leurs connaissances, leurs idées et leurs conceptions. En ce qui concerne le processus à venir, qui consiste à donner suite aux données et aux actions déjà entreprises et donc à mettre en place les recommandations et les interventions énoncées, il semble par conséquent indispensable d'autoriser et d'encourager à nouveau la participation afin de développer et de mettre en œuvre des stratégies de prévention adaptées à la culture et aux attentes des différents groupes-cibles.

2. Einleitung

2. 1. Epidemiologie von HIV, STI und Hepatitis B und C

Im Jahr 2015 waren laut UNAIDS geschätzte 37 Millionen Menschen mit HIV infiziert, 67% davon leben in Subsahara-Afrika [1]. In der Europäischen Union wurden im Jahr 2015 dem Europäischen Zentrum für Prävention und Infektionsschutz (ECDC) 30.000 HIV-Neudiagnosen gemeldet, etwa 13% der neudiagnostizierten HIV-infizierten Personen kamen aus einem Herkunftsland in Subsahara-Afrika [2]. In Deutschland ist der Anteil der gemeldeten neudiagnostizierten HIV-infizierten Personen aus Subsahara-Afrika von 7,6% (223/2.954) im Jahr 2012 auf 10% (301/3.263) im Jahr 2013 und 15% (491/3.525) im Jahr 2014 gestiegen [3, 4].

Häufig erfolgt die HIV-Diagnose bei Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) in Europa und auch Deutschland erst in einem späten Krankheitsstadium mit niedriger CD4-Zellzahl [5-8]. Dies könnte auf einen erschwerten Zugang zum HIV-Testangebot und zur Gesundheitsversorgung generell hinweisen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass auch der Anteil nicht-diagnostizierter HIV- und STI-Infektionen unter MiSSA höher ist als in anderen Gruppen.

Für etwa ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen aus einem Herkunftsland in Subsahara-Afrika, für die eine neu diagnostizierte HIV-Infektion gemeldet wurde, wurde als wahrscheinliches Infektionsland Deutschland angegeben [7]. Eine Modellierung des wahrscheinlichen Infektionslandes für eine HIV-Infektion von Migrant/innen in Großbritannien zeigte zudem eine starke Unterschätzung des Anteils der im Land stattfindenden Infektionen unter Migrant/innen durch Meldedaten [9]. Der tatsächliche Umfang und die Ursachen der Infektion mit HIV von MiSSA in Deutschland ist bisher nicht bekannt – dass Übertragungen in Deutschland stattfinden, bedeutet jedoch auch, dass sie in Deutschland durch Maßnahmen der Primärprävention zu verhindern wären.

Das Vorhandensein einer STI erhöht die Wahrscheinlichkeit einer HIV Infektion [10], gleichzeitig ist jedoch wenig über STI bei MiSSA in Deutschland bekannt, obwohl STI in Subsahara-Afrika ein bedeutendes Public Health-Problem darstellen [11-13]. Laut WHO lag in 2008 in der WHO-Region Afrika die Prävalenz von Trichomonaden bei 20% bei Frauen (2% bei Männern), die Prävalenz von Syphilis bei etwa 4% und die Prävalenzen von Chlamydien und Gonorrhö bei etwa 2,5% [14]. In Deutschland besteht nur für Syphilis eine anonyme Meldepflicht und weniger als 1% aller gemeldeten Fälle in Deutschland kamen aus einem Herkunftsland aus Subsahara-Afrika [15].

Neben HIV sind Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) in den afrikanischen Herkunftsländern epidemiologisch bedeutende sexuell übertragbare Erkrankungen [16, 17]. Während chronische HBV und HCV jeweils eine Prävalenz von etwa 0,3% in der deutschen Bevölkerung aufweisen [18], liegt die geschätzte Prävalenz für chronische HCV in Subsahara-Afrika etwa 10-fach höher [19] und die Prävalenz für chronische HBV liegt bei bis zu 14% in einigen westafrikanischen Ländern [16]. Bisher liegen keine Informationen zur Prävalenz von HBV und HCV bei in Deutschland lebenden MiSSA vor [15].

Gleichzeitig gibt es bisher nur punktuelle Informationen zu Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf HIV, HBV, HCV und STI von in Deutschland lebenden MiSSA. Repräsentative Studien für die Allgemeinbevölkerung, wie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ erreichen diese Gruppe nicht ausreichend [20].

2. 2. Partizipative Gesundheitsforschung

Einige lokale Studien, die HIV-Prävention mit Migrant/innen adressierten, konnten zeigen, dass es möglich ist, Migrant/innen in Studien – auch zu potentiell stigmatisierenden Themen wie HIV und Aids – zu erreichen [21-24]. Die Studien wurden partizipativ entwickelt und die Datenerhebung wurde durch geschulte Mitglieder der Community, sogenannte Peer Researcher, durchgeführt [22, 23, 25, 26].

Der methodische Ansatz dieser Studien liegt in der partizipativen Gesundheitsforschung (PGF). Das Ziel der PGF ist es, gemeinsam mit der Zielgruppe der Forschung, relevante Forschungsfragen zu identifizieren, das Studiendesign zu entwickeln und die Studien durchzuführen, um Daten zu generieren, die für die beforschte Gruppe von Bedeutung sind und neue Handlungsmöglichkeiten eröffnen [27-29]. Zentral ist dafür die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Mitgliedern der Zielgruppe, Akteuren aus der Praxis und Wissenschaftlicher/innen während des gesamten Forschungsprozesses – von der Entwicklung der Fragestellung bis zur Nutzung der generierten Daten [27-29].

Die PGF eröffnet in der infektionsepidemiologischen Forschung die Möglichkeit sowohl a) mit Zielgruppen zu forschen, die in der Regel nur schwer erreicht werden, b) Risiken und Risikoverhalten besser zu verstehen, c) relevante Empfehlungen und Interventionen mit der Zielgruppe zu identifizieren und d) während des Forschungsprozesses bereits zur Vernetzung aller Akteure beizutragen [22, 28, 29]. So wurden sowohl qualitative als auch quantitative, partizipativ entwickelte Studiendesigns in Deutschland und anderen europäischen Ländern verwendet, um Risiken und Präventionsbedürfnisse von Migrant/innen zu identifizieren und Empfehlungen für die Praxis zu generieren [21, 26, 30-32].

Bisher fehlen jedoch deutschlandweite Daten zu Präventionsbedürfnissen und -bedarfen von hier lebenden MiSSA, die für die Entwicklung von adäquaten Präventionsangeboten dringend notwendig wären.

Das RKI hat deshalb im Jahr 2011 in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) einen Forschungsprozess begonnen, der ein verbessertes Verständnis der Präventionsbedürfnisse von MiSSA zum Ziel hat. Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet mit Vertreter/innen aus afrikanischen Communities, Akteuren aus der Primärprävention, dem ÖGD und Vertreter/innen aus Verwaltung und Wissenschaft, in der gemeinschaftlich ein Studiendesign entwickelt wurde, das durch andere Gremien (Advisory Board, Fokusgruppen) validiert und 2013 in Hamburg erfolgreich pilotiert wurde [33]. Von August 2014 bis Dezember 2016 wurde anschließend die Hauptstudie in fünf Städten und Regionen Deutschlands durchgeführt, die neben der Erfassung der Präventionsbedürfnisse von MiSSA auch eine Stärkung der lokalen und bundesweiten Netzwerke von Akteuren der HIV-Prävention und -Testung mit verschiedenen MiSSA-Communities zum Ziel hatte.

2. 3. Studienziele

Übergeordnetes Ziel des Projektes ist es, Informationen zum Präventionsbedarf, Wissen und Versorgung zu HIV, sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und Virushepatitiden (HEP) von in Deutschland lebenden Afrikaner/innen aus Subsahara-Afrika zu erheben, um Empfehlungen zu bedarfsgerechten Präventions- und Versorgungsangeboten formulieren zu können.

Die folgenden spezifischen Ziele sollen erreicht werden:

Deutschlandweite Erfassung des Verhaltens von in Deutschland lebenden Afrikaner/innen, welches allgemein mit einem erhöhten Infektionsrisiko in Bezug auf HIV, HEP und STI assoziiert ist

- Identifizierung der Präventionsbedürfnisse und -bedarfe in Bezug auf die oben genannten Infektionen
- Abschätzung der Inanspruchnahme des vorhandenen HIV-, HEP- und STI-Testangebotes, sowie Ermittlung der HIV-, HEP- und STI-Testergebnisse unter MiSSA
- Sensibilisierung von Afrikaner/innen für die Themen HIV, HEP, STI und ausgewählte andere Aspekte der sexuellen Gesundheit, wie z.B. sexuelle Gewalt.

3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

3. 1. Operationalisierung der Studienziele

Um ein deutschlandweites Bild der Präventionsbedarfe zu erstellen, wurde die Studie in Städten mit großen afrikanischen Communities durchgeführt (>2.000 gemeldete Personen), die 2012 in einem Mapping identifiziert wurden [34]. Zunächst wurden im Rahmen des Projekts die Studienstädte bis 2016 identifiziert. Eingeschlossen wurden zum einen die vier Städte mit den nach Ausländerzentralregister größten afrikanischen Communities Berlin, München, Frankfurt am Main und Köln. Ebenfalls wurden die beiden Städte Essen und Köln im Rhein-Ruhr-Gebiet sowie Hannover als eine Stadt in einem Flächenland eingeschlossen.

Deutschlandweite Erfassung des Verhaltens von in Deutschland lebenden Afrikaner/innen, welches allgemein mit einem erhöhten Infektionsrisiko in Bezug auf HIV, HEP und STI assoziiert ist

Zur Erfassung von Infektionsrisiken in Bezug auf HIV, HEP und STI wurden Fragen zum Sexualverhalten und Kondomgebrauch innerhalb der letzten zwölf Monate gestellt. Es wurden darüber hinaus weitere Vulnerabilitätsfaktoren erfasst wie Genitalbeschneidung/-verstümmelung bei Frauen oder sexuelle Gewalterfahrungen. Als möglicher Schutzfaktor wurde Beschneidung bei Männern erhoben.

Identifizierung der Präventionsbedürfnisse und -bedarfe in Bezug auf HIV, HEP und STI

Die Abfrage von Wissen zu HIV und HEP erfolgte in Form wahrer Aussagen, wobei die Befragten angeben sollten, ob ihnen die präsentierten Informationen bereits bekannt waren oder nicht. Für den Bereich STI wurde danach gefragt, ob die Befragten schon einmal von Tripper (Gonorrhö), Syphilis, Herpes, Feigwarzen oder Chlamydien gehört hätten bzw. ob sie keine der genannten STI kennen würden.

Zur Erhebung der von den Befragten selbst empfundenen Präventionsbedürfnisse wurden sie gefragt, ob sie gern mehr über sexuell übertragbare Erkrankungen und HIV wissen würden, anschließend konnten sie spezifische Themen und gewünschte Informationswege angeben.

Abschätzung der Inanspruchnahme des vorhandenen HIV-, HEP- und STI-Testangebotes, sowie Ermittlung der HIV-, HEP- und STI-Testergebnisse unter MiSSA

An allen Studienstandorten wurde mit den Gesundheitsämtern vor Ort kooperiert, um einerseits an deren anonyme und kostenlose Testangebote verweisen zu können sowie andererseits die Entwick-

lung der Kontaktzahlen mit Afrikaner/innen in den Einrichtungen beobachten zu können. Von allen Gesundheitsämtern in den Rekrutierungsstädten wurden die Kontaktzahlen während des Studienzeitraumes und danach sowie ggf. Testergebnisse angefragt.

Sensibilisierung von Afrikaner/innen für die Themen HIV, HEP, STI und ausgewählte andere Aspekte der sexuellen Gesundheit, wie z.B. sexuelle Gewalt

Die Sensibilisierung von Afrikaner/innen für die oben genannten Themen fand zum einen durch das Ausfüllen des Fragebogens (informierende Fragen), sowie die Weitergabe von Informationen im Rahmen der Rekrutierung statt. Ebenso können durch die Verbreitung der Studienergebnisse in den afrikanischen Communities vor Ort Themen der sexuellen Gesundheit adressiert werden. Die Dissemination der Ergebnisse und von zielgerichteten Präventionsmaßnahmen werden von den Partnerorganisationen vor Ort vorgenommen.

Die Peer Researcher wurden in Bezug auf HIV, HEP und STI ausgebildet und können diese Themen in die Communities zurücktragen. Die Erfahrungen der Peer Researcher sowie das Feedback, dass sie zum Teil von den Befragten erhielten, zeigen, dass eine Sensibilisierung durch die Studie gelingen kann. Peer Researcher aus unterschiedlichen Studienstandorten berichteten, dass sie und auch Befragte froh seien, nun einen Anlass zu haben, sensible Themen (Sexualverhalten, sexuelle Gewalt, Stigmatisierung u.ä.) in der Community adressieren zu können.

3. 2. Datenerhebung

Studiendesign

In dieser partizipativ angelegten multizentrischen Querschnittsstudie wurden durch eine Befragung zu Wissen, Verhalten, Einstellungen und Infektionsrisiken die Präventionsbedarfe in Deutschland lebender Afrikaner/innen ermittelt. Studienteilnehmer/innen wurden durch geschulte afrikanische Peer Researcher im Rahmen eines Convenience Samplings rekrutiert. Um die Präventionsbedarfe deutschlandweit abschätzen sowie Empfehlungen entwickeln zu können, war eine Durchführung der Studie in verschiedenen Studienregionen notwendig, denn das vom RKI initiierte Mapping der afrikanischen Communities in Deutschland zeigte, dass die Zusammensetzung der Population in Deutschland lebender Afrikaner/innen nach Region sehr variiert. Auch sind die HIV-Präventions- und -Versorgungsstrukturen von Region zu Region unterschiedlich und wurden im Rahmen der Studie analysiert. Zusätzlich zur KABP-Befragung wurden Studienteilnehmer/innen auf ein bestehendes kostenloses HIV-, HEP- und/oder STI-Testangebot vor Ort aufmerksam gemacht und bei Wunsch vermittelt. Die Nutzung des Testangebots von Afrikaner/innen wurde über sechs bis zwölf Monate hin verfolgt, um ggf. Veränderungen im Hinblick auf die Inanspruchnahme feststellen zu können. Optionen zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Testangeboten wurden im Verlauf der Studie geprüft und berücksichtigt.

Studienpopulation und Stichprobengröße

An der Studie teilnehmen konnten Migrant/innen aus Subsahara-Afrika oder Personen mit einem ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund² aus einem Land der Subsahara-Region, die in oder nahe der jeweiligen Studienstadt (-region) lebten und mindestens 18 Jahre alt waren, unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Potentielle Teilnehmer/innen wurden durch Peer Researcher rekrutiert. Je nach lokaler Größe der Community und dem daraus resultierenden Stichprobenumfang erfolgte die Rekrutierung über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten. Durch zeitnahe Dateneingabe und Zwischenauswertungen wurde überprüft, ob die großen afrikanischen Communities der jeweiligen Stadt bzw. Region repräsentiert wurden verglichen mit den im Mapping identifizierten häufigsten Staatsangehörigkeiten der afrikanischen Migrant/innen vor Ort. Auch wurde hierdurch geprüft, ob verschiedene Altersgruppen und Männer wie Frauen rekrutiert werden konnten. Gegebenenfalls wurde entweder der Rekrutierungszeitraum oder die Rekrutierungsstrategie der Peer Researcher angepasst.

Die Studie wurde in Städten mit großen afrikanischen Communities durchgeführt (>2.000 gemeldete Personen), denn es sollte versucht werden ein deutschlandweites Bild der Präventionsbedarfe zu erstellen. Nach Möglichkeit sollten die Städte mit den größten Communities, basierend auf dem vom RKI durchgeführten Mapping, eingeschlossen werden. Das sind nach Hamburg, mit der größten Community, Berlin, München, Frankfurt am Main und Köln und ggf. Bremen. Auch sollte Hannover als Stadt sowie einige Hannover umgebende Städte als Befragungsort in einem Flächenland untersucht werden. Da sehr viele afrikanische Migrant/innen in den dichtbesiedelten Teilen Nordrhein-Westfalens, wie dem Ruhrgebiet, Köln und Düsseldorf gemeldet sind und diese Städte geographisch sehr nah beieinander liegen, wurde diese Region (Rhein-Ruhr-Region) gemeinsam beforscht. Insgesamt sollten 2.400 Personen rekrutiert werden, so dass sich mit dem Sample der Hamburger Pilotstudie eine Stichprobengröße von 3.000 Personen ergibt, was etwa 1-2% der afrikanischen Bevölkerung entspricht.

Tabelle 1: Erwartete Stichprobengröße pro Studienregion/-stadt

Studienregion/-stadt	Stichprobengröße
Rhein-Ruhr-Region (Essen, Köln)	1.000
Berlin	500
3 Studienstädte mit einer MiSSA-Population von 2.500-7.000, München, Frankfurt am Main, Hannover	900 (je ca. 250-350)
GESAMT	2.400

Fragebogen

Der standardisierte Fragebogen wurde in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit Vertreter/innen aus afrikanischen Communities, in der HIV-Primärprävention Tätigen, Akteuren aus Gesundheitsämtern, der Verwaltung, Wissenschaftler/innen sowie Vertreter/innen von DAH, BZgA und BMG entwickelt, kognitiv getestet und einem Pre-Test unterzogen. Nach der Pilotierung des Fragebogens 2013 in

² Personen mit ein- oder beiseitigem Migrationshintergrund sind Personen mit einem oder beiden in Sub-Sahara-Afrika geborenen Elternteilen

Hamburg wurden leichte Anpassungen durchgeführt und ein erneuter Pre-Test fand statt. Der Fragebogen war auf Deutsch, Englisch und Französisch verfügbar und konnte von den Befragten selbst oder in einem Interview mit einem Peer Researcher (persönlich oder telefonisch) ausgefüllt werden. Die Fragen basierten auf den vom ECDC empfohlenen Indikatoren zur Verhaltenssurveillance bei Migrant/innenpopulationen. Der Fragebogen umfasste eine Vielzahl an Bereichen und ist online auf der Projekt-Website www.rki.de/missa einsehbar. Die abgefragten Indikatoren zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Themenbereiche und Indikatoren des Fragebogens

Themenbereiche	Indikatoren
Administrative Informationen, ausgefüllt von Peer Researchern	Peer-ID, Ausfüllmodus des Fragebogens, Ausfülldatum, Rekrutierungsstadt (nicht in München, Berlin und Frankfurt am Main)
Soziodemographie und Zugang zur Gesundheitsversorgung	Geschlecht, Alter, Geburtsland (eigenes und das der Eltern), Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnisse, Reisen ins Herkunftsland, Wohnsituation, feste Partnerschaft und Dauer dieser, Religionszugehörigkeit und Teilnahme am Gemeindeleben, höchster Schulabschluss, Einkommensquelle(n) und Höhe des monatlichen Nettoeinkommens, Krankenversicherungsstatus, Genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Beschwerden, letzter Arzt- oder Krankenhausbesuch
Wissen zu Hepatitis B/C Nutzung informierender Aussagen „Wussten Sie das schon?“	Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber. Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederverbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden. Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden. Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt. Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen. Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden. Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen. Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.
Wissen zu HIV Nutzung informierender Aussagen „Wussten Sie das schon?“	HIV und Aids gibt es auch in Deutschland. Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt. Man sieht nicht, ob jemand HIV hat. Es gibt einen Test, der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht. Afrikanerinnen und Afrikaner werden nicht aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben. In [Stadt] kann man anonym und kostenlos eine HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (siehe Flyer). Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken. HIV wird nicht durch Handschütteln oder Küssen übertragen. HIV kann beim Sex übertragen werden. Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken. HIV ist nicht heilbar. Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.
Bekanntheit von STI „Von welcher dieser STI haben	Tripper (Gonorrhö), Syphilis, Herpes, Feigwarzen, Chlamydien, Ich kenne keine davon

Sie schon einmal gehört?“	
HIV-, Hepatitis C- und STI-Testung, Hepatitis-B Impfung	Testung auf Hepatitis C und HIV jemals, Zeitpunkt des letzten Tests und Testergebnis, Land, in dem der letzte HIV-Test durchgeführt worden war, Testung auf HIV ohne Einverständnis, Situationen in denen ohne Einverständnis auf HIV getestet worden war, Gründe, bisher keinen HIV-Test machen lassen zu haben, Zeitpunkt des letzten STI-Tests und der letzten STI-Diagnose, gewünschte Testorte für HIV- und STI-Testung, Impfung gegen Hepatitis B
Sexualverhalten und Risikofaktoren	Alter beim ersten Sex, sexuelle Attraktivität, sexuelle Aktivität innerhalb der letzten zwölf Monate, Anzahl der männlichen und weiblichen Sexualpartner/in/innen innerhalb der vergangenen zwölf Monate, feste Sexpartner/innen und Herkunft dieser, Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen innerhalb der vergangenen zwölf Monate, Kondomgebrauch mit nicht-festen Sexpartner/innen, Kondomgebrauch beim letzten Sex, Gründe für Kondomverzicht, Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt und Land, in dem diese Erfahrung gemacht wurde
Beschneidung/ Weibliche Genitalbeschneidung/-verstümmelung	Beschneidung bei Männern und weibliche Genitalbeschneidung/-verstümmelung
Wissen zu weiblicher Genitalbeschneidung/-verstümmelung	Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich. In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.
Nutzung informierender Aussagen „Wussten Sie das schon?“	
Verhalten gegenüber Menschen mit HIV	Verhalten gegenüber Menschen mit HIV, persönliche Bekanntheit von Menschen mit HIV, jemals erfahrene schlechte Behandlung von Menschen mit HIV/Aids, Thematisieren des Themas HIV/Aids im Umfeld
Selbstberichtete Informationsbedürfnisse	Gewünschte Themen für die Prävention, gewünschte Wege der Informationsverbreitung

In den Studienstädten Essen, Köln, Frankfurt und Hannover wurde zusätzlich danach gefragt, in welcher Stadt die Befragten lebten. Grund hierfür war das geographisch dichte beieinander liegen mehrerer Städte an diesen Orten.

Wissen wurde in Form wahrer Aussagen erhoben. Den Teilnehmer/innen wurden wahre Aussagen präsentiert und sie konnten angeben: „Das wusste ich schon vorher“, „Ich war mir nicht sicher, ob das stimmt“, „Das wusste ich nicht“ und „Ich verstehe diese Aussage nicht“. Für die Erhebung der Bekanntheit verschiedener STI wurden diese benannt und Befragte sollten angeben, ob sie schon einmal davon gehört hätten. Sie konnten aber auch angeben „Ich kenne keine davon“.

Studiendurchführung

Vor Ort wurde jeweils eine Partnereinrichtung identifiziert (z.B. Aids-Hilfen, freie Träger oder Selbsthilfeorganisationen), die die lokale Studienleitung innehatte, sowie Kontakt mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) aufgenommen, um Studienteilnehmende bei Interesse an deren Angebote verweisen zu können. Die Partnereinrichtung sollte bereits über Kontakte in die lokalen afrikanischen Communities verfügen, aus denen engagierte Afrikaner/innen, die in ihrer jeweiligen Community gut vernetzt und aktiv sind, ausgewählt und zu Peer Researchern ausgebildet wurden. Sie sollten hinsichtlich des Geschlechts, der Herkunft (verschiedene afrikanische Herkunftsländer, die jeweils vor Ort vertreten sind) und der gesprochenen Sprachen divers sein und die Zusammensetzung der lokal bestehenden Communities abbilden. Die Peer Researcher wurden im Zeitraum von zwei Tagen von der lokalen Partnerorganisation, RKI und erfahrenen Peer Researchern aus vorherigen Standorten geschult. Trainingsinhalte waren zum einen das Mapping der Community vor Ort, um Rekrutierungsorte zu identifizieren, ethische Aspekte der Datenerhebung, Informationen zu HIV, HEP und STI, der Fragebogen, das Ansprechen von Studienteilnehmer/innen und Rollenspiele, um verschiedene Herausforderungen bei der Rekrutierung zu thematisieren.

Die Studienteilnehmer/innen wurden auf Grund der kulturspezifischen Zugänge ins Feld im Rahmen eines Convenience Sampling rekrutiert. Fragebögen auf Deutsch, Englisch oder Französisch konnten entweder durch die Befragten selbst oder im Rahmen eines persönlichen Interviews durch den Peer Researcher ausgefüllt werden. Somit sollten auch MiSSA mit geringem Alphabetisierungsgrad oder Befragte mit weniger Deutsch-, Englisch- oder Französischkenntnissen durch die mündliche Übersetzung in andere afrikanische Sprachen erreicht werden. Jede/r Studienteilnehmer/in wurde im Rahmen der Studie auf das vor Ort bestehende anonyme und kostenlose Testangebot des ÖGD aufmerksam gemacht und bei Wunsch vermittelt. Die Testberatung war ein optionales Angebot für Teilnehmer/innen und erfolgte unabhängig von der KABP-Studie. Die Anzahl der Testungen sowie ggf. Testergebnisse, während der Studienzeit sowie in den folgenden sechs Monaten wurden anonym an das RKI übermittelt (aggregierte Daten). So konnte eine ggf. mögliche Veränderung der Inanspruchnahme des Testangebots über die Zeit dokumentiert und festgehalten werden.

Während der acht- bis zwölfwöchigen Phase der Datenerhebung wurden wöchentlich Berichte vom RKI an die Partnereinrichtung geschickt, um die soziodemographischen Charakteristika (Soziodemographische Charakteristika waren: Geschlecht, Alter, Geburtsland, Aufenthaltszeit in Deutschland, höchster Schulabschluss, Religionszugehörigkeit und Krankenversicherungsstatus. Übermittelte logistische Informationen waren: Anzahl der Fragebögen pro Peer Researcher, Ausfüllmodus, Fragebogensprache sowie die Information, ob ungültige Fragebögen zurückgekommen waren (z.B. ohne Geschlechtsangabe) und welcher Peer Researcher rekrutiert hatte. Im Rhein-Ruhr-Gebiet sowie in Hannover wurde ebenfalls die Information übermittelt, wie viele Personen in welcher Stadt rekrutiert wurden) der MiSSA der bisher eingegangenen Fragebögen darzustellen. War eine bestimmte Gruppe (z.B. Personen mit hohem Bildungsabschluss) überrepräsentiert, konnte der/die Studienkoordinator/in diese Information an die Peer Researcher weitergeben, damit diese gezielt andere Personen (z.B. mit niedrigerem Bildungsniveau) rekrutierten. Ebenso fand ca. vier Wochen nach Beginn der Datenerhebung ein Treffen zur Prozessevaluation mit allen Peer Researchern, einer RKI-Vertreterin und Studienkoordinator/in statt, in denen Zwischenergebnisse präsentiert wurden, Erfahrungen und Herausforderungen der Peer Researcher und logistische Details besprochen werden konnten.

Nach Ende der jeweiligen Feldphasen fand ein Abschlusstreffen mit den Peer Researchern statt, zur Nachbesprechung der Rekrutierung sowie zur Diskussion organisatorischer Abläufe und Rekrutierungsstrategien, um beides kontinuierlich verbessern zu können. Auf diesem Treffen erhielten die Peer Researcher auch Zertifikate für die Teilnahme an der Schulung sowie für die Rekrutierungstätigkeit. Im Anschluss wurden Plausibilitätsprüfung und Datenanalyse am RKI durchgeführt. Nach ca. zwei bis drei Monaten fand am Standort eine Fokusgruppendifkussion mit Studienkoordinator/in, RKI-Vertreterinnen und den Peer Researchern statt, in der erste Befragungsergebnisse diskutiert und interpretiert wurden. Abschließend fand in der jeweiligen Stadt/Region ein lokales Abschlusstreffen aller Beteiligten, interessierter Einrichtungen, politischer Entscheidungsträger/innen vor Ort sowie Community-Mitgliedern statt, in der Ergebnisse präsentiert und an Hand dessen Präventionsbotschaften und Möglichkeiten der Ergebnisdissertation diskutiert und entwickelt wurden. Ergebnisse der quantitativen Befragung als auch der ergänzenden qualitativen Methoden wurden in einem Städtebericht festgehalten, zeitnah den Einrichtungen und interessierten Akteuren vor Ort in gedruckter Form zur Verfügung gestellt und anschließend online publiziert.

3. 3. Statistische Auswertung

Dateneingabe

Die initiale Dateneingabe zur wöchentlichen Rückmeldung einiger soziodemographischen Merkmale der Teilnehmer/innen an die Peer Researcher erfolgte in Excel.

Die Dateneingabe des vollständigen Fragebogens zur Ergebnisauswertung erfolgte mit Hilfe der Software Voxco. Nach der ersten Dateneingabe wurden alle Eingaben von einer zweiten Person kontrolliert und ggf. korrigiert. Plausibilitätsprüfungen wie die Prüfung auf unplausible Werte wurden durchgeführt. Der Indikator „Geburtsregion“ wurde nach der Kategorisierung des Statistischen Bundesamtes (vgl. [34] Anhang A) anhand des angegebenen Geburtslandes gebildet. Neben den Kategorien West-, Zentral-, Ost- und Südliches Afrika gab es die Kategorie Deutschland für alle in Deutschland Geborenen, die Kategorie Europa für alle in europäischen Ländern Geborenen und die Kategorie „Anderes Ausland“ für Personen, die weder in Subsahara-Afrika noch in Europa geboren worden waren. Das Alter der Befragten sowie ihre Aufenthaltszeit in Deutschland konnten wegen der Angaben in Jahren und Monaten je nach Fragestellung unterschiedlich gruppiert werden. Die Datenauswertung wurde mittels der Software IBM SPSS Statistics Version 20.0 sowie STATA® Version 14 durchgeführt.

Deskriptive Auswertung

Alle Antworten aus den Bereichen Soziodemographie, Wissen zu HIV, HBV, HCV und STI, Inanspruchnahme von HBV-Impfung und HIV-, HCV- und STI-Testungen, Sexualverhalten, Verhalten gegenüber HIV-Positiven und Informationswünsche wurden zunächst deskriptiv ausgewertet und nach Geschlecht stratifiziert. Die einzelnen Wissensfragen wurden des Weiteren stratifiziert nach den folgenden Variablen mit jeweils zwei Ausprägungen Alter (≤ 30 Jahre vs. > 30 Jahre), Bildung (kein Abschluss, sonstiger Abschluss, Grund-/Hauptschule vs. Mittlere Reife/Abitur und Studium), Zeit in Deutschland (< 5 Jahre vs. ≥ 5 Jahre einschließlich seit Geburt), Deutschkenntnisse (Gar nicht, wenig, mittelmäßig vs. gut, sehr gut und Muttersprache), Einkommen (< 1.000 € vs. ≥ 1.000 € monatlich netto), Krankenversicherungsstatus (keine KV, Behandlungsschein und weiß nicht vs. Krankenversicherungskarte), Religion

(Christentum vs. Islam) und Ausfüllmodus (selbst ausgefüllt vs. Interview). Zur Beschreibung der gewünschten Informationswege wurden die im Fragebogen ausgeführten Kategorien z.T. zusammengefasst. Die Gruppierung erfolgte auf diese Weise:

- Fachpersonal: medizinisches Personal und Beratungsstellen
- Persönliches Umfeld: Freunde und Personen aus dem Umfeld
- Neue Medien: Websites, soziale Netzwerke im Internet und Handys/Smartphones
- Medien: Radio und Fernsehen und afrikanische Zeitschriften (nicht in München und Essen erfragt)
- Flyer/ Broschüren sowie Informationsveranstaltung stehen als Kategorien für sich selbst.

Stratifiziert wurden diese gewünschten Informationswege nach Alter, Bildung, Deutschkenntnisse und Religion (in den beschriebenen Ausprägungen). Genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Beschwerden wurden neben dem Geschlecht auch nach Krankenversicherungsstatus und Aufenthaltszeit in Deutschland stratifiziert.

Die Herkunftsländer der Befragungsteilnehmer/innen wurden mit Daten des Ausländerzentralregisters verglichen, um beurteilen zu können, ob die häufigsten Staatsangehörigkeiten Subsahara-Afrikas im Ausländerzentralregister auch gut in der Stichprobe vertreten sind. Während der Rekrutierungsphase wurden die Daten von 2013 als Vergleichsgröße der zu erreichenden Stichprobe herangezogen. Aus diesem Grund erfolgt der Vergleich hier ebenfalls mit diesen Daten, obwohl bereits die Ausländerstatistik von 2015 verfügbar ist.

Univariable Analyse

Für interessierende soziodemographische Merkmale (z.B. Bildung, Einkommen) wurden für Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden Odds Ratio (OR) sowie 95% Konfidenzintervalle (KI) berechnet.

Mittels univariabler Analyse wurde außerdem ermittelt, ob es eine Assoziation (OR) zwischen der Inanspruchnahme von Testungen auf HIV, HCV und STI (jemals und in den vergangenen zwölf Monaten) und soziodemographischen Faktoren gibt. Folgende soziodemographische Einflussfaktoren (als kategoriale Variablen) wurden für alle oben genannten Testungen berücksichtigt:

- Geschlecht: Frauen vs. Männer
- Alter: 18 – 25 Jahre vs. 26 – 35 Jahre vs. 36 – 45 Jahre vs. 46 Jahre und älter
- Bildung: kein Abschluss vs. sonstiger/anderer Abschluss vs. Grund-/Hauptschule vs. Mittlere Reife/Abitur vs. Studium
- Zeit in Deutschland: bis einschließlich ein Jahr vs. über ein bis einschließlich fünf Jahre vs. über fünf Jahre vs. seit Geburt³
- Deutschkenntnisse: gar keine vs. wenig vs. mittelmäßig vs. gut vs. sehr gut vs. Muttersprache vs. unbekannt/nicht eindeutig

³ „seit Geburt“ beinhaltet sowohl diejenigen, die in Deutschland geboren wurden als auch diejenigen, die der Selbstangabe nach „seit Geburt“ in Deutschland lebten, auch wenn sie in einem anderen Land geboren wurden.

- Krankenversicherungsstatus: keine Krankenversicherung vs. Behandlungsschein vs. Krankenversicherungskarte vs. weiß nicht/ nicht eindeutig /unbekannt
- Höhe des monatlichen Nettoeinkommens: kein eigenes Einkommen vs. < 500 € vs. 500 bis < 1.000 € vs. 1.000 bis < 2.000 € vs. 2.000 € und mehr vs. keine Antwort/ nicht eindeutig /unbekannt
- Religionszugehörigkeit: keine Religion vs. Islam vs. Christentum vs. andere/ nicht eindeutig /unbekannt
- Sexuelles Risikoverhalten in den vergangenen 12 Monaten: kein Sex vs. sexuelle Kontakte mit festen Partner/innen vs. sexuelle Kontakte mit nicht-festen Partner/innen mit Kondom vs. sexuelle Kontakte mit nicht-festen Partner/innen ohne konsistenten Kondomgebrauch vs. nicht eindeutig /unbekannt
- Thematisierung von HIV/Aids im persönlichen Umfeld („Ist HIV/Aids ein Thema, über das in Ihrem Umfeld gesprochen wird?“): Ja vs. Nein vs. nicht eindeutig /unbekannt
- Geburtsregion: Westafrika vs. Zentralafrika vs. Ostafrika vs. Südliches Afrika vs. Deutschland vs. Europa/anderes Ausland/unbekannt
- Studienstadt: München vs. Essen vs. Köln vs. Berlin vs. Frankfurt am Main vs. Hannover
- Art der Fragebogenadministration: selbst-ausgefüllt vs. Interview (face-to-face oder Telefon)

Auch das angegebene Verhalten gegenüber Menschen mit HIV – ich verhalte mich gegenüber HIV-Positiven wie gegenüber allen anderen Personen auch vs. alle anderen Antworten – wurde auf diese Weise untersucht. Neben den genannten Faktoren wurden jedoch zwei Wissensbereiche zu HIV (allgemeines Wissen und Wissen zur Situation in Deutschland, Tabelle 3) als Summe der bereits bekannten Aussagen und deren möglicher Einfluss auf das angegebene Verhalten aufgenommen. Darüber hinaus wurde der Einfluss dreier weiterer Variablen auf das angegebene Verhalten gegenüber Menschen mit HIV untersucht: i) die Bekanntheit von Menschen mit HIV, ii) eine möglicherweise erfahrene schlechte Behandlung HIV-Positiver im Umfeld sowie iii) das Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld.

Multivariable Analyse mittels logistischer Regression

Die Assoziation von soziodemographischen und einstellungsabhängigen Einflussfaktoren mit der Inanspruchnahme von Testungen auf HIV, HCV und STI (jemals und in den vergangenen zwölf Monaten) wurde außerdem in einem multivariablen Model mittels logistischer Regression untersucht. Alle soziodemographischen Faktoren, die in der univariablen Analyse für die Inanspruchnahme des jeweiligen Testes berücksichtigt wurden, wurden auch in das multivariable Modell eingeschlossen. Auf etwaige Interaktionen wurde mit einem Likelihood Ratio-Test untersucht.

Gleiches wurde zur Analyse des Verhaltens gegenüber Menschen mit HIV und der Thematisierung von HIV im Umfeld durchgeführt. Auch hier wurden die in der univariablen Analyse berücksichtigten Faktoren in das multivariable Modell eingeschlossen und auf etwaige Interaktionen mit einem Likelihood Ratio-Test untersucht.

Multilevel Analyse mittels eines logistischen 2-Ebenen-Modells

Für weitergehende Analysen bezüglich Einflussfaktoren auf das Wissen wurden alle Variablen zum Wissen zu HIV, HBV, HCV und STI in fünf Kategorien eingeteilt: I) Wissen zu viralen Hepatitiden (nur HBV und HCV), II) allgemeines Wissen zu HIV, III) Wissen zu Koinfektionen mit HIV IV) Wissen zu HIV in Bezug auf die Situation in Deutschland und V) Bekanntheit anderer STI, entsprechend Tabelle 3.

Tabelle 3: Einteilung der Wissenskategorien für die multivariable Analyse mittels 2-Ebenen-Modell

Wissen zu viralen Hepatitiden	allgemeines Wissen zu HIV	Wissen zu Koinfektionen mit HIV	Wissen zu HIV in Bezug auf die Situation in Deutschland	Bekanntheit anderer STI
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen z. B. im Gesundheitsamt.	Trippler (Gonorrhö)
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederverbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	Afrikaner/innen werden nicht aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	Syphilis
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.			Herpes
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	Es gibt einen Test, der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.			Feigwarzen
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon merkt.	HIV wird nicht durch Handschütteln oder Küssen übertragen.			Chlamydien
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	HIV kann beim Sex übertragen werden.			
Eine chronische Hepatitis C kann wirksam behandelt werden.	HIV ist nicht heilbar.			
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.			
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.				

In der folgenden Analyse wurde die aggregierte Anzahl positiver Antworten („Das wusste ich schon“ für HIV und virale Hepatitiden bzw. „Habe ich schon einmal gehört“ für die STI) pro Kategorie verwen-

det und OR mit 95%-KI berechnet. Die Antworten der Teilnehmer/innen wurden dafür in einem logistischen 2-Ebenen-Modell analysiert: Jedem Teilnehmer/jeder Teilnehmerin (1. Ebene) wurden dabei auf der 2. Ebene seine Antworten der jeweiligen Kategorie zugeordnet. Die Antworten wurden binär kodiert (1 = "das wusste ich schon vorher" bzw. "schon bekannt", 0 = alle anderen Antworten). Der Datensatz wurde zu diesem Zweck so umstrukturiert, dass pro Antwort eine Zeile hergestellt wurde und die von einer Person gegebenen Antworten durch eine identische ID gekennzeichnet wurden. Die Antworten wurden daher als Ergebnis einer wiederholten Abfrage interpretiert. Die Personen-Ebene, gekennzeichnet durch die ID, wurde mit einem Random Effekt im Modell abgebildet, der einen gewissen Teil der residualen Varianz des Modells erklären kann. Dieser Anteil wird durch den Parameter ρ , die sogenannte Intraklassenkorrelation geschätzt [35].

Die logistischen 2-Ebenen-Modelle wurde auf etwaige Interaktionen mit einem Likelihood Ratio-Test untersucht; es wurden dieselben Parameter berücksichtigt, für die auch in der multivariablen Analyse zur Inanspruchnahme von Testungen adjustiert wurde, mit Ausnahme des sexuellen Risikoverhaltens:

- Geschlecht: Frauen vs. Männer
- Alter: 18 – 25 Jahre vs. 26 – 35 Jahre vs. 36 – 45 Jahre vs. 46 Jahre und älter
- Bildung: kein Abschluss vs. sonstiger/anderer Abschluss vs. Grund-/Hauptschule vs. Mittlere Reife/Abitur vs. Studium
- Zeit in Deutschland: bis einschließlich ein Jahr vs. über ein bis einschließlich fünf Jahre vs. über fünf Jahre vs. seit Geburt⁴
- Deutschkenntnisse: gar keine vs. wenig vs. mittelmäßig vs. gut vs. sehr gut vs. Muttersprache vs. nicht eindeutig/unbekannt
- Krankenversicherungsstatus: keine Krankenversicherung vs. Behandlungsschein vs. Krankenversicherungskarte vs. weiß nicht/nicht eindeutig/unbekannt
- Höhe des monatlichen Nettoeinkommens: kein eigenes Einkommen vs. < 500 € vs. 500 bis < 1.000 € vs. 1.000 bis < 2.000 € vs. 2.000 € und mehr vs. keine Antwort/nicht eindeutig/unbekannt
- Religionszugehörigkeit: keine Religion vs. Islam vs. Christentum vs. andere/nicht eindeutig/unbekannt
- Geburtsregion: Westafrika vs. Zentralafrika vs. Ostafrika vs. Südliches Afrika vs. Deutschland vs. Europa/anderes Ausland/unbekannt
- Studienstadt: München vs. Essen vs. Köln vs. Berlin vs. Frankfurt am Main vs. Hannover
- Art der Fragebogenadministration: selbst-ausgefüllt vs. Interview (face-to-face oder Telefon)

⁴ „seit Geburt“ beinhaltet sowohl diejenigen, die in Deutschland geboren wurden als auch diejenigen, die der Selbstangabe nach „seit Geburt“ in Deutschland leben, auch wenn sie in einem anderen Land geboren wurden.

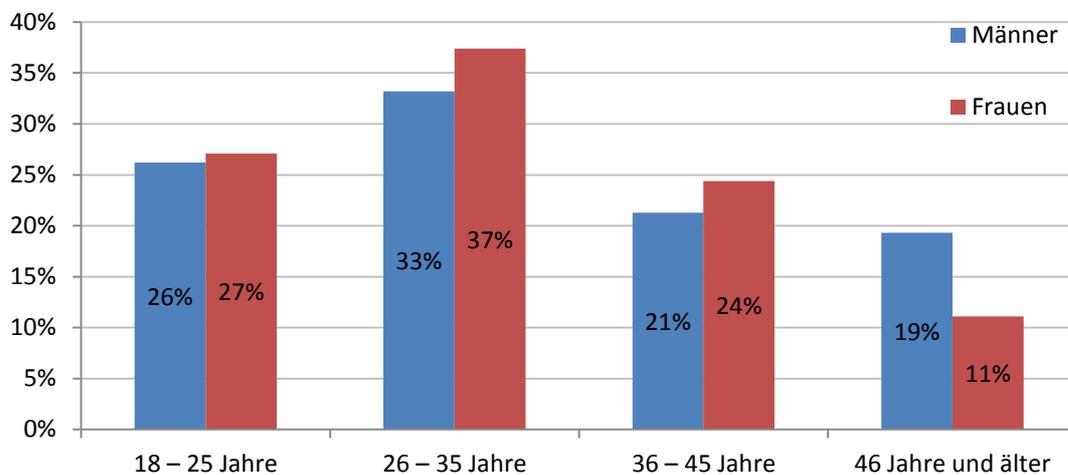
4. Ergebnisse

Insgesamt sind vom 09. Februar 2015 bis zum 26. Mai 2016 3.178 Fragebögen aus sechs Studienstädten am RKI eingegangen, 138 (4,3%) davon mussten ausgeschlossen werden. Gründe für den Ausschluss waren, dass Befragte kein Geschlecht angegeben hatten, nicht selbst bzw. mindestens ein Elternteil aus einem Land Subsahara-Afrikas kamen, dass sie nicht in Deutschland oder zu weit entfernt vom Studienstandort lebten, jünger als 18 Jahre waren und dass die Fragebögen nicht plausibel oder unvollständig ($\leq 60\%$) ausgefüllt wurden. Insgesamt konnten demnach 3.040 Fragebögen in die Analysen eingeschlossen werden. Die Hälfte der Fragebögen wurde in einem face-to-face-Interview ausgefüllt (51%), etwas weniger von den Befragten selbst (40%). Nur etwa jeder zehnte Fragebogen wurde in einem telefonischen Interview durch einen Peer Researcher ausgefüllt (9%). Knapp die Hälfte der gültigen Fragebögen war englisch- (49%), mehr als jeder vierte französisch- (30%) und etwa jeder fünfte deutschsprachig (22%).

4. 1. Beschreibung der Studienpopulation

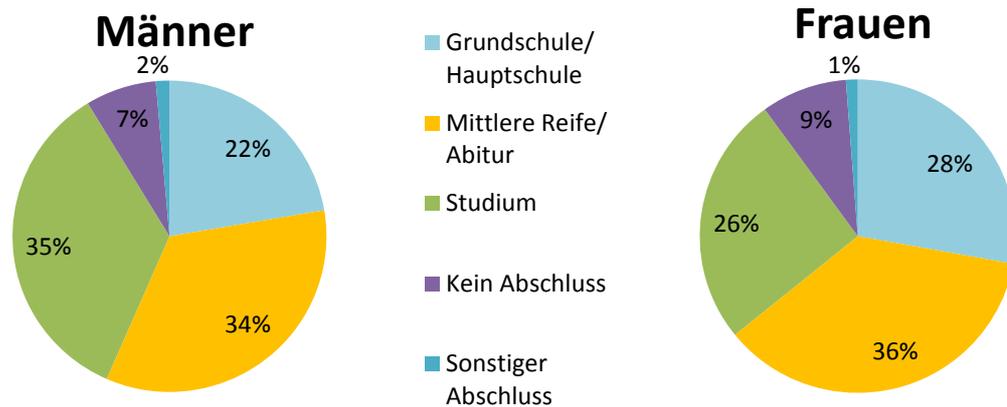
Von den 3.040 gültigen Fragebögen wurden 1.652 von Männern und 1.388 von Frauen ausgefüllt, was einem Geschlechterverhältnis von 54% zu 46% entspricht. Der Altersmedian lag bei Männern bei 32 Jahren, bei Frauen bei 31 Jahren (insgesamt: 31 Jahre; Range: 18-78). Im Mittel waren Männer mit 35 Jahren etwas älter als die Frauen (Mittelwert: 33 Jahre). Knapp zwei Drittel der Befragten waren zwischen 18 und 35 Jahren alt (62%) (Abbildung 1). Nahezu jede/r Zehnte machte keine Angabe zum Alter (8,6%).

Abbildung 1: Studienpopulation nach Altersgruppen und Geschlecht, n=2.780



Hinsichtlich der von den Befragten angegebenen Schulabschlüsse zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. Die meisten Befragten gaben Mittlere Reife bzw. Abitur als höchsten Schulabschluss an (35%), gefolgt von denen mit Studienabschluss (31%). Jede/r Vierte hatte einen Grund- oder Hauptschulabschluss und 8,0% gaben an, keinen Schulabschluss zu besitzen (Abbildung 2). Sonstige Abschlüsse wurden von 1,3% der Befragten angegeben, genannt wurden hier beispielsweise vier Mal Koranschulen. Männer berichteten häufiger als Frauen höhere Schulabschlüsse (Mittlere Reife/ Abitur bzw. Studium) (69% vs. 62%; OR=1,4; 95%-KI: 1,2-1,6).

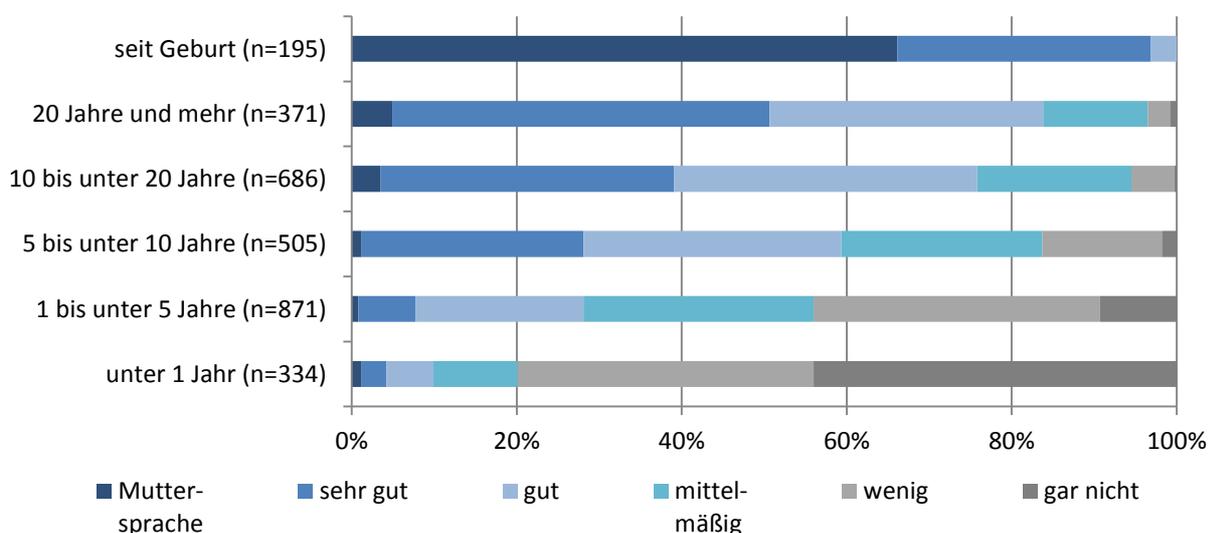
Abbildung 2: Studienpopulation nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, n=3.014



Die meisten Befragten lebten zwischen einem bis unter fünf Jahren in Deutschland (30%), die zweithäufigste Nennung war zwischen zehn bis unter 20 Jahren (23%). 200 Personen gaben an, seit Geburt in Deutschland zu leben, obgleich nur 181 Personen Deutschland auch als Geburtsland angegeben hatten. Im Median lebten die Befragten seit fünf Jahren in Deutschland (Range: 1 Monat – 45 Jahre), Frauen etwas länger als Männer (72 Monate vs. 58 Monate). Der Mittelwert der Aufenthaltszeit in Deutschland lag bei 101 Monaten (Männer: 102 Monate, Frauen: 98 Monate). Männer lebten häufiger unter fünf Jahren in Deutschland verglichen mit den Frauen (45% vs. 36%; OR=1,4; 95%-KI: 1,2-1,7).

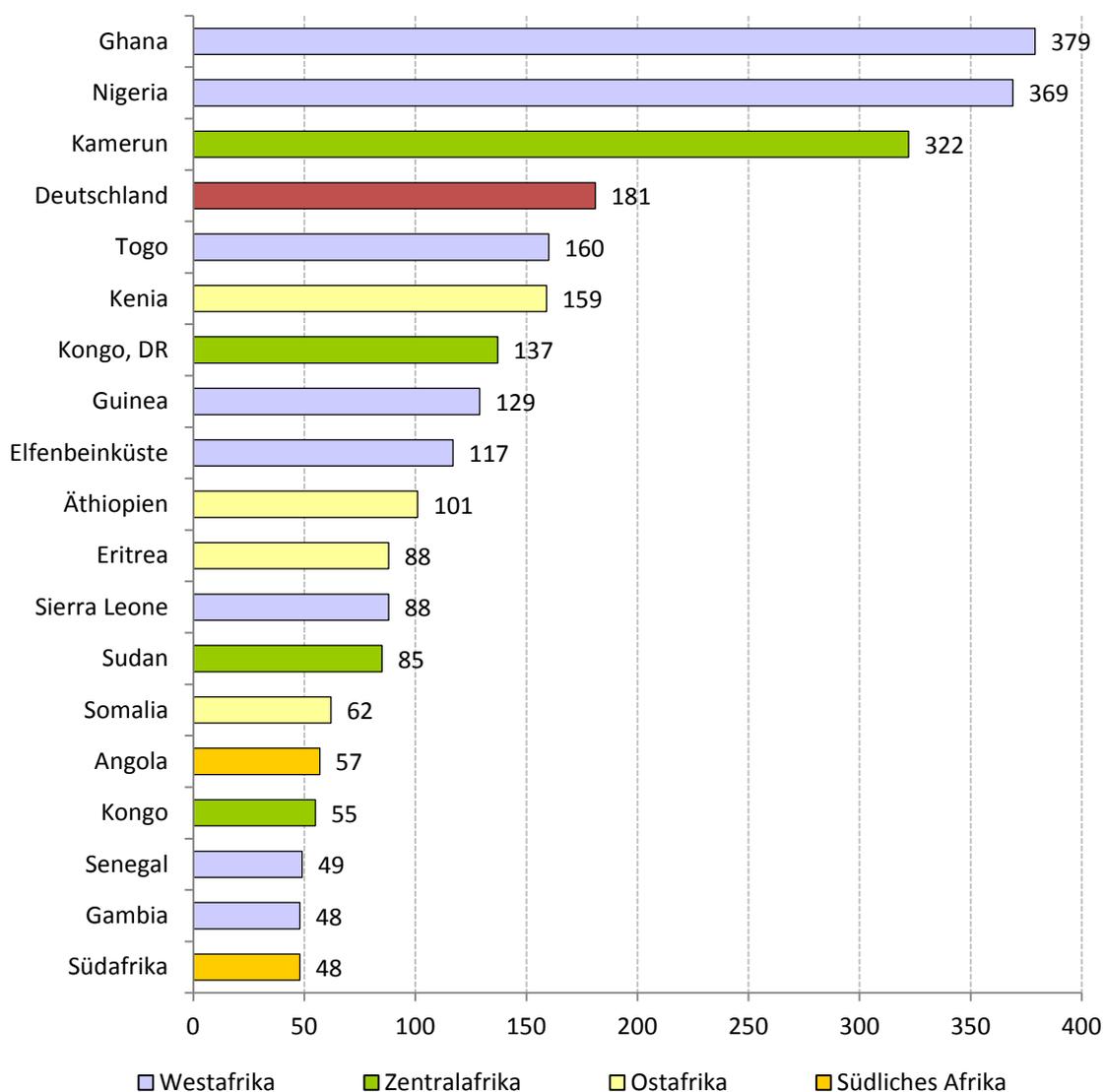
Mehr als die Hälfte der Befragten gab gute, sehr gute oder muttersprachliche Deutschkenntnisse an (54%), die restlichen Personen berichteten hingegen gar keine, wenig oder nur mittelmäßige Deutschkenntnisse (46%). Einen Unterschied zwischen den Geschlechtern gab es hierbei nicht. Mit längerer Aufenthaltszeit in Deutschland wurden jedoch bessere Deutschkenntnisse berichtet. Während von denjenigen, die selbst angaben, seit Geburt in Deutschland leben, 97% muttersprachliche oder sehr gute Deutschkenntnisse berichten, berichteten 80% derjenigen, die sich erst seit unter einem Jahr in Deutschland aufhielten, wenig oder gar keine Deutschkenntnisse. Einen Zusammenhang zwischen der in Deutschland verbrachten Zeit und der von der Studienpopulation angegebenen Deutschkenntnisse zeigt Abbildung 3.

Abbildung 3: Studienpopulation nach in Deutschland verbrachter Zeit und Deutschkenntnissen, n=2.962



Die Befragten wurden in 42 verschiedenen afrikanischen Ländern geboren, etwa jede/r vierzehnte wurde außerhalb des afrikanischen Kontinents geboren (7,1%), die Mehrheit davon in Deutschland (5,9%), 24 Personen wurden in anderen europäischen Ländern geboren, zwei Personen außerhalb Europas (Saudi-Arabien und Kanada). Etwa jede/r Zwanzigste (4,0%) machte keine Angabe zum eigenen Geburtsland, hatte aber mindestens ein afrikanisches Geburtsland eines der Elternteile angegeben. Knapp die Hälfte der Befragten wurde in einem westafrikanischen Land⁵ geboren (49%), dies wurde etwas häufiger von Männern angegeben (54% vs. 43%). Knapp jede/r Vierte wurde in einem zentralafrikanischen Staat geboren (23%), wobei es hier keinen Geschlechterunterschied gab. Etwa jede fünfte Frau wurde in einem ostafrikanischen Land geboren (21%), unter Männern traf dies nur auf etwa jeden achten zu (13%). Nur jede/r zwanzigste wurde im südlichen Afrika geboren. Die häufigsten Geburtsländer der Teilnehmer/innen zeigt Abbildung 4.

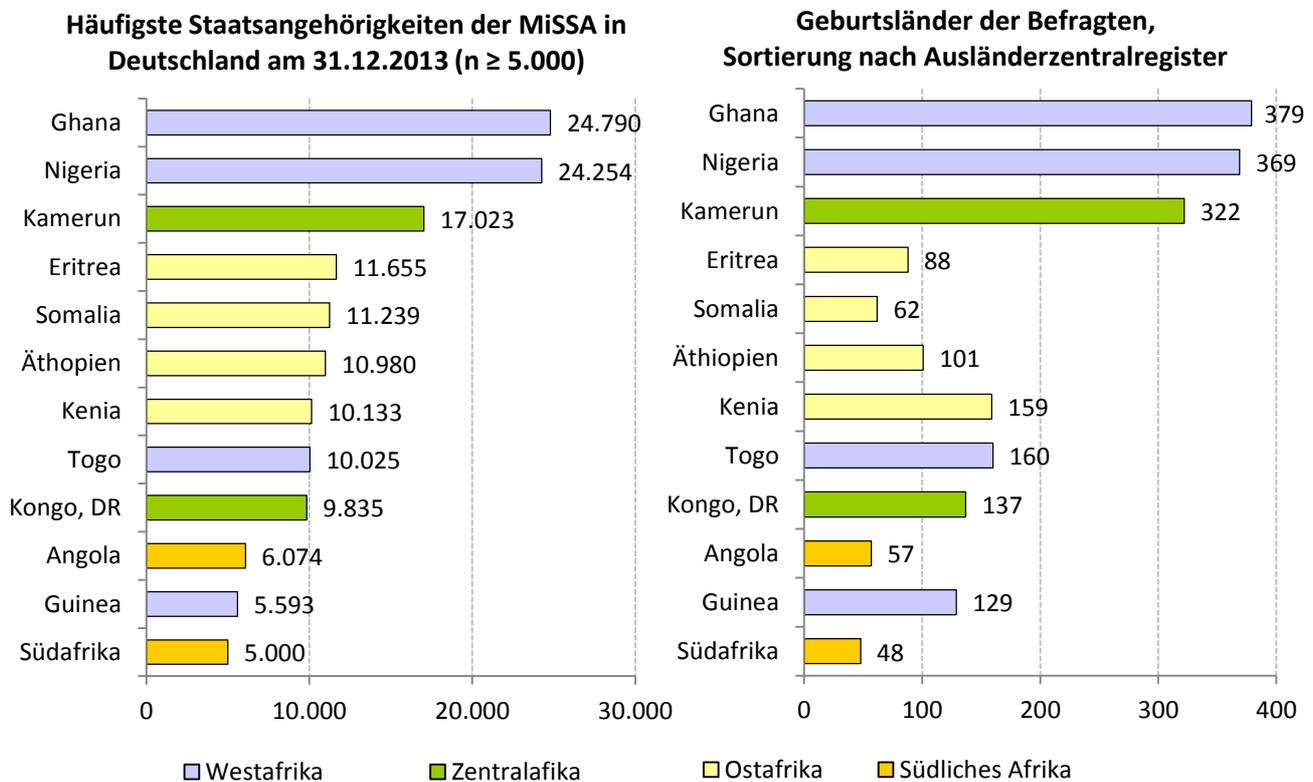
Abbildung 4: Häufigste Geburtsländer der Befragten, n=2.918 (kumuliert 90%)



⁵ Zur Klassifikation der Länder Subsahara-Afrikas nach Regionen gemäß Statistischem Bundesamt vgl.[34], Anhang A.

Vergleicht man die Geburtsländer der Befragten mit denjenigen MiSSA, die Ende 2013 im Ausländerzentralregister verzeichnet waren, wird deutlich, dass insbesondere die großen Communities aus Ghana, Nigeria und Kamerun gut erreicht werden konnten (Abbildung 5). Etwas weniger gut erreicht sind hingegen Menschen aus Eritrea, Somalia und Äthiopien. Gut erreicht werden konnten wiederum Befragte aus Kenia, Togo, Kongo, DR, Guinea und der Elfenbeinküste.

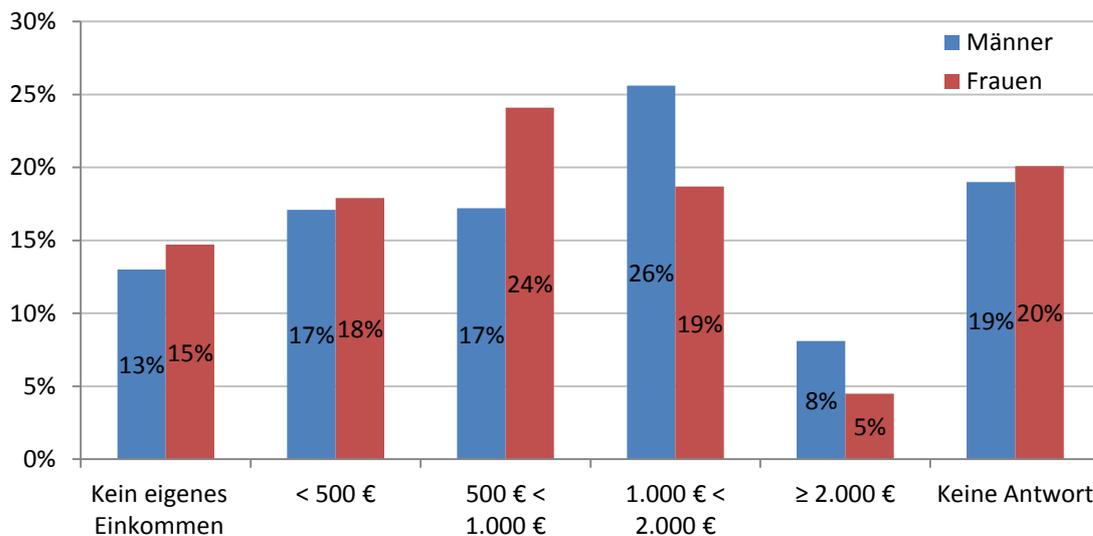
Abbildung 5: Vergleich Staatsangehörigkeiten vs. Geburtsländer - Mapping vs. Studienpopulation



Knapp die Hälfte der Studienpopulation bestritt den eigenen Lebensunterhalt durch Arbeit (45%) – genannt wurde dies häufiger von Männern (49% vs. 39%; OR=1,5; 95%-KI: 1,3-1,8) –, von nicht ganz einem Drittel wurde staatliche Unterstützung angegeben (30%) – dies häufiger von Frauen (34% vs. 26%; OR=1,5; 95%-KI: 1,3-1,7). Insgesamt 49 Personen (3,7%) bezogen trotz Arbeit staatliche Unterstützung; auch dies traf häufiger auf Frauen zu (5,3% vs. 2,6%; OR=2,1; 95%-KI: 1,2-3,7). Etwa jede/r Achte gab eine studentische Tätigkeit als Einkommensquelle an (12%), die Familie nannte nahezu jede/r Zehnte (8,6%) und in Ausbildung befanden sich 7,8% der Befragten. Andere Unterstützung (3,7%) oder ein Einkommen über ein Stipendium (2,1%) spielten untergeordnete Rollen.

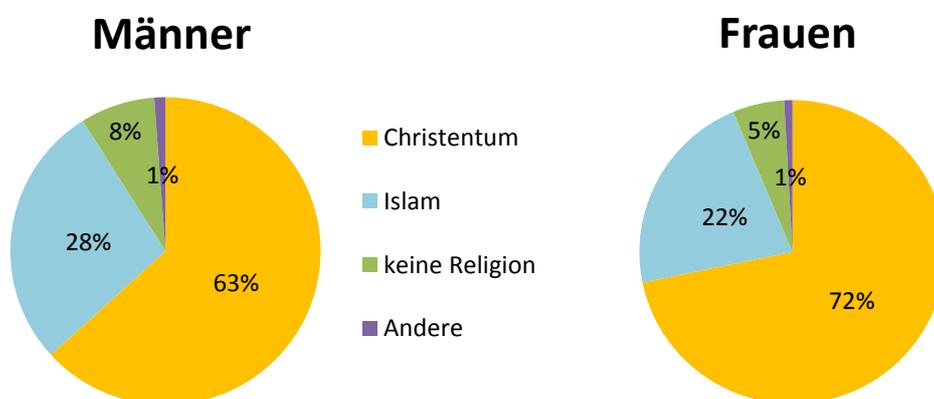
Die Höhe des monatlichen Nettoeinkommens der Studienpopulation stratifiziert nach Geschlecht zeigt Abbildung 6. Nahezu jede/r Vierte gab ein Einkommen von 1.000 bis unter 2.000 € an (22%), jede/r Fünfte berichtete ein Einkommen zwischen 500 und 1.000 €. Anteilig genauso viele Personen wollten die Frage jedoch auch nicht beantworten. Innerhalb der Studienpopulation wurden Einkommensdifferenzen zwischen den Geschlechtern deutlich. Frauen gaben häufiger ein Einkommen bis unter 1.000 € an als Männer (71% vs. 58%; OR=1,7; 95%-KI: 1,5-2,1). Zurückführen lässt sich dies auf die Besetzung zweier Einkommensgruppen: Jede vierte Frau gab an, ein Einkommen von 500 bis unter 1.000 € monatlich netto zur Verfügung zu haben (24%), unter den Männern gab jeder vierte ein Einkommen von 1.000 bis unter 2.000 € an (26%).

Abbildung 6: Studienpopulation nach monatlichem Nettoeinkommen und Geschlecht, n=2.879



Zwei von drei Teilnehmer/innen gaben das Christentum, jede/r Vierte gab den Islam als eigene Religion an. Etwa jede/r vierzehnte (6,6%) gab an, keiner Religion anzugehören und 2,1% bezeichneten sich anderen Religionsgruppen zugehörig. Stratifiziert nach Geschlecht zeigt Abbildung 7 die Religionszugehörigkeit der Teilnehmer/innen. Hier wird v.a. deutlich, dass Frauen häufiger dem Christentum und seltener dem Islam angehörten.

Abbildung 7: Studienpopulation nach Religionszugehörigkeit und Geschlecht, n=3.006



Christliche Frauen gaben häufiger an, „oft“ am Gemeindeleben teilzunehmen als christliche Männer (58% vs. 49%; OR=1,5; 95%-KI: 1,2-1,8). Unter den Muslim/innen, von denen 39% angaben, „oft“ am Gemeindeleben teilzunehmen, zeigte sich kein Geschlechterunterschied. Unter den Christ/innen nahmen 6,6% „gar nicht“ am Gemeindeleben teil, unter den Muslim/innen traf dies auf 16% zu.

Hinsichtlich des Krankenversicherungsstatus der Teilnehmer/innen, auf den in Kapitel 4. 4. 1 vertieft eingegangen wird, zeigte sich, dass die Mehrheit (81%) der Teilnehmer/innen über die Krankenversicherungskarte versichert war. Jede/r Zehnte benötigte für eine medizinische Konsultation einen Behandlungsschein vom Sozialamt (9,5%) und etwa jede/r Vierzehnte gab an, gar nicht krankenversichert zu sein (6,9%). 47 Personen wussten nicht, ob sie krankenversichert waren oder nicht (1,5%).

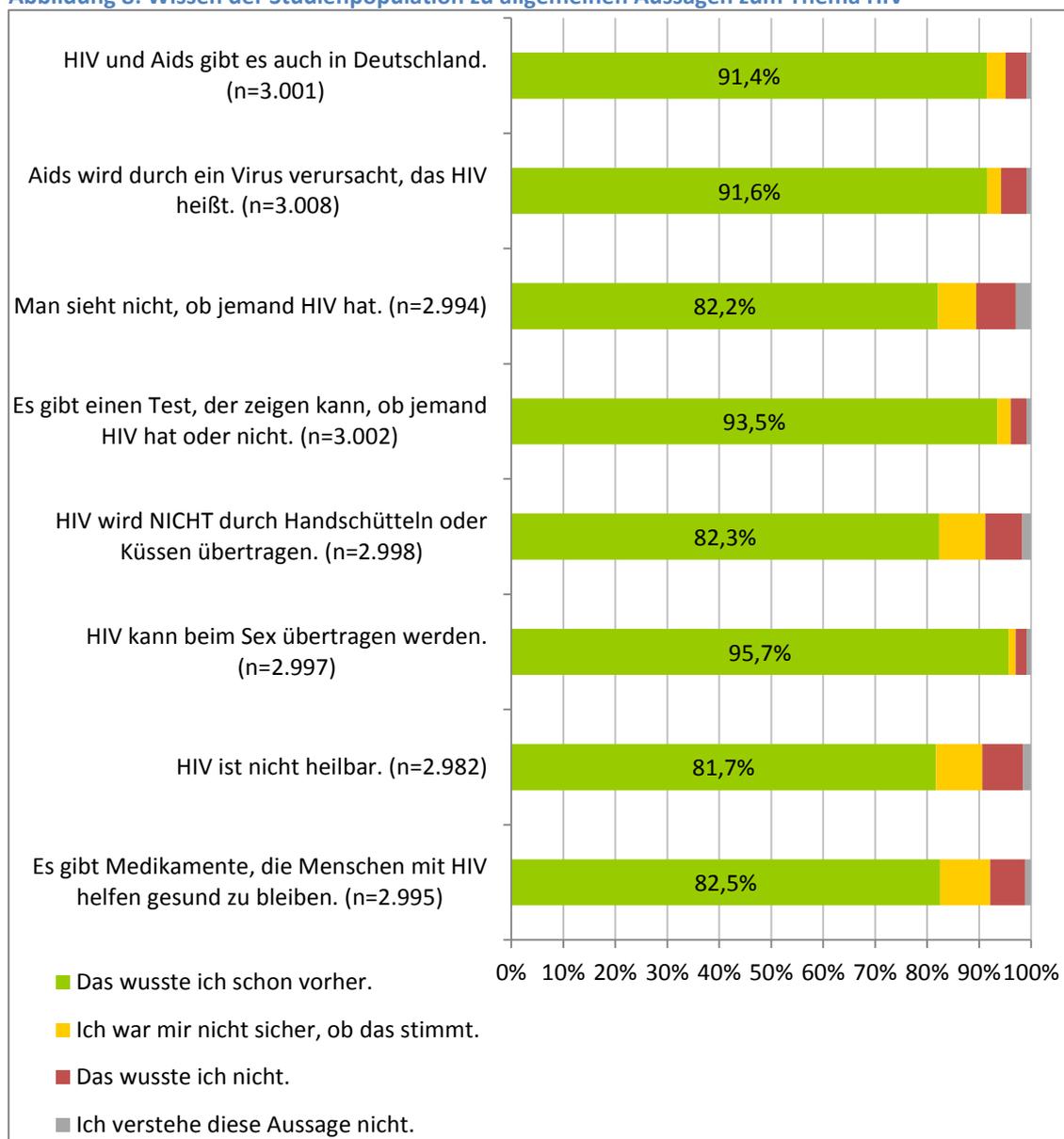
4. 2. Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Bei den Wissensfragen sollten Befragte angeben, ob ihnen die präsentierten wahren Informationen schon vorher bekannt waren oder ob sie sich unsicher waren bzw. die Aussage nicht kannten. Die Aussagen wurden thematisch gruppiert (Vgl. Tabelle 3) und die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

4. 2. 1 Wissen zu allgemeinen Aussagen zum Thema HIV

Es wurden acht eher allgemeine Aussagen zum Thema HIV, z.B. zu Übertragungswegen, präsentiert. Die Anteile derjenigen, die die Aussagen bereits kannten oder nicht finden sich in Abbildung 8.

Abbildung 8: Wissen der Studienpopulation zu allgemeinen Aussagen zum Thema HIV



Es wird deutlich, dass das allgemeine Wissen zum Thema HIV gut verbreitet ist; alle Aussagen waren mehr als 80% der Teilnehmer/innen bekannt. Am seltensten bekannt waren die Aussagen, dass HIV nicht durch Handschütteln oder Küssen übertragen wird (82,3% kannten diese Aussage), dass man nicht sieht, ob jemand HIV hat (82,2%) und dass HIV nicht heilbar ist (81,7%). Alle Aussagen stratifiziert nach Subgruppen finden sich in Tabelle A1 im Tabellenanhang A.

In der univariablen Analyse zwischen soziodemographischen Merkmalen der Befragten und dem allgemeinen Wissens zu HIV waren einerseits weibliches Geschlecht, ein Studium als höchster Schulabschluss und ein Einkommen von 2.000 € und mehr mit besserem Wissen assoziiert (Tabelle 4). Als Gruppen mit höheren Informationsbedarfen konnten jüngere Befragte (18-25 Jahre), diejenigen mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), einer Aufenthaltszeit in Deutschland von bis fünf Jahren, wenigen und gar keinen Deutschkenntnissen, ohne reguläre Krankenversicherung, einem geringeren Einkommen (kein eigenes Einkommen, < 500 €) und muslimischer Religionszugehörigkeit identifiziert werden.

In der multivariablen Analyse zeigten sich muttersprachliche Deutschkenntnisse als stärkster positiver Einflussfaktor auf das allgemeine Wissen zu HIV gefolgt von universitärer Bildung und weiblichem Geschlecht. Einen negativen Einfluss auf das Wissen hatten jüngeres Alter, weniger hohe Schulbildung, ein Mangel an Deutschkenntnissen sowie muslimische Religionszugehörigkeit (Tabelle 4⁶)

Tabelle 4: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem allgemeinen Wissen zu HIV; 8 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*

Variable	% ⁷	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	86%	Ref.			Ref.		
Frauen	88%	1,21	0,035	1,01-1,4	1,32	0,001	1,1-1,6
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	83%	0,51	<0,001	0,4-0,7	0,64	0,001	0,5-0,8
26 – 35 Jahre	88%	0,96	0,741	0,8-1,2	1,02	0,898	0,8-1,3
36 – 45 Jahre	89%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	89%	1,00	0,990	0,8-1,3	0,94	0,661	0,7-1,2
Schulbildung							
kein Abschluss	75%	0,29	<0,001	0,2-0,4	0,42	<0,001	0,3-0,6
sonstiger Abschluss	81%	0,48	0,031	0,3-0,9	0,63	0,160	0,3-1,2
Grund-/Hauptschule	82%	0,52	<0,001	0,4-0,6	0,61	<0,001	0,5-0,8
Mittlere Reife/Abitur	88%	Ref.			Ref.		
Studium	93%	2,13	<0,001	1,7-2,7	1,79	<0,001	1,4-2,2
Deutschkenntnisse							
gar nicht	74%	0,27	<0,001	0,2-0,4	0,60	0,008	0,4-0,9
wenig	85%	0,65	0,001	0,5-0,8	0,95	0,712	0,7-1,3

⁶ Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B1 im Tabellenanhang B.

⁷ Prozenzte hier und im Folgenden bezeichnen die Anteile derjenigen, die mit „Das wusste ich schon“ geantwortet haben.

mittelmäßig	89%	1,07	0,629	0,8-1,4	1,15	0,281	0,9-1,5
gut	88%	Ref.			Ref.		
sehr gut	90%	1,27	0,064	0,99-1,6	1,16	0,234	0,9-1,5
Muttersprache	90%	1,33	0,158	0,9-2,0	2,02	0,005	1,2-3,3
Religion							
Christentum	89%	Ref.			Ref.		
Islam	82%	0,46	<0,001	0,4-0,6	0,65	<0,001	0,5-0,8
keine Religion	88%	0,93	0,678	0,7-1,3	1,11	0,533	0,8-1,6

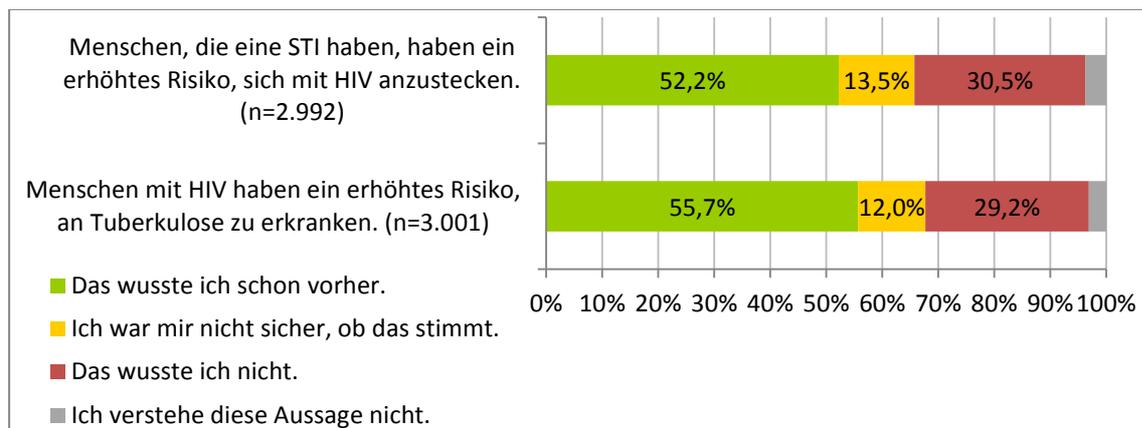
* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

4. 2. 2 Wissen zu spezifischen Aussagen zum Thema HIV

Neben diesen allgemeinen Aussagen zum Thema HIV enthielt der Fragebogen vier weitere, eher spezifische Aussagen zu diesem Thema. Einerseits ging es um Koinfektionen, zum anderen um die Situation in Deutschland in Bezug auf HIV.

Die zwei Aussagen zu Koinfektionen mit HIV sowie die dazugehörigen Antworten pro Frage zeigt Abbildung 9. Koinfektionen von STI und HIV sowie von HIV und Tuberkulose waren nur knapp mehr als der Hälfte der Befragten bekannt; jeweils nahezu jede/r Dritte kannte die Informationen nicht. Alle Aussagen stratifiziert nach Subgruppen finden sich in Tabelle A2 im Tabellenanhang A.

Abbildung 9: Wissen der Studienpopulation zu Koinfektionen mit HIV



Den stärksten positiven Einfluss auf das Wissen zu Koinfektionen mit HIV in der univariablen Analyse hatten ein universitärer Abschluss, ein Einkommen von 2.000 € und mehr sowie sehr gute Deutschkenntnisse. Informationsbedarfe zeigte sich bei jüngeren Befragten (18-25 Jahre), bei denen mit weniger hoher Bildung, unter denjenigen, die unter einem Jahr in Deutschland waren oder seit Geburt in Deutschland lebten, bei denjenigen mit weniger Deutschkenntnissen bzw. Muttersprachlern, unter denjenigen mit Behandlungsschein, einem geringeren Einkommen sowie unter Muslim/innen.

In der multivariablen Analyse identifizierte stärkste positive Einflussfaktoren auf das Wissen zu Koinfektionen mit HIV waren universitäre Bildung, sehr gute Deutschkenntnisse sowie eine Aufenthaltszeit in Deutschland von einem bis unter fünf Jahren. Als negative Einflussfaktoren stellten sich junges Alter (18-25 Jahre) sowie auch höheres Alter (46 Jahre und älter), weniger hohe Schulabschlüsse (kein Ab-

schluss, Grund-/Hauptschule), seit Geburt in Deutschland zu leben, ein Mangel an Deutschkenntnissen sowie muslimische Religionszugehörigkeit heraus (Tabelle 5⁸)

Tabelle 5: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu Koinfektionen mit HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	43%	0,36	<0,001	0,3-0,5	0,49	<0,001	0,4-0,7
26 – 35 Jahre	56%	0,83	0,156	0,6-1,1	0,77	0,053	0,6-1,01
36 – 45 Jahre	59%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	55%	0,76	0,100	0,6-1,1	0,70	0,023	0,5-0,95
Schulbildung							
kein Abschluss	33%	0,30	<0,001	0,2-0,4	0,36	<0,001	0,3-0,5
sonstiger Abschluss	46%	0,69	0,368	0,3-1,5	0,72	0,404	0,3-1,6
Grund-/Hauptschule	41%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,55	<0,001	0,4-0,7
Mittlere Reife/Abitur	52%	Ref.			Ref.		
Studium	69%	2,90	<0,001	2,3-3,7	2,11	<0,001	1,7-2,7
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	45%	0,50	<0,001	0,4-0,7	1,46	0,072	0,97-2,2
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	53%	0,79	0,041	0,6-0,99	1,42	0,013	1,1-1,9
> 5 Jahre	56%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	42%	0,39	<0,001	0,3-0,6	0,35	0,012	0,2-0,8
Deutschkenntnisse							
gar nicht	35%	0,27	<0,001	0,2-0,4	0,46	0,001	0,3-0,7
wenig	49%	0,68	0,013	0,5-0,9	0,74	0,065	0,5-1,02
mittelmäßig	52%	0,84	0,243	0,6-1,1	0,86	0,314	0,7-1,2
gut	55%	Ref.			Ref.		
sehr gut	62%	1,58	0,002	1,2-2,1	1,54	0,002	1,2-2,0
Muttersprache	47%	0,60	0,023	0,4-0,9	1,65	0,074	0,95-2,8
Religion							
Christentum	57%	Ref.			Ref.		
Islam	43%	0,41	<0,001	0,3-0,5	0,53	<0,001	0,4-0,7
keine Religion	52%	0,71	0,085	0,5-1,1	0,84	0,362	0,6-1,2

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

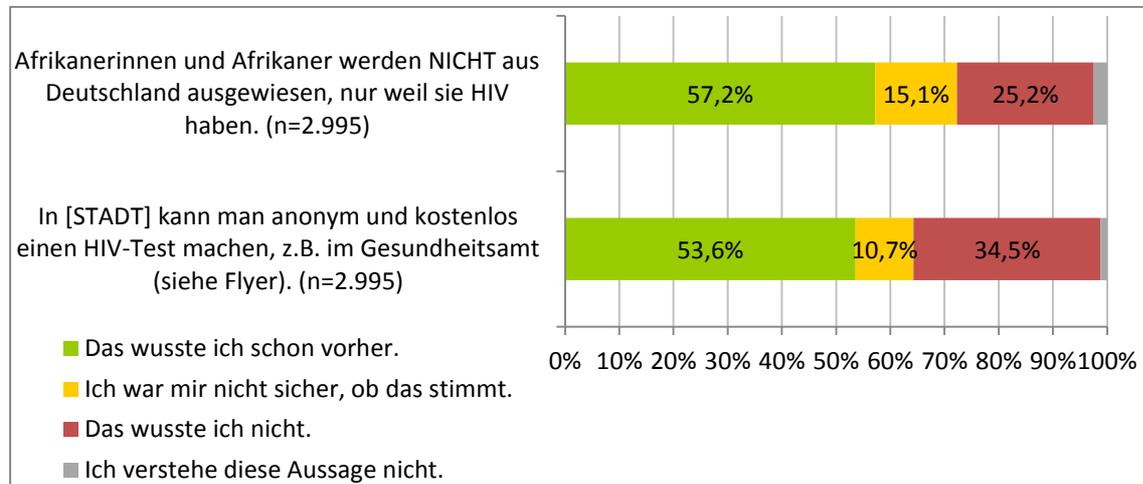
Die zwei Aussagen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV bezogen sich einerseits auf eine mögliche Ausweisung nur aufgrund eines positiven HIV-Testergebnisses sowie andererseits auf die Bekanntheit der Testangebote der örtlichen Gesundheitsämter.

Beide Aussagen waren mehr als der Hälfte der Studienpopulation bekannt. Etwa jede/r siebte war sich unsicher, ob die Information, dass eine HIV-Infektion allein kein Ausweisungsgrund ist, stimmen würde und jede/r vierte wusste dies nicht. Die kostenlosen und anonymen Testangebote waren mehr als je-

⁸ Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B2 im Tabellenanhang B.

dem/jeder dritten Teilnehmer/in nicht bekannt und auch hier war sich mehr als jede/r zehnte unsicher, ob die Information stimmen würde (Abbildung 10). Beide Aussagen stratifiziert nach Subgruppen finden sich in Tabelle A2 Tabellenanhang A.

Abbildung 10: Wissen der Studienpopulation zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV



Als positive Einflussgrößen in der univariablen Analyse hinsichtlich des Wissens zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV stellten sich sehr gute Deutschkenntnisse, ein Universitätsabschluss sowie ein Alter von mindestens 46 Jahren heraus. Mit weniger Wissen waren hingegen ein Alter von unter 36 Jahren, weniger hohe Schulabschlüsse (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), eine Aufenthaltszeit in Deutschland von unter fünf Jahren bzw. eine Aufenthaltszeit in Deutschland seit Geburt, wenig Deutschkenntnisse (gar keine, wenig), keine reguläre Krankenversicherung, ein Einkommen von unter 1.000 € sowie muslimische Religionszugehörigkeit assoziiert.

In der multivariablen Analyse waren sehr gute Deutschkenntnisse sowie ein Universitätsabschluss positive Einflussfaktoren auf das Wissen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV. Einen negativen Einfluss darauf hatten erneut jüngeres Alter (18-25 Jahre), weniger hohe Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), eine Aufenthaltszeit in Deutschland von unter fünf Jahren bzw. seit Geburt, kein eigenes Einkommen sowie muslimische Religionszugehörigkeit (Tabelle 6⁹).

Tabelle 6: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	44%	0,40	<0,001	0,3-0,5	0,63	0,001	0,5-0,8
26 – 35 Jahre	54%	0,70	0,003	0,6-0,9	0,88	0,301	0,7-1,1
36 – 45 Jahre	60%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	65%	1,3	0,047	1,003-1,8	1,06	0,706	0,8-1,4
Schulbildung							

⁹ Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B3 im Tabellenanhang B.

kein Abschluss	41%	0,42	<0,001	0,3-0,6	0,64	0,010	0,5-0,9
sonstiger Abschluss	46%	0,55	0,119	0,3-1,2	0,79	0,523	0,4-1,6
Grund-/Hauptschule	47%	0,59	<0,001	0,5-0,7	0,68	0,001	0,5-0,9
Mittlere Reife/Abitur	57%	Ref.			Ref.		
Studium	63%	1,44	0,001	1,2-1,8	1,29	0,025	1,03-1,6
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	38%	0,22	<0,001	0,2-0,3	0,53	0,001	0,4-0,8
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	46%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,54	<0,001	0,4-0,7
> 5 Jahre	65%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	53%	0,52	<0,001	0,4-0,7	0,64	0,223	0,3-1,3
Deutschkenntnisse							
gar nicht	33%	0,24	<0,001	0,2-0,3	0,67	0,060	0,4-1,02
wenig	44%	0,45	<0,001	0,3-0,6	0,78	0,089	0,6-1,04
mittelmäßig	56%	0,92	0,509	0,7-1,2	1,09	0,516	0,8-1,4
gut	58%	Ref.			Ref.		
sehr gut	66%	1,59	<0,001	1,2-2,1	1,40	0,010	1,1-1,8
Muttersprache	56%	0,89	0,553	0,6-1,3	1,42	0,164	0,9-2,3
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	40%	0,25	<0,001	0,2-0,4	0,63	0,006	0,5-0,9
< 500 €	49%	0,42	<0,001	0,3-0,6	1,01	0,939	0,7-1,4
500 - < 1.000 €	56%	0,63	0,001	0,5-0,8	0,88	0,331	0,7-1,2
1.000 € - < 2.000 €	64%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	70%	1,46	0,065	0,98-2,2	1,16	0,453	0,8-1,7
Religion							
Christentum	58%	Ref.			Ref.		
Islam	46%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,72	0,002	0,6-0,9
keine Religion	55%	0,81	0,236	0,6-1,2	0,89	0,510	0,6-1,3

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

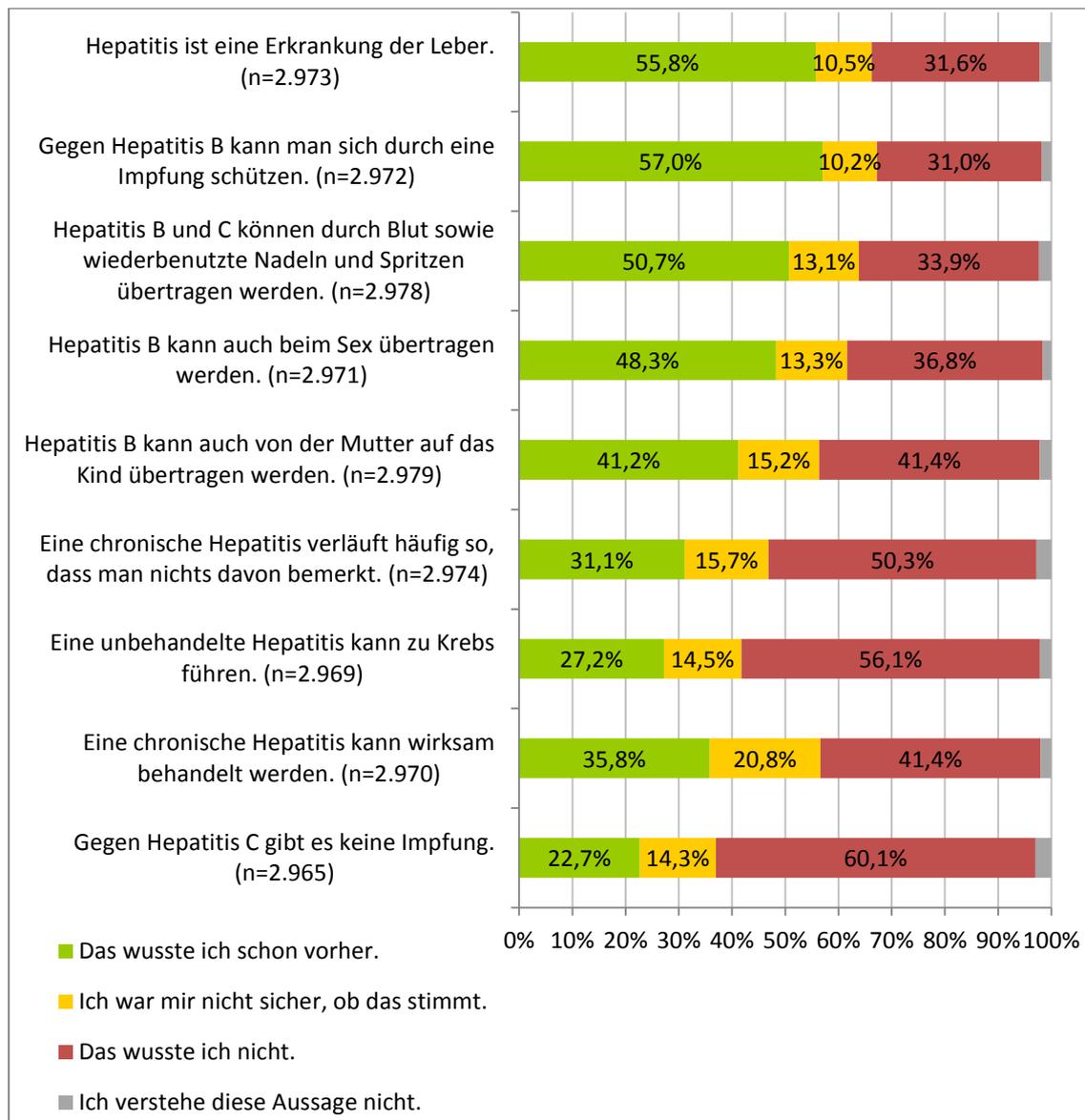
Zusammenfassend stellten sich in allen drei Wissensbereichen zum Thema HIV als Gruppen mit höheren Informationsbedarfen heraus:

- Jüngere Befragte
- Befragte mit geringerem sozioökonomischen Status (weniger hohe Bildung, geringeres Einkommen)
- Kürzlich Migrierte (keine/ wenig Deutschkenntnisse, unter fünf Jahren in Deutschland)
- Personen, die seit Geburt in Deutschland leben sowie
- Menschen mit muslimischer Religionszugehörigkeit.

4. 2. 3 Wissen zum Thema virale Hepatitiden

Zum Themenbereich virale Hepatitiden wurden den Befragungsteilnehmer/innen insgesamt neun wahre Aussagen präsentiert, die sich auf Übertragungswege, Klinik, Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten bezogen. Alle Aussagen sowie die dazugehörigen Antworten zeigt Abbildung 11. Alle Aussagen stratifiziert nach Subgruppen finden sich in Tabelle A3 Tabellenanhang A.

Abbildung 11: Wissen der Studienpopulation zu viralen Hepatitiden



In der univariablen Analyse waren ein Universitätsabschluss, sehr gute Deutschkenntnisse als auch ein Einkommen von 2.000 € und mehr positiv mit Wissen zum Thema virale Hepatitiden assoziiert. Als Gruppen mit höheren Informationsbedarfen stellten sich wiederum jüngere Befragte (18-25 Jahre), Befragte mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), einer Aufenthaltszeit in Deutschland von unter fünf Jahren, geringeren Deutschkenntnissen (gar nicht, wenig, mittelmäßig), ohne reguläre Krankenversicherung, einem Einkommen von unter 1.000 € sowie Muslim/innen heraus.

Den stärksten positiven Einfluss auf das Wissen zu viralen Hepatitiden in der multivariablen Analyse hatte universitäre Bildung gefolgt von sehr guten Deutschkenntnissen und weiblichem Geschlecht. Negativ assoziiert mit diesem Wissen waren jüngeres Alter (18-25 Jahre), weniger hohe Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), weniger gute Deutschkenntnisse (gar nicht, wenig, mittel), ein Man-

gel an regulärer Krankenversicherung, ein geringes Einkommen (kein eigenes Einkommen, unter 500 €) und muslimische Religionszugehörigkeit (Tabelle 7¹⁰).

Tabelle 7: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu viralen Hepatitiden; 9 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	39%	Ref.			Ref.		
Frauen	41%	1,09	0,365	0,9-1,3	1,25	0,018	1,04-1,5
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	34%	0,54	<0,001	0,4-0,7	0,70	0,017	0,5-0,9
26 – 35 Jahre	40%	0,81	0,100	0,6-1,04	0,93	0,535	0,7-1,2
36 – 45 Jahre	43%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	45%	1,22	0,206	0,9-1,7	1,10	0,519	0,8-1,5
Schulbildung							
kein Abschluss	22%	0,18	<0,001	0,1-0,3	0,30	<0,001	0,2-0,4
sonstiger Abschluss	35%	0,54	0,124	0,2-1,2	0,60	0,203	0,3-1,3
Grund-/Hauptschule	28%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,48	<0,001	0,4-0,6
Mittlere Reife/Abitur	42%	Ref.			Ref.		
Studium	52%	2,07	<0,001	1,7-2,6	1,79	<0,001	1,4-2,2
Deutschkenntnisse							
gar nicht	22%	0,17	<0,001	0,1-0,3	0,53	0,006	0,3-0,8
wenig	30%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,66	0,008	0,5-0,9
mittelmäßig	36%	0,58	<0,001	0,4-0,8	0,69	0,006	0,5-0,9
gut	43%	Ref.			Ref.		
sehr gut	52%	1,82	<0,001	1,4-2,4	1,47	0,003	1,1-1,9
Muttersprache	47%	1,37	0,123	0,9-2,1	1,33	0,263	0,8-2,2
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	27%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,60	0,013	0,4-0,9
Behandlungsschein	21%	0,15	<0,001	0,1-0,2	0,56	0,002	0,4-0,8
Krankenversicherungskarte	44%	Ref.			Ref.		
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	31%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,63	0,008	0,5-0,9
< 500 €	32%	0,33	<0,001	0,2-0,4	0,67	0,015	0,5-0,9
500 - < 1.000 €	42%	0,68	0,007	0,5-0,9	0,80	0,108	0,6-1,1
1.000 € - < 2.000 €	47%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	57%	1,97	0,001	1,3-3,0	1,26	0,254	0,9-1,9
Religion							
Christentum	42%	Ref.			Ref.		
Islam	34%	0,48	<0,001	0,4-0,6	0,77	0,017	0,6-0,95

¹⁰ Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B4 im Tabellenanhang B.

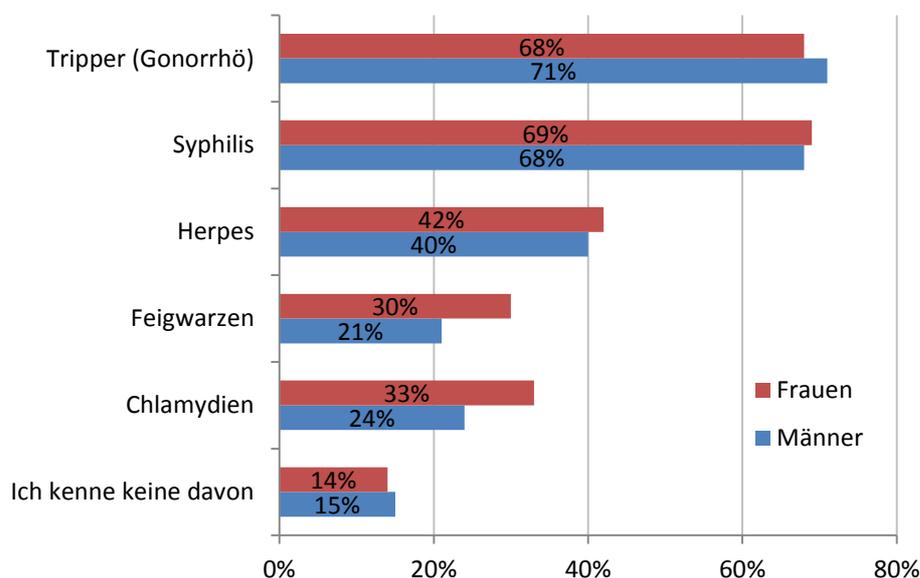
keine Religion	40%	0,87	0,453	0,6-1,3	0,93	0,694	0,7-1,3
----------------	-----	------	-------	---------	------	-------	---------

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

4. 2. 4 Wissen zum Thema sexuell übertragbare Infektionen

Zur Erhebung der Bekanntheit verschiedener anderer STI wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob sie schon einmal von diesen STI, außer HIV, gehört hätten. Während Gonorrhö (70%) und Syphilis (68%) jeweils mehr als zwei Dritteln der Befragten bekannt waren, traf dies bei Herpes (41%) auf weniger als jede/n zweiten und bei Chlamydien (28%) und Feigwarzen (25%) nur noch auf etwa jede/n vierten zu. Etwa jede/r Siebte gab an, noch von keiner dieser STI gehört zu haben (14%). Feigwarzen als auch Chlamydien waren Frauen häufiger bekannt als Männern (30% vs. 21%; OR=1,6; 95%-KI: 1,4-1,9 bzw. 33% vs. 24%; OR=1,6; 95%-KI: 1,3-1,9) (Abbildung 12). Die Bekanntheit aller STI stratifiziert nach Subgruppen findet sich in Tabelle A4 im Tabellenanhang A.

Abbildung 12: Bekanntheit anderer STI in der Studienpopulation nach Geschlecht, n=2.958



STI waren häufiger Frauen, Teilnehmenden mit Universitätsabschluss, mit sehr guten und muttersprachlichen Deutschkenntnissen, einem Einkommen von 2.000 € und mehr oder denjenigen, die seit Geburt in Deutschland leben bekannt. Erhöhte Informationsbedarfe zeigten sich hingegen bei jüngeren Befragten (18-25 Jahre), bei denjenigen mit weniger hoher Bildung (kein Schulabschluss, Grund-/Hauptschule), geringeren Deutschkenntnissen (gar nicht, wenig), ohne reguläre Krankenversicherung und einem geringen Einkommen (kein eigenes Einkommen, < 500 €) sowie bei Muslim/innen.

In der multivariablen Analyse waren universitäre Bildung, weibliches Geschlecht und sehr gute Deutschkenntnisse mit der Bekanntheit der genannten STI assoziiert. STI waren weniger bekannt bei Teilnehmenden mit jüngerem Alter (18-25 Jahre), weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-

/Haupt-schule), einem Mangel an Deutschkenntnissen, einer Krankenversicherung über einen Behandlungsschein, keinem eigenen Einkommen oder muslimischer Religionszugehörigkeit (Tabelle 8¹¹).

Tabelle 8: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und Bekanntheit anderer STI; 5 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen*

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	44%	Ref.			Ref.		
Frauen	47%	1,15	0,026	1,02-1,3	1,26	<0,001	1,1-1,4
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	40%	0,67	<0,001	0,6-0,8	0,75	0,002	0,6-0,9
26 – 35 Jahre	48%	1,00	0,989	0,9-1,2	1,03	0,724	0,9-1,2
36 – 45 Jahre	48%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	46%	0,93	0,456	1,1	0,89	0,205	0,8-1,1
Schulbildung							
kein Abschluss	25%	0,30	<0,001	0,2-0,4	0,42	<0,001	0,3-0,5
sonstiger Abschluss	43%	0,83	0,440	0,5-1,3	0,94	0,786	0,6-1,5
Grund-/Hauptschule	33%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,61	<0,001	0,5-0,7
Mittlere Reife/Abitur	47%	Ref.			Ref.		
Studium	61%	2,01	<0,001	1,8-2,3	1,79	<0,001	1,6-2,1
Deutschkenntnisse							
gar nicht	27%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,75	0,039	0,6-0,99
wenig	40%	0,74	0,001	0,6-0,9	1,02	0,843	0,9-1,2
mittelmäßig	44%	0,91	0,293	0,8-1,1	0,97	0,728	0,8-1,2
gut	46%	Ref.			Ref.		
sehr gut	55%	1,55	<0,001	1,3-1,8	1,25	0,007	1,1-1,5
Muttersprache	57%	1,78	<0,001	1,4-2,3	1,37	0,052	0,998-1,9
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	37%	0,53	<0,001	0,4-0,7	0,88	0,290	0,7-1,1
Behandlungsschein	26%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,66	<0,001	0,5-0,8
Krankenversicherungskarte	49%	Ref.			Ref.		
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	36%	0,48	<0,001	0,4-0,6	0,74	0,006	0,6-0,9
< 500 €	40%	0,59	<0,001	0,5-0,7	0,84	0,082	0,7-1,02
500 - < 1.000 €	50%	0,97	0,778	0,8-1,2	0,96	0,609	0,8-1,1
1.000 € - < 2.000 €	50%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	60%	1,71	<0,001	1,3-2,2	1,18	0,178	0,9-1,5
Religion							
Christentum	49%	Ref.			Ref.		
Islam	36%	0,52	<0,001	0,5-0,6	0,76	<0,001	0,7-0,9

¹¹ Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B5 im Tabellenanhang B.

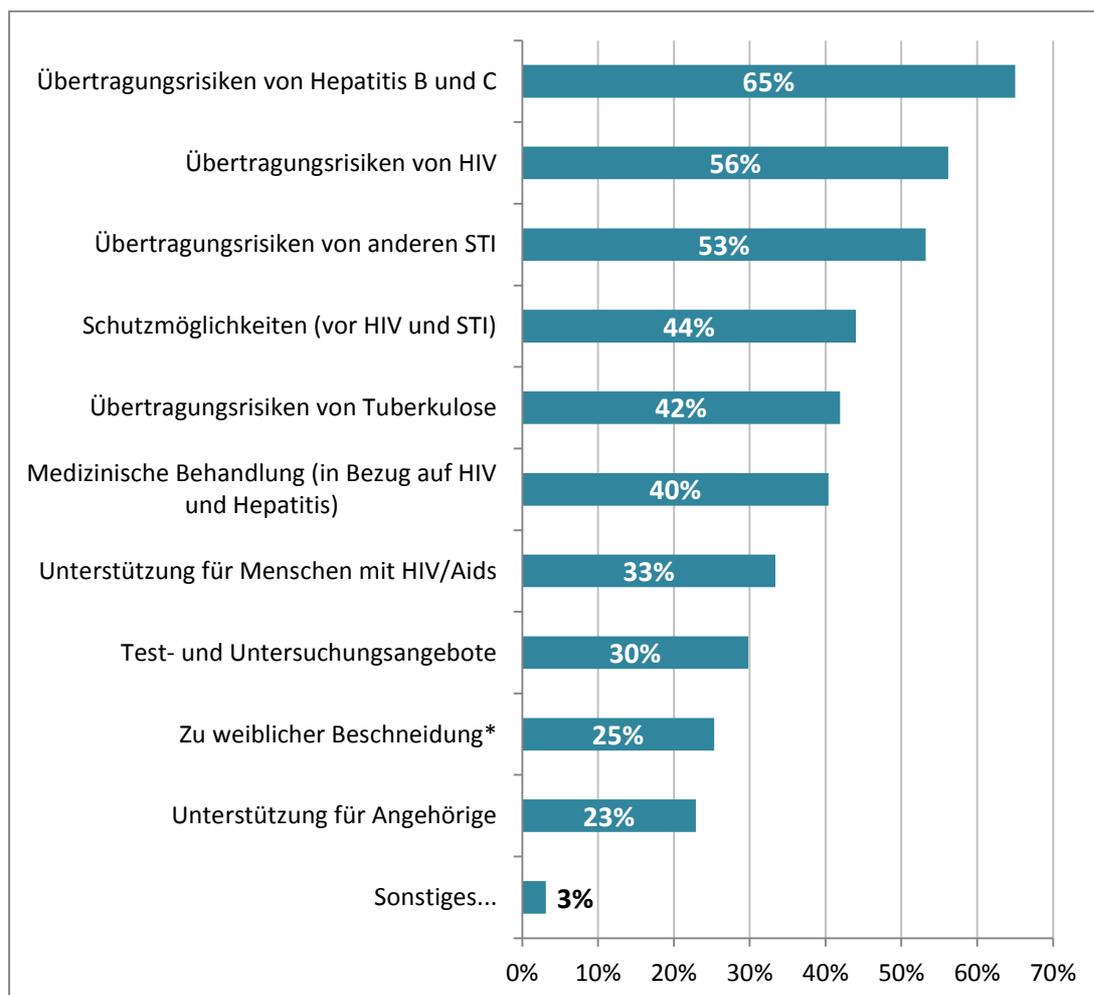
keine Religion	48%	0,99	0,912	0,8-1,3	1,05	0,635	0,9-1,3
----------------	-----	------	-------	---------	------	-------	---------

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

4. 2. 5 Informationswünsche und präferierte Informationsquellen

Nahezu drei von vier Befragungsteilnehmer/innen wünschten sich allgemein mehr Informationen zu HIV, Hepatitis und STI (73%). Die spezifischen Themen, die von den Befragten gewählt werden konnten, sowie die Anteile zeigt Abbildung 13. Knapp zwei Drittel derjenigen, die sich mehr Informationen wünschten, wünschten sich diese zu den Übertragungsrisiken von Hepatitis (65%). Jeweils mehr als die Hälfte wünschte sich ebenfalls mehr Informationen zu den Übertragungsrisiken von HIV (56%) und anderen STI (53%). Jeweils weniger als jede/r Zweite wünschte sich Informationen zu Schutzmöglichkeiten vor HIV und STI (44%), Übertragungsrisiken von Tuberkulose (42%) sowie zu medizinischer Behandlung in Bezug auf HIV und Hepatitis (40%). Etwa jede/r Dritte gab an, sich mehr Informationen zur Unterstützung für Menschen mit HIV/Aids zu wünschen (33%) oder zu Test- und Untersuchungsangeboten (30%). Von etwa jeder/jedem Vierten wurden Informationen zu weiblicher Beschneidung oder zur Unterstützung Angehöriger (23%) gewünscht.

Abbildung 13: Informationswünsche der Befragten, n=2.126¹¹

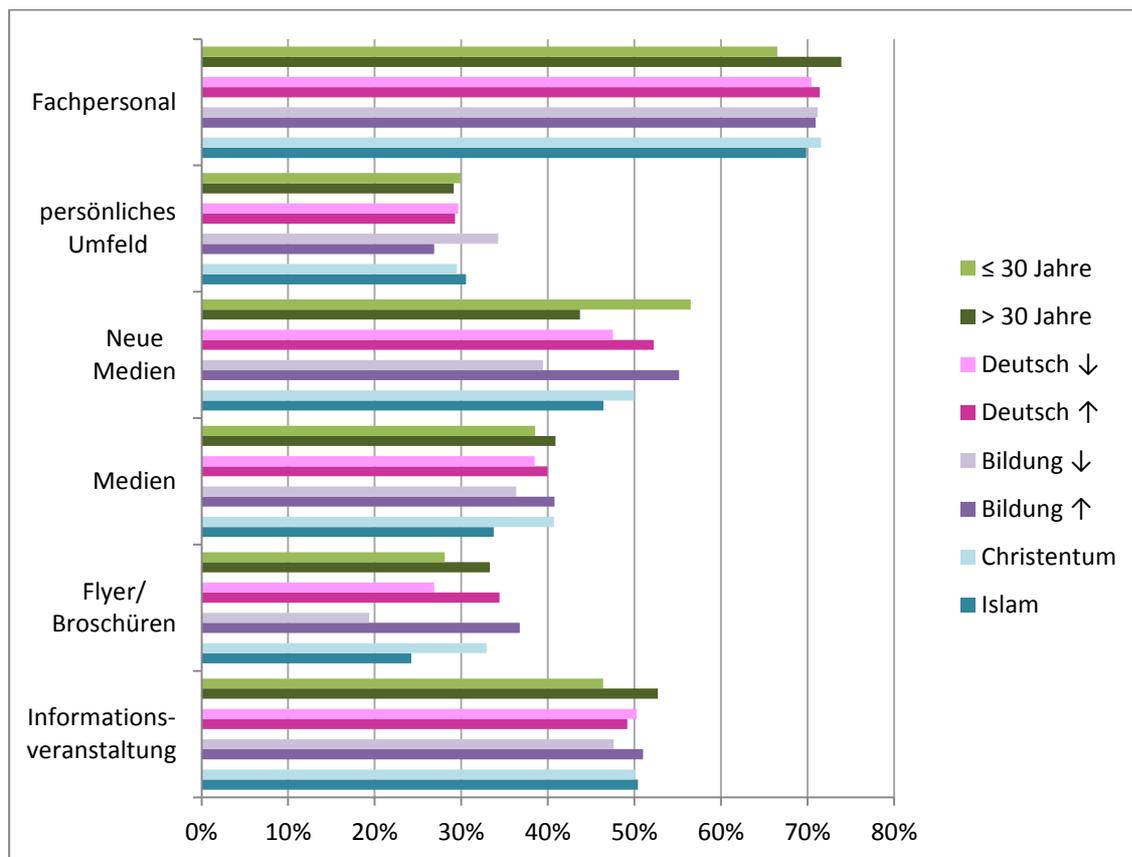


¹¹ Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%. * Nicht in München gefragt.

Neben diesen Themen konnten Befragte auch angeben, wie sie sich die Dissemination dieser Informationen wünschen. Abbildung 14 zeigt diese Informationswege gruppiert und stratifiziert nach Alter, Deutschkenntnissen, Bildung und Religionszugehörigkeit.

Am häufigsten wurden von den Befragten medizinisches Personal und Beratungsstellen für die Informationsdissemination gewünscht (jeweils 50%), etwa ein Drittel nannte Websites (34%) bzw. Radio und Fernsehen (32%) oder Flyer und Broschüren (31%). Von etwa jeder/jedem Vierten wurden soziale Netzwerke im Internet (24%), afrikanische Zeitschriften (24%), Informationsveranstaltungen (23%) oder Personen aus dem Umfeld (22%) genannt. Nur etwa jede/r Sechste wünschte sich Informationen zu HIV, Hepatitis und STI von Freunden (17%) oder über Handys und Smartphones (16%).

Abbildung 14: Gewünschte Informationswege stratifiziert nach Alter (n=1.926), Deutschkenntnissen (n=2.100), Bildung (n=2.087) und Religionszugehörigkeit (n=2.084) [†]



[†] Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%.

Betrachtet man die einzelnen Gruppen mit höheren Informationsbedarfen, so wurde über alle Gruppen hinweg deutlich, dass das Fachpersonal die von allen bevorzugte Informationsquelle darstellt. Bezüglich anderer Medien wurden jedoch Unterschiede in Subgruppen deutlich. Jüngere Befragte bis einschließlich 30 Jahre wünschten sich Informationen eher über neue Medien (57% vs. 44%; OR=0,6; 95%-KI: 0,5-0,7) und seltener über Informationsveranstaltungen (46% vs. 53%; OR=0,8; 95%-KI: 0,7-0,93) oder Flyer und Broschüren (28% vs. 33%; OR=0,8; 95%-KI: 0,6-0,95) verglichen mit denjenigen die über 30 Jahre alt waren. Personen mit weniger guten Deutschkenntnissen (gar nicht, wenig und mittelmäßig) hatten zwar keine Präferenzen verglichen mit denjenigen mit guten Deutschkenntnissen (gut, sehr gut und Muttersprache), wünschten sich Informationen jedoch seltener über neue Medien (48% vs. 52%; OR=0,8; 95%-KI: 0,7-0,98) oder von Flyern und Broschüren (34% vs. 27%; OR=0,7; 95%-KI: 0,6-

0,9). Auch Personen mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, sonstiger Abschluss und Grund-/Hauptschule) wurden als relevant für die Informationsweitergabe identifiziert. Sie wünschten sich häufiger, Informationen aus dem persönlichen Umfeld zu erhalten (34% vs. 27%; OR=1,4; 95%-KI: 1,2-1,7) und seltener über neue Medien (39% vs. 55%; OR=0,5; 95%-KI: 0,4-0,6) oder von Flyern und Broschüren (19% vs. 37%; OR=0,4; 95%-KI: 0,3-0,5) im Vergleich zu denjenigen mit höherer Bildung (Mittlere Reife/Abitur und Studium). Auch unter Muslim/innen gab es keine Präferenzen, sie wünschten sich Informationen jedoch seltener über Medien (34% vs. 41%; OR=0,7; 95%-KI: 0,6-0,9) oder von Flyern und Broschüren (24% vs. 33%; OR=0,7; 95%-KI: 0,5-0,8) als Christ/innen. Über alle Gruppen hinweg stellte jedoch, wie eingangs erwähnt, das Fachpersonal die am häufigsten genannte gewünschte Informationsquelle dar und wurde von mindestens zwei Dritteln angegeben.

4. 3. Schutz- und Risikofaktoren

Befragungsteilnehmer/innen wurden um Auskunft über mehrere Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf den Erwerb von HIV, HEP und STI gebeten. Zum einen ging es um das eigene Sexualverhalten innerhalb der letzten zwölf Monate, zum anderen wurden aber auch weitere Schutz- und Risikofaktoren wie Beschneidung und sexuelle Gewalterfahrungen erhoben. Die Ergebnisse werden im Folgenden beschrieben.

4. 3. 1 Sexualverhalten

Die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen hatte jemals im Leben Sex (90%), 183 Personen hatten noch nie Sex (6,0%) und 121 Personen machten keine Angabe hierüber (4,0%). Etwa jeder fünfte Mann war beim ersten Sexualkontakt unter 16 Jahre alt (20%), unter den Frauen traf dies nur auf knapp jede siebte zu (15%). Die Mehrheit war beim ersten Sex zwischen 16 und 20 Jahre alt (48%). Gefragt danach, zu welchem Geschlecht sich die Teilnehmenden sexuell hingezogen fühlten, gab die Mehrheit an, sich ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen zu fühlen (82%), entsprechend beschrieb nur die Minderheit sexuelle Anziehung zu beiden bzw. nur zum eigenen Geschlecht (4,8%). 13% machten keine Angabe oder konnten die Frage nach sexueller Attraktivität nicht beantworten.

Unter denjenigen, die jemals Sex hatten, war auch die Mehrheit in den letzten zwölf Monaten sexuell aktiv, wobei es keinen Unterschied zwischen Männern (81%) und Frauen (80%) gab (Tabelle 9). Obwohl von beiden Geschlechtern mehrheitlich Sex mit einem oder mehreren festen Sexpartner/innen angegeben wurde, berichteten Frauen häufiger einen oder mehrere feste Sexpartner/innen (84% vs. 75%; OR=1,7; 95%-KI:-1,3-2,1). In Bezug auf die Herkunft der festen Sexpartner/innen gaben Frauen häufiger Sexpartner/innen aus dem gleichen Herkunftsland an, während Männer häufiger Sexpartner/innen aus Deutschland oder einem anderen Land angaben. Mehr als jeder dritte Mann (38%) und nur etwa jede fünfte Frau (21%) gab an, in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen gehabt zu haben. Die von 34% der Männer und 15% der Frauen gemachten Angaben ließen den Rückschluss zu, dass sie innerhalb der letzten zwölf Monate sowohl Sex mit festen als auch nicht-festen Sexpartner/innen gehabt hatten. Männer hatten demnach häufiger Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen sowie ebenfalls häufiger Sex mit festen und nicht-festen Sexpartner/innen innerhalb der letzten zwölf Monate. Sie gaben darüber hinaus auch häufiger an, mehr als fünf Sexpartner/innen innerhalb der letzten zwölf Monate gehabt zu haben. Frauen nannten hingegen häufiger nur eine/n Sexpartner /in im selben Zeitraum (Tabelle 9).

Hinsichtlich der angegebenen Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit nicht-festen Sexpartner/innen zeigte sich hingegen kein Geschlechterunterschied. Sowohl unter den Männern (46%) als auch unter den Frauen (49%) berichtete nicht einmal jede/r zweite, mit nicht-festen Sexpartner/innen „immer“ Kondome zu verwenden. Knapp jede/r Vierte beantwortete die Frage nach der Häufigkeit des Kondomgebrauchs mit „meistens“ (♂: 24%, ♀: 22%) und unter beiden Geschlechtern berichtete etwa jede/r zehnte „selten“ (♂: 10%, ♀: 12%) bzw. „nie“ (♂: 10%, ♀: 9%) Kondome mit nicht-festen Sexpartner/innen zu benutzen. Kondomgebrauch beim letzten Sex wurde häufiger von Männern berichtet (47%) als von Frauen (32%) (Tabelle 9).

Tabelle 9: Sexualverhalten der Studienpopulation innerhalb der letzten zwölf Monate, Vergleich nach Geschlecht

	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Alter beim ersten Sexualkontakt (n=2.736)						
- unter 16 Jahre	307	20,3%	182	14,9%	1,46	1,2-1,8
Sexuelle Attraktivität (n=2.441)						
- ausschließlich zum anderen Geschlecht	1.338	96,0%	971	92,7%	1,87	1,3-2,7
- zu beiden Geschlechtern oder nur zum eigenen	56	4,0%	76	7,3%	0,54	0,4-0,8
Sexuell aktiv (n=2.807)	1.254	81,1%	1.007	79,9%	1,08	0,9-1,3
Sex mit festen Partner/innen (n=2.135)	897	75,3%	787	83,5%	0,60	0,5-0,8
Herkunft der festen Sexpartner/innen (n=1.652)						
- aus dem Herkunftsland	437	50,2%	456	58,4%	0,72	0,6-0,9
- aus Deutschland	308	35,4%	227	29,1%	1,33	1,1-1,6
- aus einem anderen Land	160	18,4%	110	14,1%	1,37	1,1-1,8
Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen (n=2.026)	427	38,2%	189	20,8%	2,35	1,9-2,9
Sex mit festen UND nicht-festen Sexpartner/innen (n=1.623)	291	33,9%	117	15,3%	2,83	2,2-3,6
Anzahl der Sexpartner/innen (n=2.107)						
- nur ein/e Sexpartner/in	708	61%	771	82%	0,34	0,3-0,4
- mehr als fünf Sexpartner/innen	65	5,6%	13	1,4%	4,21	2,3-7,7
Kondomgebrauch mit nicht-festen Partner/innen (n=604)						
- konsistent, „immer“	193	46,3%	92	49,2%	0,89	0,6-1,3
Kondomgebrauch beim letzten Sex (n=2.600)	673	47,0%	373	31,9%	1,89	1,6-2,2

Tabelle 10 zeigt die von der Studienpopulation angegebenen Gründe für Kondomverzicht sowohl mit festen als auch nicht-festen Sexpartner/innen. Am häufigsten wurde von beiden Geschlechtern Treue dem Partner/der Partnerin gegenüber als Grund angegeben (28%), wobei Frauen dies häufiger nannten (32% vs. 25%). Von beiden Geschlechtern am zweithäufigsten wurde der Wunsch genannt, dem Partner/ der Partnerin nah sein zu wollen (20%), dies wurde von Männern häufiger angegeben (22% vs. 18%). Von Frauen wurde anteilig nahezu genauso häufig angegeben, dass sie auf Kondome verzichteten, weil sie schwanger werden wollten (18%), der Wunsch Eltern zu werden stellte demgegenüber lediglich für jeden vierzehnten Mann einen Grund dar, auf Kondome zu verzichten (7%). Von Frauen

des Weiteren häufiger genannt wurde als Begründung, dass der Partner keine Kondome verwenden wolle (17% vs. 12%) oder dass sie aus religiösen Gründen dagegen seien (8% vs. 5%). Männer gaben demgegenüber häufiger den teuren Preis von Kondomen als Grund für den Verzicht an (6% vs. 4%). Insgesamt berichtete mehr als jede/r Siebte, Kondome grundsätzlich abzulehnen (14%) und etwa jede/r Achte gab an, dass der Gebrauch von Kondomen peinlich sei (12%). Jeder vierte Mann und etwa jede siebte Frau gaben an, immer Kondome zu benutzen.

Tabelle 10: Von der Studienpopulation angegebene Gründe für Kondomverzicht, Vergleich nach Geschlecht, n=2.452*

Manchmal benutze ich keine Kondome, weil... ¹²	Männer		Frauen		OR	95%-KI
... ich meinem Partner/ meiner Partnerin treu bin.	343	25,4%	348	31,6%	0,74	0,6-0,9
... ich meinem Partner nah sein will.	303	22,4%	197	17,9%	1,33	1,1-1,6
... mein Partner das nicht will.	159	11,8%	187	17,0%	0,65	0,5-0,8
... ich Kondome grundsätzlich ablehne.	193	14,3%	138	12,5%	1,16	0,9-1,5
... es mir peinlich ist.	151	11,2%	135	12,3%	0,90	0,7-1,2
... ich schwanger werden will/ wir Eltern werden wollen.	90	6,7%	195	17,7%	0,33	0,3-0,4
... mein Partner sonst denkt, ich gehe fremd oder bin HIV-positiv.	104	7,7%	84	7,6%	1,01	0,8-1,4
Sonstiges...	85	6,3%	76	6,9%	0,91	0,7-1,3
... ich aus religiösen Gründen dagegen bin.	68	5,0%	83	7,5%	0,65	0,5-0,9
... ich nicht will, dass mich jemand sieht, wenn ich Kondome besorge.	77	5,7%	69	6,3%	0,90	0,7-1,3
... sie teuer sind.	81	6,0%	41	3,7%	1,65	1,1-2,4
... ich keinen Sex habe.	47	3,5%	69	6,3%	0,54	0,4-0,8
Ich benutze immer Kondome.	331	24,5%	151	13,7%	2,04	1,7-2,5

* Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%. Nur Gesamtnennungen $\geq 5\%$.

Als sonstige Gründe für Kondomverzicht wurde mehrfach die Verwendung anderer Verhütungsmittel genannt, dass Kondome nicht passen würden, dass sie nur mit dem festen Sexpartner/der festen Sexpartnerin nicht benutzt würden oder dass Kondome nicht in dem Augenblick verfügbar gewesen seien. Einige Befragte gaben auch an, dass sich beide Partner/innen hatten testen lassen und aufgrund des negativen HIV-Testergebnisses keine Kondome zu verwenden bräuchten.

¹² Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%. Nur Gesamtnennungen $\geq 5\%$.

4. 3. 2 Sexualisierte Gewalt

Neben dem eigenen Verhalten und der Risikowahrnehmung können auch externe, nicht von der Person selbst zu beeinflussende Faktoren die Vulnerabilität für den Erwerb von HIV, HEP und STI erhöhen. Als ein solcher Faktor gilt sexualisierte Gewalt, nach deren Erleben ebenfalls gefragt wurde. Unter den Frauen hatte jede zehnte sexualisierte Gewalt einmalig und mehr als jede zwanzigste mehrmals erlebt (5,8%). Unter den Männern betraf sexualisierte Gewalt jeden zwanzigsten einmalig (4,5%) und etwa jeden vierzigsten mehrmals (2,4%). Mehr als jede sechste Frau (16%) und jeder vierzehnte Mann (6,8%) waren demnach jemals von sexualisierter Gewalt betroffen. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob sexualisierte Gewalt ein Phänomen sei, welches mehrheitlich auf der Flucht auftreten würde, wurde der Ort der erlebten sexualisierten Gewalt im Fragebogen erhoben. Männer waren von sexualisierter Gewalt eher in Deutschland betroffen (50% vs. 34%), Frauen häufiger im Herkunftsland (64% vs. 42%). Die Minderheit beider Geschlechter hatte sexualisierte Gewalt in einem anderen Land als Deutschland oder dem Herkunftsland erlebt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Studienpopulation nach erlebter sexualisierter Gewalt, Vergleich nach Geschlecht

	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Erlebte sexualisierte Gewalt (n=2.783)						
- ein- oder mehrmals	104	6,8%	201	16,0%	0,38	0,3-0,5
Ort der erlebten sexualisierten Gewalt (n=294)*						
- in Deutschland	49	49,5%	66	33,8%	1,92	1,2-3,1
- im Herkunftsland	42	42,4%	124	63,6%	0,42	0,3-0,7
- in einem anderen Land	12	12,1%	30	15,4%	0,76	0,4-1,6

* Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%.

Bei Betrachtung verschiedener Subgruppen wurde deutlich, dass Personen mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule, sonstiger Abschluss) häufiger betroffen waren (14% vs. 9%; OR=1,7; 95%-KI: 1,3-2,1) genauso wie diejenigen, die nicht regulär krankenversichert waren (15% vs. 10%; OR=1,6; 95%-KI: 1,2-2,1).

4. 3. 3 Beschneidung

Ein Großteil der Befragten machte Angaben zur Frage nach Beschneidung. Nahezu neun von zehn Männern gaben an, beschnitten zu sein (89%), 166 Männer waren nicht beschnitten.

Unter den Frauen, für die Beschneidung eher einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt, war knapp jede vierte beschnitten (24%, n=315). Zwischen den Altersgruppen zeigten sich hier kaum Unterschiede, wie Abbildung 15 zeigt. Anteilig am häufigsten waren Frauen zwischen 36 und 45 Jahren beschnitten, anteilig am seltensten diejenigen zwischen 18 und 25 Jahren, obgleich auch in dieser Gruppe mehr als jede fünfte betroffen war. Mehr Unterschiede wurden bei der Stratifizierung nach der in Deutschland verbrachten Zeit deutlich (Abbildung 16). Mehr als jede dritte derjenigen, die unter einem Jahr in Deutschland lebten, war von Genitalbeschneidung/-verstümmelung betroffen (34%). Zurückführen lässt sich dies v.a. auf Frauen aus Äthiopien, Eritrea, Somalia und Nigeria. Fünf in Äthiopien geborene Frauen lebten unter einem Jahr in Deutschland, vier von ihnen waren beschnitten, bei Frauen aus Eritrea traf dies auf vier von sechs zu, bei Frauen aus Somalia auf drei von fünf. Ebenfalls häufig betroffen waren kürzlich eingereiste Frauen aus Nigeria, von ihnen waren sieben von 15 beschnitten. Unter allen

beschnittenen Frauen, die seit unter einem Jahr in Deutschland lebten, kamen demnach 19% aus Nigeria, jeweils 11% aus Äthiopien, Eritrea und Guinea und immerhin jeweils 8,3% aus Ghana und Somalia. Anteilig am seltensten beschnitten waren diejenigen Frauen, die angegeben hatten, seit Geburt in Deutschland zu leben. Drei Frauen, die Deutschland als Geburtsland angegeben hatten, waren von Genitalbeschneidung/-verstümmelung betroffen.

Abbildung 15: Beschneidung bei Frauen nach Altersgruppen, n=298

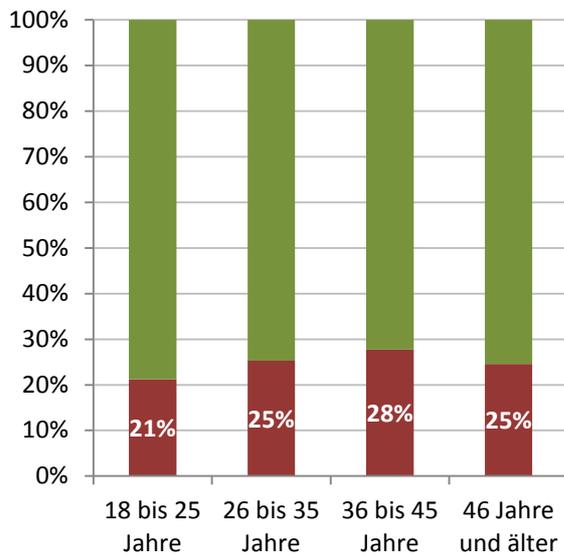
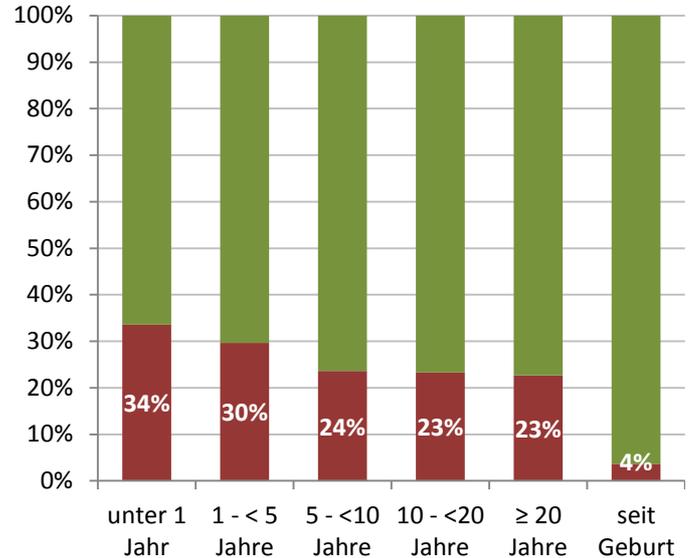


Abbildung 16: Beschneidung bei Frauen nach Zeit in Deutschland, n=315



Betrachtet man in einer univariablen Analyse verschiedene Subgruppen, waren häufiger Frauen betroffen, die über 30 Jahre alt waren, eine geringere Schulbildung hatten, bis unter fünf Jahren in Deutschland lebten, weniger gute Deutschkenntnisse besaßen, nicht regulär krankenversichert waren sowie Musliminnen (Tabelle 12).

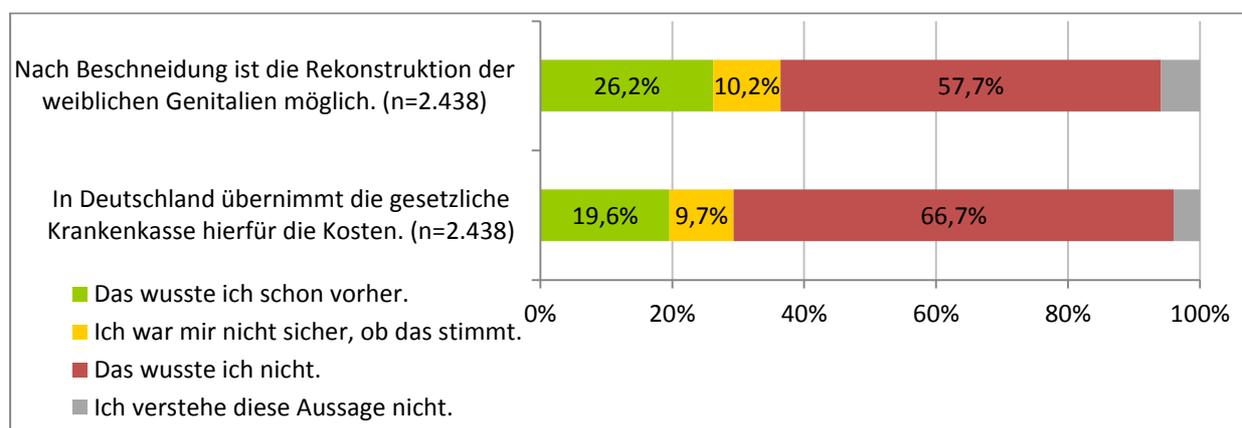
Tabelle 12: Beschneidung bei Frauen nach Subgruppen

Beschneidung bei Frauen nach Subgruppen	n	%	OR	95%-KI
Alter				
bis einschließlich 30 Jahre alt	126	21,4%	0,70	0,5-0,9
über 30 Jahre alt	171	27,9%		
Schulbildung				
kein/sonstiger Abschluss, Grund-/Hauptschulabschluss	158	31,9%	1,99	1,5-2,6
Mittlere Reife/Abitur, Studium	154	19,1%		
Zeit in Deutschland				
unter fünf Jahre	140	30,7%	1,69	1,3-2,2
fünf Jahre und länger (inkl. seit Geburt)	175	20,8%		
Deutschkenntnisse				
gut, sehr gut und Muttersprache	142	20,0%	0,60	0,5-0,8
gar nicht, wenig, mittelmäßig	172	29,3%		

Krankenversicherungsstatus				
Versicherungskarte	244	22,1%	0,55	0,4-0,8
Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher	66	34,0%		
Religion				
Christinnen	179	19,0%	0,31	0,2-0,4
Musliminnen	120	42,7%		

Auf Wunsch der Projektpartner/innen aus der zweiten Studienstadt Essen wurden analog zu den Wissensfragen zu HIV und HEP zwei wahre Aussagen zum Thema weibliche Genitalbeschneidung/-verstümmelung in den Fragebogen integriert. Sie wurden entsprechend nicht in der ersten Studienstadt München erhoben. Der Mehrheit der Befragten war sowohl die Information, dass nach Beschneidung der weiblichen Genitalien eine Rekonstruktion möglich ist (58% wussten dies nicht) als auch die Information, dass hierfür die gesetzliche Krankenkasse in Deutschland die Kosten übernimmt (67% wussten dies nicht) unbekannt (Abbildung 17).

Abbildung 17: Wissen der Studienpopulation zu weiblicher Genitalbeschneidung/-verstümmelung*



* Nicht in München erfragt.

Beide Aussagen waren Befragten über 30 Jahre, mit höherer Bildung (Mittlere Reife/Abitur, Studium), mit einer Aufenthaltszeit von fünf Jahren und länger, mit besseren Deutschkenntnissen (gut, sehr gut, Muttersprache), einem Einkommen von 1.000 € und mehr, mit Krankenversicherungskarte sowie Christ/innen im Vergleich zu Muslim/innen häufiger bekannt (vgl. Tabelle A5 im Tabellenanhang A). Frauen wussten häufiger als Männer, dass die gesetzliche Krankenkasse in Deutschland die Kosten für die Rekonstruktion übernimmt.

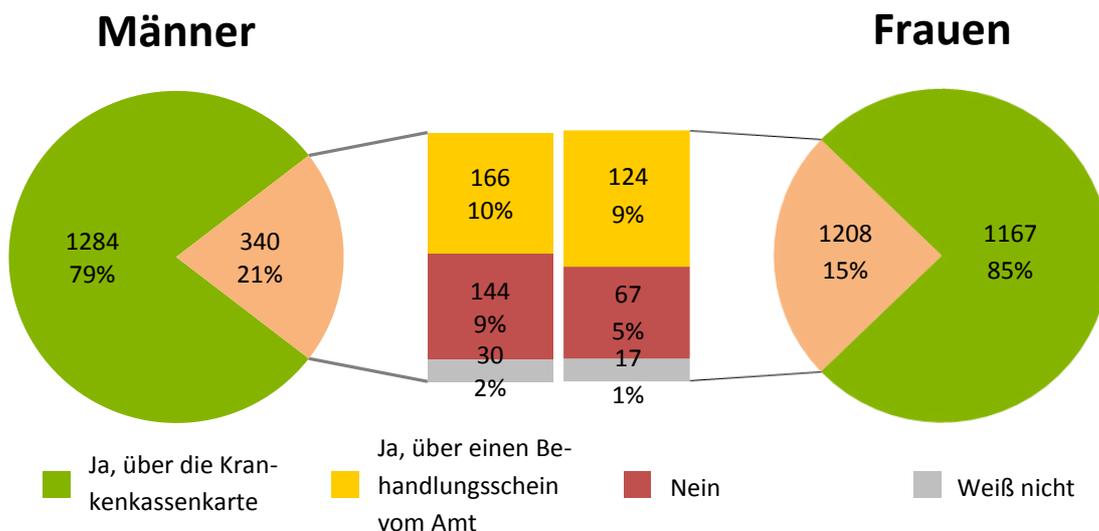
4. 4. Gesundheitsversorgung

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Krankenversicherungsstatus der Befragten genauer beleuchtet, im Anschluss wird der Zugang zum deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung des Krankenversicherungsstatus beschrieben. Daran anschließend wird das Testverhalten in Bezug auf HIV, Hepatitis C und STI betrachtet und schließlich das Impfverhalten bezüglich Hepatitis B.

4. 4. 1 Krankenversicherung und genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Beschwerden

Die Mehrheit der Befragten war regulär über die Krankenversicherungskarte in das Gesundheitssystem eingebunden (82%). Etwa jeder fünfte Mann (21%) sowie nahezu jede siebte Frau (15%) waren hingegen nicht regulär krankenversichert, wie Abbildung 18 verdeutlicht. Jede/r Zehnte benötigte für einen Arztbesuch einen Behandlungsschein vom Sozialamt und nahezu jeder zehnte Mann (9%) und jede zwanzigste Frau berichteten, gar nicht krankenversichert zu sein. Insgesamt 47 Personen wussten nicht, ob sie krankenversichert sind oder nicht.

Abbildung 18: Studienpopulation nach Krankenversicherungsstatus und Geschlecht, n=2.999



Mit zunehmender Aufenthaltsdauer stieg der Anteil der Befragten, die regulär über die Krankenversicherungskarte versichert waren. Traf dies unter denjenigen, die unter einem Jahr in Deutschland lebten, auf 30% zu, so waren es unter denjenigen, die über fünf Jahre in Deutschland waren 96%. Die größte Gruppe derjenigen, die gar nicht krankenversichert waren, lebte unter einem Jahr in Deutschland (47%). 98% derjenigen, die seit Geburt in Deutschland lebten, waren regulär krankenversichert. Drei Personen, die angegeben hatten, seit Geburt in Deutschland zu leben, berichteten, nicht krankenversichert zu sein.

Die Mehrheit wandte sich im Falle gesundheitlicher Beschwerden zuerst an einen Arzt/eine Ärztin (84%), am zweithäufigsten wurde das Krankenhaus (31%) und am dritthäufigsten die Apotheke genannt (20%). Nur insgesamt 1,4% wussten nicht, wohin sie sich im Falle gesundheitlicher Beschwerden wenden könnten.

Tabelle 13 zeigt die genutzten Hilfsangebote stratifiziert nach Geschlecht, Krankenversicherungsstatus und in Deutschland verbrachter Zeit. Hier wird eine Reihe von Unterschieden deutlich. Frauen gingen im Vergleich zu Männern etwas häufiger zuerst zum Arzt/zur Ärztin, ins Krankenhaus und in die Apotheke. Bei Betrachtung derjenigen mit Krankenversicherungskarte im Vergleich zu denjenigen, die nicht regulär krankenversichert waren zeigt sich, dass regulär Versicherte häufiger zuerst zum Arzt/zur Ärztin oder in die Apotheke gehen, Menschen ohne Krankenversicherungskarte fragten häufiger zuerst Bekannte, ob sie ihnen helfen könnten oder wussten nicht, wohin sie sich wenden könnten. Ähnliche Unterschiede zeigen sich beim Vergleich von Personen, die noch nicht so lange in Deutschland leben

(unter fünf Jahre) mit denen, die fünf Jahre und länger hier sind (einschließlich seit Geburt). Kürzer hier Lebende gingen häufiger zuerst ins Krankenhaus oder wussten nicht, wohin sie sich wenden sollten. Personen, die fünf Jahre und länger in Deutschland lebten wandten sich demgegenüber häufiger zuerst an einen Arzt/eine Ärztin oder gingen in die Apotheke. Sie suchten allerdings auch häufiger eine/n afrikanische/n Heiler/in auf.

Tabelle 13: Von der Studienpopulation genutzte Hilfsangebote bei gesundheitslichen Beschwerden nach Geschlecht (n=3.026), Krankenversicherungsstatus (n=2.996) und Zeit in Deutschland (n=2.973)*

Geschlecht	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Ich gehe zum Arzt	1.363	83,1%	1.187	85,7%	0,82	0,7-0,997
Ich gehe ins Krankenhaus	479	29,2%	460	33,2%	0,83	0,7-0,97
Ich gehe in die Apotheke	296	18,0%	296	21,4%	0,81	0,7-0,97
Ich gehe zu einem afrikanischen Heiler	35	2,1%	31	2,2%	0,95	0,6-1,6
Ich frage Bekannte, ob sie mir helfen können	110	6,7%	107	7,7%	0,86	0,7-1,1
Ich weiß nicht, wo ich hingehen kann	17	1,0%	24	1,7%	0,59	0,3-1,1
Krankenversicherungsstatus	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
Ich gehe zum Arzt	2.220	90,7%	303	55,3%	7,87	6,3-9,8
Ich gehe ins Krankenhaus	761	31,1%	168	30,7%	1,02	0,8-1,3
Ich gehe in die Apotheke	527	21,5%	58	10,6%	2,32	1,7-3,1
Ich gehe zu einem afrikanischen Heiler	58	2,4%	7	1,3%	1,88	0,9-4,1
Ich frage Bekannte, ob sie mir helfen können	129	5,3%	86	15,7%	0,30	0,2-0,4
Ich weiß nicht, wo ich hingehen kann	5	0,2%	34	6,2%	0,03	0,01-0,08
Zeit in Deutschland	< fünf Jahre		≥ fünf Jahre (inkl. seit Geburt)		OR	95%-KI
Ich gehe zum Arzt	877	72,4%	1.630	92,6%	0,21	0,2-0,3
Ich gehe ins Krankenhaus	416	34,3%	508	28,8%	1,29	1,1-1,5
Ich gehe in die Apotheke	162	13,4%	423	24,0%	0,49	0,4-0,6
Ich gehe zu einem afrikanischen Heiler	15	1,2%	51	2,9%	0,42	0,2-0,8
Ich frage Bekannte, ob sie mir helfen können	96	7,9%	117	6,6%	1,21	0,9-1,6
Ich weiß nicht, wo ich hingehen kann	33	2,7%	8	0,5%	6,13	2,8-13,3

* Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%.

Knapp die Hälfte der Befragten hatte einen Arzt/eine Ärztin oder ein Krankenhaus im Laufe des vergangenen Monats auch aufgesucht (45%), darunter häufiger Frauen als Männer (49% vs. 42%; OR=1,3; 95%-KI: 1,2-1,5). Etwas mehr als jede/r dritte Studienteilnehmer/in gab den letzten Arzt- oder Krankenhausbesuch mit innerhalb der vergangenen zwölf Monate an (35%). Bei 9% der Befragten lag dieser letzte Besuch ein bis fünf Jahre zurück und für 1,7% lag er länger als fünf Jahre zurück. Insgesamt 9,6% der Befragten konnte sich an den letzten Arzt- oder Krankenhausbesuch nicht erinnern, dies wurde häufiger von Männern angegeben (12% vs. 7,1%; OR=1,8; 95%-KI: 1,4-2,3).

Es zeigte sich kein Zusammenhang hinsichtlich eines erfolgten Arztbesuches innerhalb des letzten Monats und dem Krankenversicherungsstatus der Teilnehmenden. Es wurde jedoch deutlich, dass insbesondere diejenigen, die gar nicht krankenversichert waren, häufig angegeben hatten, sich an den letzten Arzt-/Krankenhausbesuch nicht erinnern zu können (26%), auch unter denjenigen mit Behandlungsschein gab dies knapp jede/r achte an (12%). Unter denjenigen, die nicht wussten, ob sie kran-

kenversichert sind oder nicht, gab knapp jede/r Dritte an, sich nicht erinnern zu können (33%), unter denjenigen mit Versicherungskarte war es weniger als jede/r Zehnte (8%).

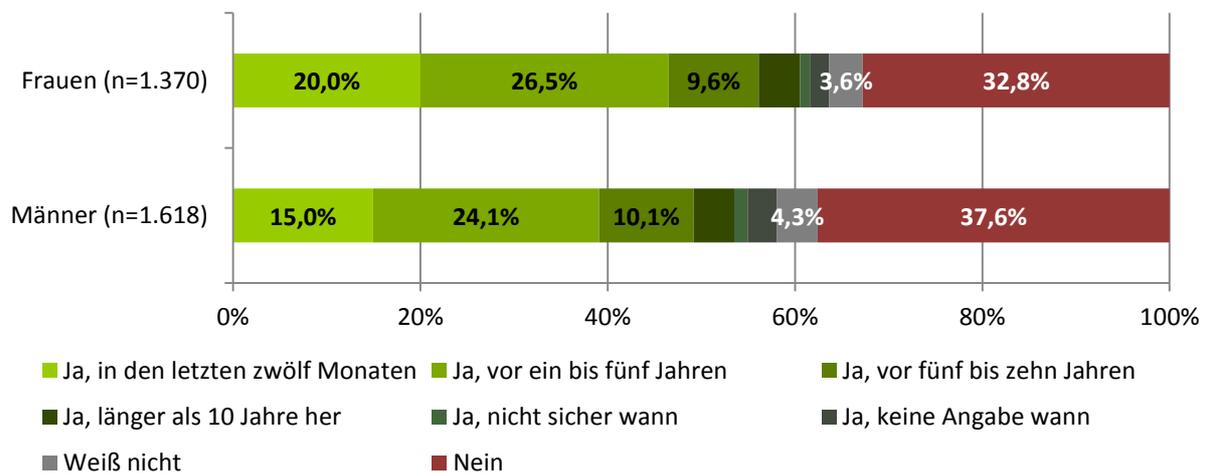
4. 4. 2 Testverhalten und Impfung

In Bezug auf HIV und Hepatitis C sollten die Befragten angeben, ob sie jemals einen Test auf diese Infektionen hatten machen lassen, wie lange der letzte Test zurücklag und wie das Testergebnis war. Für STI sollten sie angeben, wann sie das letzte Mal auf eine STI getestet worden waren und wann bei ihnen das letzte Mal eine STI diagnostiziert wurde. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer/innen gefragt, ob sie gegen Hepatitis B geimpft sind.

4. 4. 2 - 1 Testung auf HIV

Von den insgesamt 2.988 Personen, die die Frage nach einem jemals durchgeführten HIV-Test beantwortet hatten, gaben knapp zwei von drei an, jemals einen HIV-Test machen lassen zu haben (61%; 1.812/2.988), mehr als jede/r dritte hatte noch keinen HIV-Test machen lassen (35%; 1.057/2.988) und alle anderen konnten keine Auskunft darüber geben und antwortete mit „Weiß nicht“ (4,0%; 119/2.988) (Abbildung 19). Weniger als die Hälfte der Getesteten hatte den letzten Test vor einem bis fünf Jahren machen lassen (42%), am zweithäufigsten wurde der letzte Testzeitraum von innerhalb der vergangenen zwölf Monate genannt (29%) und mehr als jede/r sechste hatte den letzten Test vor fünf bis zehn Jahren machen lassen (16%). Bei 7,2% der Getesteten lag der letzte Test mehr als zehn Jahre zurück und 6,5% waren sich nicht sicher oder machten keine Angabe zum Zeitpunkt des letzten HIV-Tests.

Abbildung 19: Testung auf HIV nach Geschlecht



Unter allen jemals Getesteten hatte die Mehrheit den letzten Test in Deutschland machen lassen (71%), etwas mehr als jede/r fünfte im Herkunftsland (22%) und nur die Minderheit in einem anderen Land (7,8%). Die große Mehrheit der Getesteten berichtete negative Testergebnisse (90%), je 3,4% wollten nicht antworten oder machten keine Angabe zum Testergebnis (je 61 Personen) und insgesamt 52 Personen berichteten ein positives HIV-Testergebnis (2,9%), darunter 24 Männer (46%) und 28 Frauen (54%). Die meisten der positiv auf HIV getesteten Personen hatten den letzten Test in Deutschland machen lassen und hier auch das Testergebnis erhalten (43/52).

In Bezug auf das Testverhalten wurden ebenfalls univariable und multivariable Analysen durchgeführt, um soziodemographische, Verhaltens- und Einstellungsparameter zu identifizieren, die mit einer häufigeren oder selteneren Testung einhergehen. Da der Faktor, Kinder zu haben und entsprechend ggf. im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge ein HIV-Test hätte durchgeführt werden können, nur für Frauen relevant war, konnte dieser nicht in die multivariablen Modelle mit aufgenommen werden. In der univariablen Analyse zeigte sich jedoch, dass Frauen mit Kindern häufiger jemals (79% vs. 49%; OR=3,8; 95%-KI: 3,0-4,9), allerdings nicht häufiger innerhalb der vergangenen zwölf Monate auf HIV getestet waren im Vergleich zu denjenigen, die keine Kinder hatten. Tabelle 14¹³ zeigt die Ergebnisse der multivariablen Analysen hinsichtlich der jemals durchgeführten Testung auf HIV und einer Testung innerhalb der vergangenen zwölf Monate.

Hinsichtlich der jemals durchgeführten Testung auf HIV zeigten weibliches Geschlecht und Universitätsbildung einen positiven Einfluss; Personen mit diesen Charakteristika waren häufiger jemals auf HIV getestet. Seltener jemals getestet waren hingegen Personen unter 35 bzw. über 45 Jahren, Befragte mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), die seit Geburt in Deutschland leben und kein eigenes oder ein Einkommen von 500 bis 1.000 € angegeben hatten. Auch Befragte mit muslimischer Religionszugehörigkeit, diejenigen, die keinen Sex innerhalb der letzten zwölf Monate hatten oder Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen ohne konsistenten Kondomgebrauch angegeben hatten, waren seltener jemals auf HIV getestet genauso wie diejenigen, bei denen HIV/Aids im Umfeld nicht thematisiert wird.

Die multivariable Analyse der Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer HIV-Testung innerhalb der vergangenen zwölf Monate zeigt, dass nur Teilnehmerinnen signifikant häufiger in diesem Zeitraum einen HIV-Test haben machen lassen. Seltener waren hingegen Personen innerhalb der vergangenen zwölf Monate getestet, wenn sie über 45 Jahre alt waren, keinen Schulabschluss hatten oder seit Geburt in Deutschland lebten. Keinen Sex innerhalb den vergangenen zwölf Monaten war negativ mit einer HIV-Testung im selben Zeitraum assoziiert. Auch das Nicht-Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld hatte erneut negativen Einfluss darauf, ob in den vergangenen zwölf Monaten ein HIV-Test durchgeführt worden war (Tabelle 14Tabelle 14).

Tabelle 14: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer HIV-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.678*

Variable	% ¹⁴	Multivariable Analyse HIV-Testung (jemals)			%	Multivariable Analyse HIV-Testung (vergangene 12 Monate)		
		OR	p-Wert	95% - KI		aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht								
Männer	59%	Ref.			15%	Ref.		
Frauen	64%	1,40	0,001	1,2-1,7	19%	1,45	0,001	1,2-1,8
Altersgruppe								

¹³ Nur in mindestens einer multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren sowie die Ergebnisse der univariablen Analysen finden sich in Tabellen B6 und B7 im Tabellenanhang B.

¹⁴ Diese Prozente beziehen sich hier und im Folgenden auf die Anteile derjenigen, die jemals einen Test (Spalte 2) bzw. einen solchen in den vergangenen zwölf Monaten (Spalte 6) gemacht hatten.

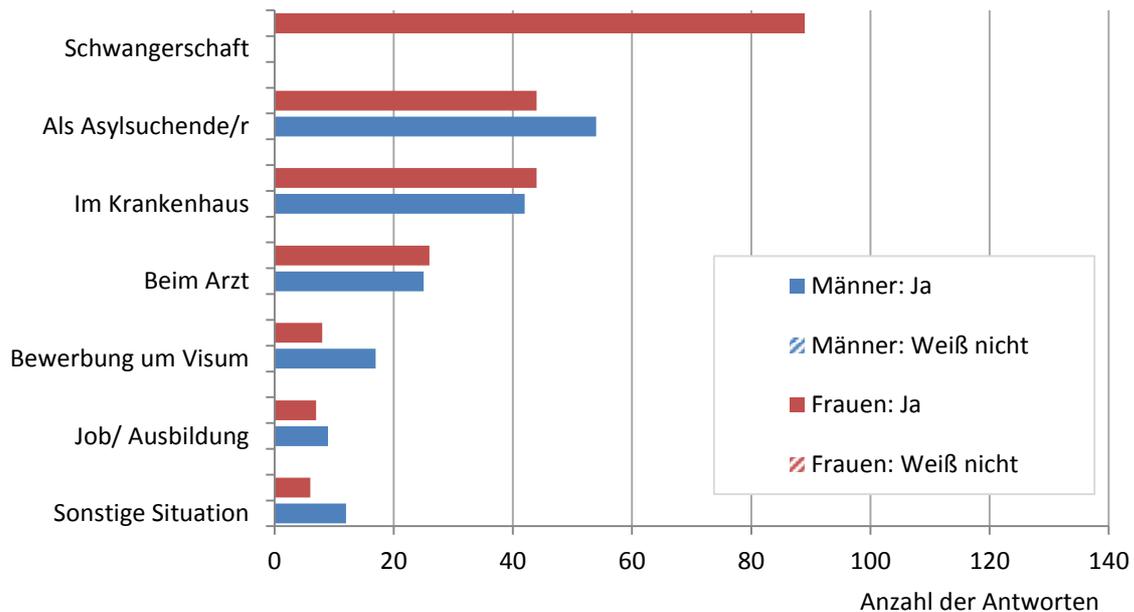
18 – 25 Jahre	39%	0,34	<0,001	0,3-0,5	12%	0,94	0,729	0,7-1,4
26 – 35 Jahre	67%	0,75	0,027	0,6-0,97	21%	1,17	0,283	0,9-1,6
36 – 45 Jahre	73%	Ref.			19%	Ref.		
46 Jahre und älter	66%	0,73	0,036	0,5-0,98	12%	0,65	0,026	0,5-0,95
Schulbildung								
kein Abschluss	45%	0,49	<0,001	0,4-0,7	10%	0,50	0,008	0,3-0,8
sonstiger Abschluss	50%	0,71	0,349	0,3-1,5	11%	0,54	0,263	0,2-1,6
Grund-/Hauptschule	54%	0,69	0,002	0,6-0,9	14%	0,76	0,074	0,6-1,03
Mittlere Reife/Abitur	60%	Ref.			17%	Ref.		
Studium	72%	1,30	0,028	1,03-1,7	21%	1,16	0,292	0,9-1,5
Dauer des Aufenthalts in Deutschland								
≤ 1 Jahr	55%	1,42	0,083	0,96-2,1	22%	1,51	0,075	0,96-2,4
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	61%	1,18	0,226	0,9-1,5	16%	0,90	0,505	0,7-1,2
> 5 Jahre	67%	Ref.			17%	Ref.		
seit Geburt	22%	0,32	0,007	0,1-0,7	5%	0,29	0,048	0,1-0,99
Einkommen								
kein eigenes Einkommen	46%	0,55	0,001	0,4-0,8	16%	0,77	0,228	0,5-1,2
< 500 €	54%	0,76	0,108	0,6-1,1	15%	0,71	0,102	0,5-1,1
500 - < 1.000 €	58%	0,70	0,016	0,5-0,9	13%	0,64	0,013	0,5-0,9
1.000 € - < 2.000 €	70%	Ref.			19%	Ref.		
≥ 2.000 €	78%	1,35	0,195	0,9-2,1	17%	0,84	0,489	0,5-1,4
Religion								
Christentum	66%	Ref.			26%	Ref.		
Islam	49%	0,68	<0,001	0,6-0,8	14%	0,77	0,061	0,6-1,01
keine Religion	58%	0,97	0,859	0,7-1,4	14%	0,89	0,618	0,6-1,4
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten								
kein Sex	45%	0,44	<0,001	0,4-0,6	10%	0,41	<0,001	0,3-0,6
Sex mit feste/r Sexpartner/in	72%	Ref.			22%	Ref.		
Sex mit nicht-festen Sexpartner/inn/en, immer Kondom	63%	0,88	0,430	0,6-1,2	16%	0,81	0,275	0,6-1,2
Sex mit nicht-festen Sex- partner/inn/en, NICHT immer Kondom	58%	0,77	0,033	0,6-0,98	15%	0,76	0,077	0,6-1,03
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?								
Ja, ist Thema	70%	Ref.			20%	Ref.		
Nein, ist kein Thema	47%	0,42	<0,001	0,4-0,5	11%	0,55	<0,001	0,5-0,7

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

Neben der freiwilligen Testung auf HIV wurden Teilnehmende gefragt, ob sie jemals ohne Einverständnis auf HIV getestet worden waren und in welchen Situationen dies ggf. vorgekommen sei. Von insgesamt 2.804 Personen, die zu dieser Frage eine Angabe machten, war sich mehr als jede/r zehnte sicher (11%), dass dies vorgekommen sei und nahezu jede/r vierte war sich unsicher (23%), ob jemals ein HIV-Test ohne Einverständnis durchgeführt worden war. Knapp zwei Drittel der Befragten verneinten dies (65%). 321 die sich sicher und 653 Personen, die sich unsicher waren, ob ein HIV-Test ohne Einverständnis durchgeführt worden war, sollten Angaben zur Situation machen, in der dies (vermeintlich) vorgekommen war. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 20. Von Frauen wurde am häufigsten angegeben,

dass eine HIV-Testung ohne Einverständnis im Rahmen der Schwangerschaft erfolgt sei: 89 Frauen waren sich hierüber sicher und weitere 30 vermuteten eine HIV-Testung ohne Einverständnis. Als zweithäufigste Situation nannten sie eine Testung auf HIV ohne Einverständnis im Rahmen des Asylverfahrens (44 waren sich sicher, 31 vermuteten dies) und am dritthäufigsten wurde das Krankenhaus als Ort, an dem dies vorgekommen sei, genannt (44 waren sich sicher, 21 vermuteten es). Von den Männern wurde eine Testung auf HIV ohne Einverständnis am häufigsten im Rahmen des Asylverfahrens erlebt (54 waren sich sicher, 41 vermuteten dies), am zweithäufigsten im Krankenhaus (42 waren sich sicher, 30 vermuteten dies).

Abbildung 20: Situationen der Testung auf HIV ohne Einverständnis nach Geschlecht, n=503¹⁵



Diejenigen, die noch nie einen HIV-Test hatten machen lassen, wurden nach den Gründen dafür gefragt. Nahezu zwei von drei Befragten gaben hierzu an, nicht zu glauben, HIV-positiv zu sein (63%) und daher keinen Test veranlasst zu haben. Am zweithäufigsten, aber wesentlich seltener, wurde die Abwesenheit von Symptomen angegeben; dies nannte etwa jede/r siebte (14%). Anteilig ähnlich viele Teilnehmende nannten Treue dem Partner/der Partnerin gegenüber als Grund (13%) und mehr als jede/r zehnte gab an, dass ihm/ihr dies nicht wichtig sei, weil andere Sorgen im Vordergrund stünden (11%).

Tabelle 15: Gründe, bisher keinen HIV-Test gemacht zu haben, n=1.087

Warum haben Sie sich noch nie auf HIV testen lassen? ¹⁶	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Ich glaube nicht, dass ich HIV-positiv bin.	400	63,6%	279	60,9%	1,1	0,9-1,4

¹⁵ 471 ohne Einverständnis auf HIV getestete Personen, einschließlich derjenigen, die sich nicht sicher waren, machten keine Angabe zur Situation, in der der HIV-Test (vermeintlich) ohne Einverständnis durchgeführt wurde. Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 503 Antworten.

¹⁶ Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%. Nur Gesamtnennungen $\geq 5\%$.

Ich hatte keine Symptome, die auf eine HIV-Infektion hinweisen.	87	13,8%	66	14,4%	1,0	0,7-1,4
Weil ich meinem Partner/ meiner Partnerin treu bin.	68	10,8%	74	16,2%	0,6	0,4-0,9
Es ist mir nicht wichtig (weil ich andere Sorgen habe).	70	11,1%	54	11,8%	0,9	0,6-1,4
Ich habe große Angst HIV-positiv zu sein.	53	8,4%	51	11,1%	0,7	0,5-1,1
Ich weiß nicht, wo ich mich testen lassen kann.	43	6,8%	26	5,7%	1,2	0,7-2,0
Ich habe Angst von anderen abgelehnt zu werden, falls ich HIV hätte.	28	4,5%	27	5,9%	0,7	0,4-1,3
Sonstiges...	32	5,1%	23	5,0%	1,0	0,6-1,8
Ich hatte noch nie Sex.	30	4,8%	71	15,5%	0,3	0,2-0,4
Ich benutze immer Kondome.	124	19,7%	48	10,5%	2,1	1,5-3,0

Jede/r Zehnte gab aber auch an, aus großer Angst davor, HIV-positiv zu sein, keinen Test veranlasst zu haben (9,6%). Nicht zu wissen, wo man einen HIV-Test machen lassen kann, wurde von jedem/jeder Siebzehnten als Grund angegeben (6,3%) und jede/r Zwanzigste gab an, im Falle eines positiven Testergebnisses Angst zu haben, von anderen abgelehnt zu werden (5,1%). Anteilig genauso häufig wurden sonstige Gründe angegeben. Mehrere Befragte gaben hierzu an, noch nicht daran gedacht zu haben einen HIV-Test machen zu lassen, das der/die Partner/in einen Test gemacht hätte und negativ sei, dass er/sie jährlich Blut spenden würde und es wurde die Vermutung geäußert, dass man in Krankenhäusern in Deutschland ohnehin für jede Untersuchung oder Behandlung auf HIV getestet werden würde.

In Bezug auf die genannten Gründe zeigten sich keine Geschlechterunterschiede. Frauen gaben lediglich häufiger an, dass sie noch keinen HIV-Test hatten machen lassen, weil sie noch nie Sex hatten (16% vs. 5%), Männer begründeten den Verzicht auf einen HIV-Test häufiger damit, dass sie immer Kondome benutzen würden (20% vs. 11%) (Tabelle 15).

Den Themenkomplex HIV-Testung abschließend sollten Befragungsteilnehmer/innen noch angeben, wo sie sich auf HIV und andere STI testen lassen würden. Die Antworten stratifiziert nach Geschlecht und nach bereits auf HIV getestet und ungetestet zeigt Tabelle 16. Der am häufigsten genannte gewünschte Testort war der Arzt/die Ärztin (70%), der von Frauen (74% vs. 66%) sowie von denjenigen, die bereits einen Test auf HIV hatten machen lassen (71% vs. 68%) vorgezogen wurde. Am zweithäufigsten wurde das Gesundheitsamt (49%) als gewünschter Testort genannt, etwa jede/r dritte nannte die Aids-Beratungsstelle (35%). Nur etwa jede/r Vierzehnte wünschte sich einen neutralen Testort in der Community (7%). Männer bevorzugten gegenüber Frauen das Gesundheitsamt als Testort (52% vs. 46%), weitere Geschlechterunterschiede zeigten sich nicht. Es gab jedoch Unterschiede zwischen denen, die bereits einen Test auf HIV hatten machen lassen und denjenigen, die bisher darauf verzichtet hatten. Bereits Getestete würden eher für einen weiteren Test die Aids-Beratungsstelle aufsuchen (39% vs. 30%), Ungetestete wünschten sich eher eine Testmöglichkeit an einem neutralen Ort in der Community (9% vs. 5%).

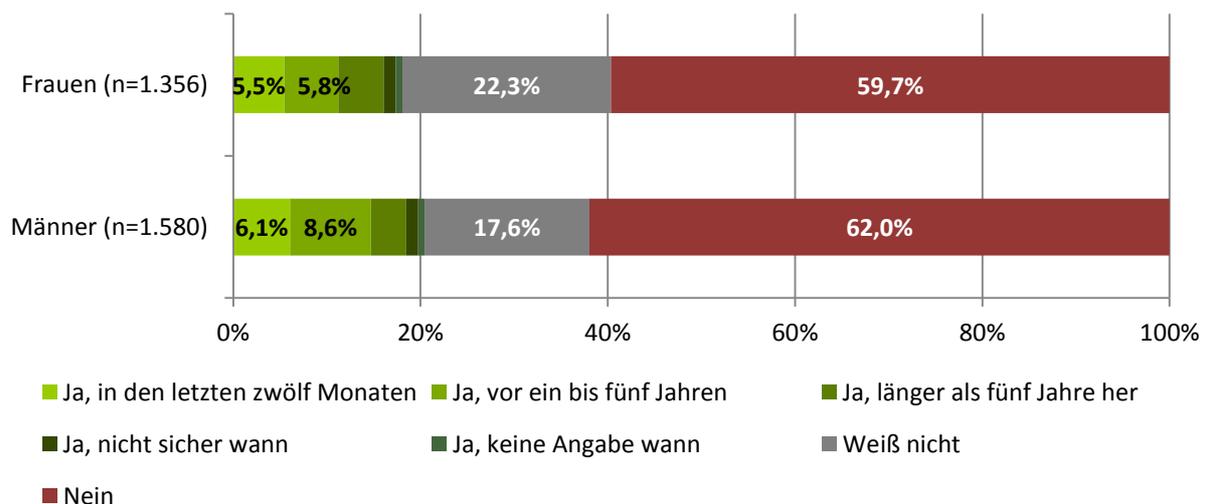
Tabelle 16: Gewünschte Testorte nach Geschlecht und bereits auf HIV Getestete vs. Ungetestete

Wo würden Sie sich auf HIV oder andere STI testen lassen? ¹⁷ (n=2.918)	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Gesundheitsamt	815	51,8%	621	46,2%	1,3	1,1-1,5
Arzt/Ärztin	1.045	66,4%	996	74,1%	0,7	0,6-0,8
Aids-Beratungsstelle	553	35,1%	455	33,9%	1,1	0,9-1,2
neutraler Ort in der Community	106	6,7%	95	7,1%	1,0	0,7-1,3
woanders...	31	2,0%	30	2,2%	0,9	0,5-1,5
Wo würden Sie sich auf HIV oder andere STI testen lassen? ¹⁸ (n=2.760)	Bereits auf HIV Getestete		Ungetestete		OR	95%-KI
Gesundheitsamt	905	51,2%	478	48,1%	1,1	0,97-1,3
Arzt/Ärztin	1.250	70,7%	678	68,3%	1,1	0,95-1,3
Aids-Beratungsstelle	684	38,7%	294	29,6%	1,5	1,3-1,8
neutraler Ort in der Community	93	5,3%	85	8,6%	0,6	0,4-0,8
woanders...	35	2,0%	21	2,1%	0,9	0,5-1,6

4. 4. 2 - 2 Testung auf Hepatitis C

Neben der HIV-Testung sollten Teilnehmende auch angeben, ob sie jemals einen Test auf Hepatitis C (HCV) hatten machen lassen, wann der letzte Test durchgeführt worden war und mit welchem Testergebnis. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte noch nie einen Test auf Hepatitis C machen lassen (61%; 1.788/2.936), jeder fünfte wusste dies nicht (20%; 580/2.936) und lediglich etwas weniger als jede/r fünfte hatte schon einmal einen solchen Test machen lassen (19%; 568/2.936) (Abbildung 21).

Abbildung 21: Testung auf Hepatitis C nach Geschlecht



¹⁷ Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%.

¹⁸ Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%. Ohne diejenigen, die nicht wussten ob jemals ein HIV-Test durchgeführt worden war.

Bei den meisten Getesteten lag der letzte Test auf HCV ein bis fünf Jahre zurück (38%), ein knappes Drittel hatte den letzten Test innerhalb des letzten Jahres machen lassen (30%) und bei knapp jedem/jeder Vierten lag der letzte Test länger als fünf Jahre zurück (22%). Die übrigen 10% waren sich nicht sicher, wann der letzte Test durchgeführt worden war oder machten keine Angabe dazu. Die Mehrheit der Getesteten gab an, ein negatives Testergebnis erhalten zu haben (90%), lediglich 8 Personen berichteten ein positives Testergebnis (1,4%) und 19 Personen gaben an, das Testergebnis nicht erhalten zu haben (3,3%). Die übrigen 5,6% wussten das Testergebnis nicht mehr oder machten keine Angabe darüber.

In Bezug auf das Testverhalten auf HCV wurden ebenfalls univariable und multivariable Analysen durchgeführt, um soziodemographische, Verhaltens- und Einstellungsparameter zu identifizieren, die mit einer häufigeren oder selteneren Testung einhergehen. Die Ergebnisse der multivariablen Analysen im Hinblick auf die jemals durchgeführte Testung auf HCV sowie eine Testung innerhalb der vergangenen zwölf Monate zeigt Tabelle 17¹⁹.

Die multivariable Analyse der Einflussfaktoren auf die jemals erfolgte Inanspruchnahme einer HCV-Testung zeigt, dass lediglich sehr gute Deutschkenntnisse einen positiven Einfluss hatten. Seltener jemals auf HCV getestet waren Befragte bis einschließlich 35 Jahren sowie diejenigen mit Grund-/Hauptschulabschluss. In Bezug auf Verhaltensparameter waren diejenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten keinen Sex hatten, seltener jemals auf HCV getestet. Dass HIV/Aids im Umfeld nicht thematisiert wird, hatte einen negativen Einfluss darauf, jemals einen Test auf HCV machen lassen zu haben.

In Bezug auf die HCV-Testung innerhalb der vergangenen zwölf Monate zeigten sich keine positiven Einflussfaktoren in der multivariablen Analyse, obgleich hier beachtet werden sollte, dass lediglich 170 Personen einen solchen Test im genannten Zeitraum hatten machen lassen. Seltener innerhalb der vergangenen zwölf Monate auf HCV getestet waren Befragte im Alter von 18 bis 25 Jahren sowie diejenigen, die in den letzten zwölf Monaten keinen Sex hatten. Seltener im beschriebenen Zeitraum getestet waren auch diejenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen ohne konsistenten Kondomgebrauch hatten.

Tabelle 17: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer HCV-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.642*

Variable	%	Multivariable Analyse HCV-Testung (jemals)			%	Multivariable Analyse HCV-Testung (vergangene 12 Monate)		
		OR	p-Wert	95% - KI		aOR	p-Wert	95% - KI
Altersgruppe								
18 – 25 Jahre	10%	0,43	<0,001	0,3-0,6	3,2%	0,53	0,039	0,3-0,97
26 – 35 Jahre	17%	0,59	<0,001	0,5-0,8	5,3%	0,69	0,095	0,4-1,1
36 – 45 Jahre	27%	Ref.			8,1%	Ref.		
46 Jahre und älter	26%	0,85	0,290	0,6-1,2	5,6%	0,66	0,124	0,4-1,1

¹⁹ Nur in mindestens einer multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren sowie die Ergebnisse der univariablen Analysen finden sich in Tabellen B8 und B9 im Tabellenanhang B.

Schulbildung								
kein Abschluss	14%	0,73	0,179	0,5-1,2	3,7%	0,70	0,367	0,3-1,5
sonstiger Abschluss	11%	0,50	0,215	0,2-1,5	2,9%	0,59	0,609	0,1-4,5
Grund-/Hauptschule	13%	0,64	0,004	0,5-0,9	4,3%	0,75	0,254	0,5-1,2
Mittlere Reife/Abitur	20%	Ref.			5,8%	Ref.		
Studium	23%	0,94	0,631	0,7-1,2	6,4%	0,86	0,478	0,6-1,3
Deutschkenntnisse								
gar nicht	6,2%	0,49	0,042	0,2-0,98	1,4%	0,34	0,116	0,1-1,3
wenig	14%	0,94	0,735	0,6-1,4	6,6%	1,50	0,172	0,8-2,7
mittelmäßig	17%	1,02	0,901	0,7-1,4	5,9%	1,18	0,529	0,7-2,0
gut	19%	Ref.			5,5%	Ref.		
sehr gut	29%	1,70	<0,001	1,3-2,3	6,1%	1,14	0,609	0,7-1,9
Muttersprache	13%	1,39	0,311	0,7-2,6	3,0%	1,58	0,413	0,5-4,7
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten								
kein Sex	13%	0,72	0,028	0,5-0,96	3,0%	0,44	0,003	0,3-0,8
Sex mit feste/r Sexpartner/in	24%	Ref.			8,0%	Ref.		
Sex mit nicht-festen Sex- partner/inn/en, immer Kondom	17%	0,75	0,131	0,5-1,1	4,7%	0,59	0,106	0,3-1,1
Sex mit nicht-festen Sexpartner/inn/en, NICHT immer Kondom	19%	0,90	0,446	0,7-1,2	4,1%	0,54	0,019	0,3-0,9
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?								
Ja, ist Thema	23%	Ref.			11%	Ref.		
Nein, ist kein Thema	13%	0,54	<0,001	0,4-0,7	6,2%	0,72	0,094	0,5-1,1

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

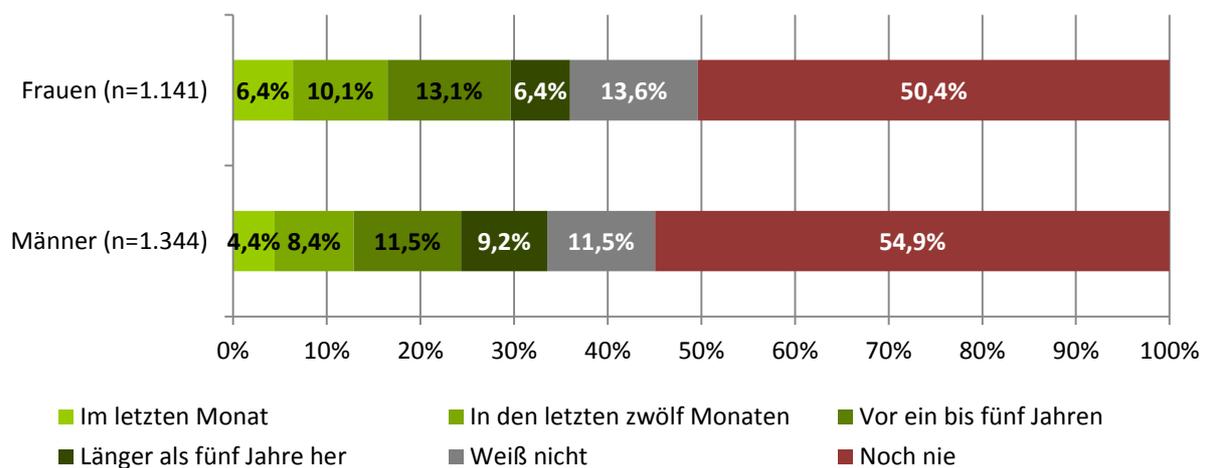
4. 4. 2 - 3 Impfung gegen Hepatitis B

Neben der Testung auf Hepatitis C wurden Teilnehmende gefragt, ob sie gegen Hepatitis B geimpft seien, was von weniger als der Hälfte bejaht wurde (40%; 1.153/2.869), etwas mehr als jede/r dritte gab an, nicht gegen Hepatitis B geimpft zu sein (35%; 1.007/2.869) und jede/r vierte wusste es nicht (25%; 709/2.869). Betrachtet man nur diejenigen, die sich sicher waren, geimpft oder nicht geimpft zu sein, zeigte sich zwar kein Unterschied zwischen Männern und Frauen, es wurden aber eine Reihe anderer Unterschiede in Subgruppen deutlich. Häufiger gegen Hepatitis B geimpft waren einerseits Befragte über 30 Jahre (58% vs. 48%; OR=1,5; 95%-KI: 1,3-1,8), diejenigen, die mindestens fünf Jahre in Deutschland lebten (62% vs. 39%; OR=2,6; 95%-KI: 2,2-3,1) sowie diejenigen, die regulär über die Krankenversicherungskarte versichert waren (57% vs. 30%; OR=3,1; 95%-KI: 2,4-4,0). Von all denjenigen, die seit ihrem Aufenthalt in Deutschland ins Herkunftsland gereist waren, war die Hälfte gegen Hepatitis B geimpft (51%; 701/1.384), mehr als jede/r vierte war nicht geimpft (28%; 393/1.384) und mehr als jede/r fünfte war sich über seinen/ihren Impfstatus unsicher (21%; 290/1.384).

4. 4. 2 - 4 Testung auf STI

Befragte sollten angeben, wann sie das letzte Mal auf eine der präsentierten STI (Gonorrhö, Syphilis, Herpes, Feigwarzen und Chlamydien) getestet und wann sie das letzte Mal mit einer dieser STI diagnostiziert worden waren. Diejenigen, die angegeben hatten, keine der STI zu kennen, wurden zu den Ungetesteten gezählt. Etwas mehr als jede/r Dritte war jemals auf eine dieser STI getestet worden (35%; 1.009/2.912), mehr als die Hälfte war noch nie auf eine dieser STI getestet worden (53%; 1.539/2.912)²⁰ und etwa jede/r achte wusste es nicht (13%; 364/2.912) (Abbildung 22). Von denjenigen, die getestet worden waren, war die Mehrheit noch nie mit einer STI diagnostiziert worden (57%), etwa jede/r Dritte hatte jemals eine Diagnose erhalten (35%) und jede/r zehnte wusste es nicht oder machte darüber keine Angabe (9%). Bei knapp der Hälfte derjenigen, die jemals mit einer STI diagnostiziert worden waren, lag die entsprechende Diagnose mehr als fünf Jahre zurück (41%), mehr als jede/r vierte hatte die letzte Diagnose vor ein bis fünf Jahren erhalten (27%), knapp jede/r fünfte berichtete, die letzte Diagnose sei innerhalb der letzten zwölf Monate gestellt worden (18%) und etwa jede/r achte hatte die letzte Diagnose innerhalb des letzten Monats erhalten (13%).

Abbildung 22: Testung auf STI nach Geschlecht



Für die Testung auf STI, jemals und in den vergangenen zwölf Monaten, wurden multivariable Analysen durchgeführt, um den Einfluss von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsparametern auf die Inanspruchnahme dieser Testungen bestimmen zu können. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 18²¹.

Der stärkste positive Einflussfaktor darauf, jemals eine Testung auf STI in Anspruch genommen zu haben, waren sehr gute Deutschkenntnisse. Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen innerhalb der vergangenen zwölf Monate mit konsistentem Kondomgebrauch war positiv mit der jemals durchgeführten Inanspruchnahme einer STI-Testung assoziiert. Seltener jemals auf STI getestet waren hingegen jüngere Teilnehmer/innen (18 – 25 Jahre alt), Personen mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-

²⁰ Einschließlich derjenigen, die keine der genannten STI kannten.

²¹ Nur in mindestens einer multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren sowie die Ergebnisse der univariablen Analysen finden sich in Tabellen B10 und B11 im Tabellenanhang B.

/Hauptschule), Befragte ohne eigenes Einkommen oder einem Einkommen zwischen 500 und 1.000 € netto im Monat und Menschen mit muslimischer Religionszugehörigkeit. Es waren diejenigen seltener jemals auf STI getestet, die in den vergangenen zwölf Monaten keinen Sex hatten und hinsichtlich ihrer Einstellung diejenigen, bei denen HIV/Aids kein Thema ist, über das im Umfeld gesprochen wird.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von STI-Testungen innerhalb der vergangenen zwölf Monate wurden keine positiven Einflussfaktoren identifiziert. Seltener in diesem Zeitraum auf STI getestet waren Personen ohne Schulabschluss, diejenigen ohne eigenes Einkommen oder mit einem Einkommen zwischen 500 und 1.000 € sowie Menschen mit muslimischer Religionszugehörigkeit. Auch diejenigen, die in den vergangenen zwölf Monaten keinen Sex hatten, hatten im selben Zeitraum seltener einen STI-Test in Anspruch genommen. Das Nicht-Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld hatte ebenfalls einen negativen Einfluss darauf, einen STI-Test im genannten Zeitraum in Anspruch genommen zu haben.

Tabelle 18: Multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika, Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen und der Inanspruchnahme einer STI-Testung jemals (links) und in den vergangenen zwölf Monaten (rechts), n=2.616*

Variable	%	Multivariable Analyse STI-Testung (jemals)			%	Multivariable Analyse STI-Testung (vergangene 12 Monate)		
		OR	p-Wert	95% - KI		aOR	p-Wert	95% - KI
Altersgruppe								
18 – 25 Jahre	20%	0,50	<0,001	0,4-0,7	11%	1,11	0,604	0,8-1,7
26 – 35 Jahre	40%	1,05	0,707	0,8-1,3	16%	1,15	0,372	0,9-1,6
36 – 45 Jahre	42%	Ref.			16%	Ref.		
46 Jahre und älter	34%	0,78	0,084	0,6-1,03	12%	0,80	0,270	0,5-1,2
Schulbildung								
kein Abschluss	22%	0,56	0,003	0,4-0,8	7%	0,41	0,004	0,2-0,8
sonstiger Abschluss	33%	1,05	0,909	0,5-2,2	8%	0,57	0,361	0,2-1,9
Grund-/Hauptschule	28%	0,75	0,022	0,6-0,96	11%	0,74	0,065	0,5-1,02
Mittlere Reife/Abitur	34%	Ref.			15%	Ref.		
Studium	42%	1,03	0,812	0,8-1,3	17%	0,92	0,558	0,7-1,2
Deutschkenntnisse								
gar nicht	27%	1,55	0,063	0,98-2,5	9%	1,17	0,638	0,6-2,2
wenig	32%	1,22	0,210	0,9-1,7	15%	1,46	0,059	0,99-2,2
mittelmäßig	36%	1,17	0,249	0,9-1,5	15%	1,12	0,537	0,8-1,6
gut	34%	Ref.			15%	Ref.		
sehr gut	42%	1,48	0,003	1,1-1,9	15%	1,05	0,774	0,8-1,5
Muttersprache	19%	0,89	0,689	0,5-1,6	7%	0,59	0,193	0,3-1,3
Einkommen								
kein eigenes Einkommen	23%	0,56	0,002	0,4-0,8	9%	0,51	0,006	0,3-0,8
< 500 €	28%	0,73	0,058	0,5-1,01	13%	0,75	0,175	0,5-1,1
500 - < 1.000 €	33%	0,74	0,031	0,6-0,97	13%	0,68	0,031	0,5-0,97
1.000 € - < 2.000 €	43%	Ref.			18%	Ref.		
≥ 2.000 €	45%	0,92	0,675	0,6-1,4	13%	0,62	0,077	0,4-1,1
Religion								
Christentum	38%	Ref.			16%	Ref.		
Islam	24%	0,62	<0,001	0,5-0,8	9%	0,64	0,005	0,5-0,9

keine Religion	35%	0,88	0,482	0,6-1,3	15%	1,05	0,842	0,7-1,7
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten								
kein Sex	24%	0,69	0,003	0,5-0,9	10%	0,69	0,027	0,5-0,96
Sex mit feste/r Partner/in	39%	Ref.			17%	Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	42%	1,37	0,049	1,001-1,9	16%	1,12	0,584	0,8-1,7
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	35%	1,17	0,207	0,9-1,5	12%	0,85	0,334	0,6-1,2
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?								
Ja, ist Thema	43%	Ref.			18%	Ref.		
Nein, ist kein Thema	22%	0,40	<0,001	0,3-0,5	9%	0,50	<0,001	0,4-0,7

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

4. 5. Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV

Um Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV charakterisieren zu können, sollten Befragungsteilnehmer/innen Auskunft zu mehreren Fragen geben: i) Wie würden Sie sich gegenüber einer Person mit HIV verhalten? ii) Kennen Sie jemanden persönlich, von dem Sie wissen, dass er oder sie mit HIV infiziert ist? iii) Haben Sie schon einmal in Ihrem persönlichen Umfeld erlebt, dass HIV-Infizierte oder Aids-Kranke schlecht behandelt wurden? und iv) Ist HIV/Aids ein Thema, über das in Ihrem Umfeld gesprochen wird? Die Antworten stratifiziert nach Geschlecht sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Es wird deutlich, dass die große Mehrheit der Teilnehmenden sich gegenüber Menschen mit HIV genauso verhalten würde, wie gegenüber anderen Personen auch, was wir fortan als *normales Verhalten* bezeichnen (79%). Etwa jede/r sechste würde körperliche Berührungen vermeiden (16%) und etwa jede/r vierzehnte würde es vermeiden, mit einer Person mit HIV gesehen zu werden (7,8%) – dies wurde häufiger von Frauen angegeben. Etwa jede/r zwanzigste würde einer Person mit HIV (insgeheim) Vorwürfe machen (4,4%) und anteilig gleich viele Befragte gaben anderes Verhalten an. Beispielhaft wurde hier genannt, nicht die gleichen Dinge zu benutzen oder besonders Acht zu geben, v.a. wenn jemand mit HIV bluten würde. Andererseits wurde aber auch häufig fürsorgliches Verhalten beschrieben oder dass der/die Befragte für sie beten würde.

Tabelle 19: Verhalten der Studienpopulation gegenüber Menschen mit HIV, Vergleich nach Geschlecht

	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Wie würden Sie sich gegenüber einer Person mit HIV verhalten?* (n=2.961)						
Ich verhalte mich genauso wie jeder anderen Person gegenüber.	1.263	78,8%	1.067	78,6%	1,0	0,9-1,2
Ich vermeide körperliche Berührungen.	261	16,1%	217	15,9%	1,0	0,8-1,2
Ich vermeide es, mit dieser Person gesehen zu werden.	109	6,8%	121	8,9%	0,8	0,6-0,98
Ich mache dieser Person (insgeheim) Vorwürfe.	65	4,1%	64	4,7%	0,9	0,6-1,2
Ich verhalte mich anders...	74	4,6%	56	4,1%	1,1	0,8-1,6

Kennen Sie jemanden persönlich, von dem Sie wissen, dass er/ sie mit HIV infiziert ist? (n=2.957)						
ja	554	34,1%	573	42,1%	0,7	0,6-0,8
Haben Sie schon einmal in Ihrem persönlichen Umfeld erfahren, dass HIV-Infizierte oder Aids-Kranke schlecht behandelt wurden? (n=2.974)						
ja	575	35,6%	572	42,0%	0,8	0,7-0,9
Ist HIV/Aids ein Thema, über das in Ihrem Umfeld gesprochen wird? (n=2.934)						
ja	952	59,9%	759	56,5%	1,2	0,99-1,3

* Da Mehrfachangaben möglich waren, ergeben sich in der Summe mehr als 100%.

Insgesamt kannte etwas mehr als jede/r Dritte jemanden mit HIV auch persönlich (38%), dies wurde häufiger von Frauen angegeben (42% vs. 34%); sie gaben entsprechend auch häufiger an, schon einmal erlebt zu haben, dass Menschen mit HIV im persönlichen Umfeld schlecht behandelt worden wären (42% vs. 36%). Für mehr als die Hälfte der Befragten war HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird (58%).

In der univariablen Analyse zeigten diese drei Faktoren – also jemanden mit HIV persönlich zu kennen, schon einmal erlebt zu haben, dass Menschen mit HIV im Umfeld schlecht behandelt worden waren sowie das Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld – einen Einfluss darauf, welche Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit HIV angegeben wurden. So gaben diejenigen, die jemanden mit HIV persönlich kannten, häufiger normales Verhalten an (81% vs. 77%; OR=1,2; 95%-KI: 1,03-1,5), nannten aber auch häufiger, dieser Person (insgeheim) Vorwürfe zu machen (5,6% vs. 3,6%; OR=1,6; 95%-KI: 1,1-2,3). Personen, die nicht die Erfahrung gemacht hatten, dass HIV-Positive im Umfeld schlecht behandelt würden, gaben seltener an, es zu vermeiden mit jemandem mit HIV gesehen werden zu wollen (6,8% vs. 9,3%; OR=0,7; 95%-KI: 0,5-0,9) oder dieser Person (insgeheim) Vorwürfe zu machen (2,9% vs. 6,4%; OR=0,4; 95%-KI: 0,3-0,6). Auch diejenigen, bei denen HIV/Aids ein Thema ist, über das im Umfeld gesprochen wird, gaben häufiger normales Verhalten an (83% vs. 72%; OR=1,9; 95%-KI: 1,6-2,3) und nannten seltener stigmatisierendes Verhalten wie körperliche Berührungen zu vermeiden (14% vs. 20%; OR=0,7; 95%-KI: 0,5-0,8) oder es zu vermeiden, mit dieser Person gesehen zu werden (5,3% vs. 11%; OR=0,5; 95%-KI: 0,3-0,6).

Um neben diesen Einstellungs- und Erfahrungsparametern auch weitere Faktoren identifizieren zu können, die mit normalem Verhalten gegenüber Menschen mit HIV zusammenhängen, wurde auch für diese Frage eine multivariable Analyse unter Einschluss soziodemographischer Charakteristika, Wissens- und Einstellungsparametern durchgeführt. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 20²².

Der in der univariablen Analyse stärkste positive Einflussfaktor darauf, Menschen mit HIV normal zu behandeln, war das Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld, einflussreiche soziodemographische Merkmale waren ein Universitätsabschluss sowie ein Einkommen von 2.000 € und mehr. Mit jeder Aussage, die aus dem Themenbereich allgemeines Wissen zu HIV gewusst wurde, stieg die Wahrscheinlichkeit, anzugeben, Menschen mit HIV normal zu behandeln. Ähnlich verhält es sich mit den Wissensfragen zu HIV in Bezug auf die Situation in Deutschland: das Wissen darüber, dass eine HIV-Infektion allein kein Ausweisungsgrund darstellt und dass es kostenlose und anonyme Testangebote in den Gesundheitsämtern gibt hatte sogar einen stärkeren Einfluss als das allgemeine Wissen zu HIV. Seltener normales Verhalten angegeben hatten hingegen jüngere Befragte (18 – 25 Jahre), Befragte

²² Nur in der multivariablen Analyse signifikante Einflussfaktoren. Die Darstellung aller eingeschlossenen Faktoren findet sich in Tabelle B12 im Tabellenanhang B.

mit weniger hoher Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), einer Aufenthaltszeit von unter fünf Jahren in Deutschland, weniger guten Deutschkenntnissen (gar nicht, wenig, mittelmäßig), ohne reguläre Krankenversicherung, ohne eigenes Einkommen und Befragte mit muslimischer oder gar keiner Religionszugehörigkeit.

Auch in der multivariablen Analyse war das Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld stärkster positiver Einflussfaktor für angegebenes normales Verhalten gegenüber Menschen mit HIV. Den zweitstärksten positiven Einfluss hatte eine Aufenthaltszeit in Deutschland von unter einem Jahr. Mit jeder bekannten allgemeinen Aussage zum Thema HIV stieg die Wahrscheinlichkeit, normales Verhalten anzugeben um 23%, mit jeder bekannten Aussage zum Thema HIV in Deutschland sogar um 41%. Einflussfaktoren für seltener angegebenes normales Verhalten in der multivariablen Analyse waren wiederum jüngeres Alter (18 – 25 Jahre), weniger hohe Bildung (kein Abschluss, Grund-/Hauptschule), ein Mangel an Deutschkenntnissen und an regulärer Krankenversicherung sowie muslimische oder keine Religionszugehörigkeit. Auch Personen, die schon einmal im persönlichen Umfeld erlebt hatten, dass HIV-Positive oder Aids-Kranke schlecht behandelt wurden, gaben seltener normales Verhalten gegenüber HIV-Positiven an.

Tabelle 20: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und das angegebene Verhalten gegenüber HIV-Positiven („Ich verhalte mich genauso wie jeder anderen Person gegenüber“); n=2.519*

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	70%	0,55	<0,001	0,4-0,7	0,68	0,027	0,5-0,96
26 – 35 Jahre	78%	0,85	0,219	0,7-1,1	0,88	0,409	0,7-1,2
36 – 45 Jahre	81%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	78%	0,84	0,294	0,6-1,2	0,76	0,119	0,5-1,1
Schulbildung							
kein Abschluss	56%	0,32	<0,001	0,2-0,5	0,52	0,001	0,4-0,8
sonstiger Abschluss	74%	0,73	0,423	0,3-1,6	1,11	0,819	0,5-2,7
Grund-/Hauptschule	69%	0,56	<0,001	0,5-0,7	0,76	0,040	0,6-0,99
Mittlere Reife/Abitur	80%	Ref.			Ref.		
Studium	84%	1,35	0,021	1,05-1,7	0,96	0,792	0,7-1,3
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	69%	0,56	<0,001	0,4-0,7	1,71	0,020	1,1-2,7
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	76%	0,81	0,049	0,7-0,999	1,25	0,149	0,9-1,7
> 5 Jahre	80%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	73%	0,71	0,065	0,5-1,02	1,39	0,477	0,6-3,5
Deutschkenntnisse							
gar nicht	58%	0,33	<0,001	0,2-0,5	0,62	0,047	0,4-0,99
wenig	75%	0,70	0,016	0,5-0,9	0,90	0,577	0,6-1,3
mittelmäßig	75%	0,72	0,028	0,5-0,97	0,74	0,065	0,5-1,02
gut	81%	Ref.			Ref.		
sehr gut	81%	1,02	0,902	0,8-1,4	0,97	0,872	0,7-1,3
Muttersprache	78%	0,83	0,385	0,5-1,3	1,14	0,684	0,6-2,1
Krankenversicherungsstatus							

keine KV Behandlungsschein	66%	0,50	<0,001	0,4-0,7	0,58	0,013	0,4-0,9
Krankenversicherungskarte	60%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,49	<0,001	0,3-0,7
	80%	Ref.			Ref.		
Religion							
Christentum	81%	Ref.			Ref.		
Islam	68%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,66	0,001	0,5-0,8
keine Religion	69%	0,53	<0,001	0,4-0,8	0,58	0,005	0,4-0,9
Wissen zum Thema HIV							
Allgemeines Wissen zu HIV (8 Aussagen)	-	1,38	<0,001	1,3-1,5	1,23	<0,001	1,2-1,3
Wissen zu HIV in Deutsch- land (2 Aussagen)	-	1,82	<0,001	1,6-2,0	1,41	<0,001	1,2-1,6
Haben Sie schon einmal in Ihrem persönlichen Umfeld erfahren, dass HIV-Positive oder Aids-Kranke schlecht behandelt wurden?							
Ja	76%	0,91	0,345	0,8-1,1	0,62	<0,001	0,5-0,8
Nein	77%	Ref.			Ref.		
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	82%	1,92	<0,001	1,6-2,3	1,72	<0,001	1,4-2,2
Nein, ist kein Thema	70%	Ref.			Ref.		

* adjustiert für Geburtsregion, Studienstadt und Modus der Fragebogenadministration.

4. 6. Unterschiede in der Beantwortung der Fragen nach Ausfüllmodus

Um mögliche Unterschiede zwischen Personen, die im Interview befragt wurden oder den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten, identifizieren zu können, wurden die Befragungsergebnisse nach Ausfüllmodus verglichen. Einschränkend muss hier jedoch erwähnt werden, dass nicht in allen Städten zu Anfang für alle Peer Researcher klar war, wann ein Interview auch als ein solches galt. So vermerkten einige Peer Researcher den Fragebogen als im Interview ausgefüllt, obwohl sie lediglich die Befragung erklärt hatten, die Befragten den Fragebogen jedoch selbst ausgefüllt hatten, z.T. in Anwesenheit der Peer Researcher.

Selbst ausgefüllt wurden Fragebögen häufiger von Frauen (43% vs. 39%; OR=1,2; 95%-KI: 1,02-1,4), Männer bevorzugten demgegenüber Interviews (61% vs. 57%). Hinsichtlich des Alters unterschieden sich diejenigen, die den Fragebogen selbst oder im Interview ausgefüllt hatten, nicht: Personen beider Gruppen waren im Median 31 Jahre alt (p=0,689) (Mann-Whitney U-Test). Auch hinsichtlich der Aufenthaltszeit in Deutschland zeigten sich keine Unterschiede: Personen beider Gruppen hielten sich im Median seit 72 Monaten in Deutschland auf (p=0,788) (Mann-Whitney U-Test). In Bezug auf andere soziodemographische Merkmale wurden jedoch einige Unterschiede deutlich. Befragte mit weniger hoher Bildung (kein/sonstiger Abschluss, Grund-/Hauptschule) hatten den Fragebogen seltener selbst ausgefüllt (32% vs. 36%; OR=0,8; 95%-KI: 0,7-0,98). Auch diejenigen, die als Einkommensquelle staatliche Unterstützung angegeben hatten, präferierten das Interview (31% vs. 27%; OR=1,2; 95%-KI: 1,03-1,4). Weitere sensible Fragen, wie die nach der Einkommenshöhe oder dem Krankenversicherungsstatus wurden jedoch in beiden Modi nicht unterschiedlich beantwortet.

In Bezug auf das allgemeine Wissen zu HIV hatte der Ausfüllmodus weder in der univariablen noch der multivariablen Analyse einen Einfluss, gleiches wurde bezüglich der beiden Aussagen zu Koinfektionen mit HIV deutlich. Beim Wissen zu HIV in Bezug auf die Situation in Deutschland waren diejenigen, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten, etwas besser informiert (in der univariablen Analyse nicht signifikant). Beim Wissen zu viralen Hepatitiden zeigten sich erneut keine Unterschiede, hinsichtlich der Bekanntheit anderer STI waren wiederum diejenigen, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten etwas besser informiert (im multivariablen Modell nicht mehr signifikant).

Personen, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten, waren weder in der univariablen Analyse noch im multivariablen Modell häufiger auf HCV getestet, allerdings in der univariablen Analyse häufiger in den vergangenen zwölf Monaten. In Bezug auf eine Impfung gegen Hepatitis B gab es keine Unterschiede in der Beantwortung. Hinsichtlich der HIV-Testung jemals und in den vergangenen zwölf Monaten gaben Selbstausfüller häufiger an, getestet zu sein (univariable Analysen), bezüglich der jemals durchgeführten HIV-Testung blieb dieser Effekt auch im multivariablen Modell bestehen. Auf STI waren ebenfalls diejenigen häufiger getestet, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten, sowohl jemals als auch in den vergangenen zwölf Monaten (univariable Analysen). Dieser Effekt blieb hinsichtlich beider Zeiträume auch in den multivariablen Modellen signifikant. Die Angaben zu Diagnosen (HCV, HIV, STI) unterschieden sich zwischen Selbstausfüllern und Interviewten jedoch nicht.

Selbstausfüller berichteten häufiger als Interviewte feste Sexpartner/innen zu haben (81% vs. 78%; OR=1,3; 95%-KI: 1,01-1,6). Personen im Interview gaben häufiger an, in den vergangenen zwölf Monaten auch Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen gehabt zu haben (32% vs. 28%; OR=1,3; 95%-KI: 1,03-1,5). Fragen nach sexueller Attraktivität oder Kondomgebrauch wurden jedoch nicht unterschiedlich beantwortet, auch die angegebene Anzahl der Sexualpartner/innen (nur eine/n vs. mehr als fünf) unterschied sich nicht. Wenige Unterschiede zeigten sich in den Begründungen für Kondomverzicht: Interviewte gaben häufiger an, auf Kondome zu verzichten, weil dies peinlich sei (13% vs. 10%; OR=1,3; 95%-KI: 1,01-1,7) oder das der/die Partner/in sonst denken würde, man gehe fremd oder sei HIV-positiv (9% vs. 6%; OR=1,5; 95%-KI: 1,1-2,0).

Beim Themenkomplex zu Stigmatisierung hatte der Ausfüllmodus lediglich auf die Beantwortung der Frage danach, ob HIV/Aids ein Thema sei, über das im Umfeld gesprochen werde: Häufiger wurde dies von Selbstausfüllern angegeben (61% vs. 56%; OR=1,2; 95%-KI: 1,1-1,4).

Bei sensiblen Fragen und einer Beantwortung im Interview wurde geprüft, ob ggf. das Geschlecht des interviewenden Peer Researchers einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen haben könnte. In Bezug auf jemals erlebte sexuelle Gewalt gaben betroffene Frauen interviewenden Männern wie Frauen keine unterschiedlichen Antworten, auch bei betroffenen Männern war dies nicht der Fall. Beschneidete Frauen machten diese Angabe männlichen wie weiblichen Interviewenden gegenüber nahezu gleich häufig.

4. 7. Einfluss soziodemographischer Merkmale der Peer Researcher auf die der Befragten

Die 3.040 Befragungsteilnehmer/innen wurden durch insgesamt 103 Personen rekrutiert: 99 von ihnen waren Peer Researcher. Insgesamt rekrutierten vier Studienkoordinator/innen ebenfalls, in München,

Berlin, Frankfurt am Main und Hannover. Die Anzahl der Fragebögen pro Person reichte von einem Fragebogen bei einem Peer Researcher in Köln bis zu 87 Fragebögen bei einem Peer Researcher in München. Im Median kamen 26 gültige Fragebögen pro Person zurück, der Mittelwert lag bei 29 Fragebögen.

Tabelle 21 zeigt die soziodemographischen Merkmale der Rekrutierenden, einschließlich der genannten vier Studienkoordinator/innen. 49% von ihnen waren männlich. Der Altersmedian aller lag bei 35 Jahren, der Mittelwert bei 37 Jahren. Männer waren im Median jünger als Frauen. Das Alter der Rekrutierenden reichte von 19 Jahren, die älteste rekrutierende Person war 67 Jahre alt.

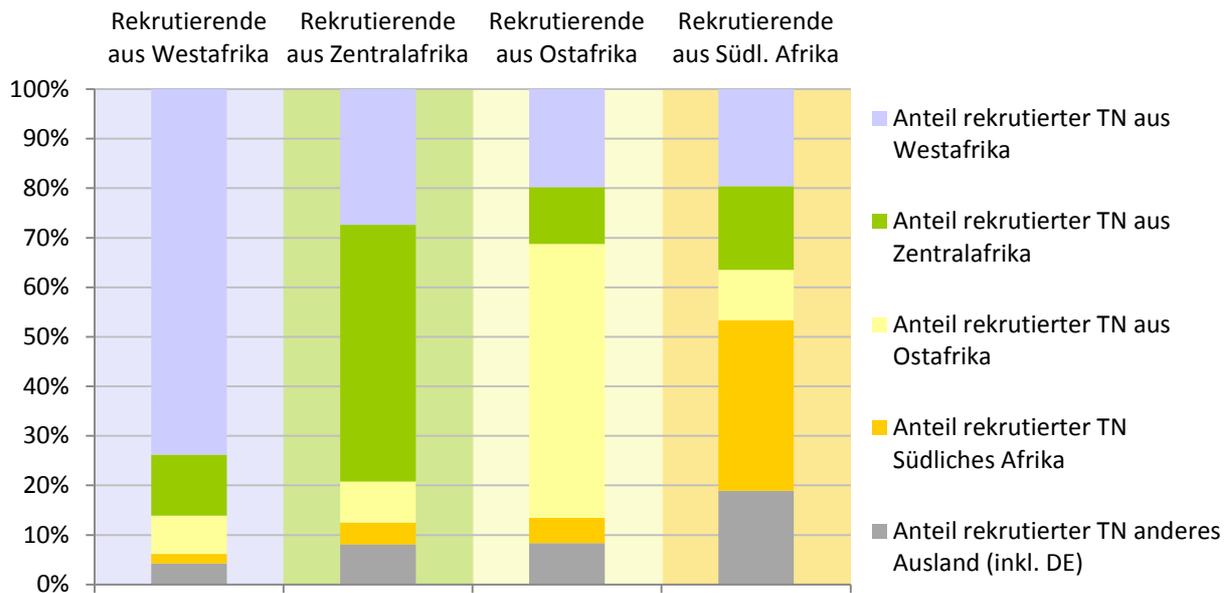
Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen kam die Mehrheit aus westafrikanischen Ländern; unter den Männern mehr als jeder zweite, unter den Frauen mehr als jede Dritte. Weibliche Rekrutierende kamen am zweithäufigsten aus Ländern des östlichen Afrikas (28%), gefolgt von zentralafrikanischen Ländern (26%). Unter den Männern kam ebenfalls jeder vierte aus einem zentralafrikanischen Land (26%), aber weniger als jeder zehnte aus einem Land Ostafrikas (6%). Zwei Rekrutierende hatten Wurzeln in Ländern der Karibik, da sie jedoch über sehr gute Kontakte in die lokalen afrikanischen Communities verfügten, wurden sie trotzdem als Peer Researcher eingesetzt.

Tabelle 21: Soziodemographie der Rekrutierenden, n=103

	Männlich	Weiblich
Altersgruppe		
bis einschließlich 30 Jahre alt	24	13
über 30 Jahre alt	26	40
Median	31 Jahre	39 Jahre
Mittelwert	35 Jahre	39 Jahre
Herkunftsregion		
Westafrika	29 (58%)	19 (36%)
Zentralafrika	13 (26%)	14 (26%)
Ostafrika	3 (6%)	15 (28%)
Südliches Afrika	2 (4%)	4 (8%)
Ostafrika/ Westafrika	1 (2%)	0 (0%)
Zentralafrika/ Ostafrika	1 (2%)	0 (0%)
Karibik	1(2%)	1 (2%)

Männliche Befragte wurden v.a. von Männern rekrutiert (57% vs. 44%; OR=1,7; 95%-KI: 1,5-2,0), weibliche Teilnehmerinnen hingegen wurden eher von Frauen erreicht (56% vs. 43%). Auch in Bezug auf das Alter ergaben sich Parallelen zwischen Rekrutierenden und Befragten. Jüngere Peer Researcher bis einschließlich 30 Jahre rekrutierten vorwiegend jüngere Befragte im selben Alter (51% vs. 28%; OR=2,6; 95%-KI: 2,3-3,1), Peer Researcher über 30 Jahre konnten Teilnehmer/innen ihrer Altersgruppe besser erreichen (72% vs. 49%). Gleiches zeigt sich auch für die Herkunftsregionen der Rekrutierenden und die Geburtsregionen der Teilnehmer/innen. So rekrutierten Peer Researcher aus Westafrika vornehmlich unter Personen, die in Westafrika geboren worden waren (74% aller von Peer Researchern aus Westafrika Rekrutierten), bei Peer Researchern aus Zentral- bzw. Ostafrika traf dies anteilig auf mehr als die Hälfte zu (52% bzw. 55%). Anteilig jede/r Dritte von Peer Researchern aus den südlichen Afrika Rekrutierte war in einem Land des südlichen Afrika geboren worden (35%) (Abbildung 23).

Abbildung 23: Herkunftsregionen der Rekrutierenden und Geburtsregionen der von ihnen Rekrutierten²³



4. 8. Nutzung des Testangebotes bei den Gesundheitsämtern

Aus allen sechs Studienstädten wurden von den Gesundheitsämtern Kontaktzahlen mit Afrikaner/innen übermittelt, es handelt sich allerdings in allen Städten um sehr kleine Fallzahlen pro Monat und in keinem der Gesundheitsämter konnte ein kausaler Bezug zwischen Inanspruchnahme und der Studiendurchführung hergestellt werden. Lediglich in Berlin gab eine Person an, aufgrund der MiSSA-Studie das Angebot aufgesucht zu haben.

Aus München wurden die Daten für den Zeitraum Januar 2014 bis Juni 2015 übermittelt. Die höchste monatliche Kontaktzahl lag bei 24 MiSSA im Februar 2014, im Studienzeitraum Januar bis April 2015 fielen die Kontaktzahlen von 20 auf 13 Personen pro Monat. Im Nachgang der Studiendurchführung stiegen die Kontaktzahlen nicht an, sondern nahmen tendenziell eher ab.

In der zweiten Studienstadt Köln übermittelte das Gesundheitsamt die Daten von Januar 2013 bis zum 26.02.2016. Das Maximum an nachgefragten HIV-Tests durch MiSSA lag bei 50 Testungen pro Quartal im dritten Quartal 2015, also zum Zeitpunkt des Studienbeginns. Im vierten Quartal 2015 wurden nur noch 40 Testungen nachgefragt. Dies entspricht etwa 13 HIV-Tests pro Monat in diesem Quartal. Auch im Anschluss an die Studie stieg die Nachfrage nach HIV-Tests im Gesundheitsamt in Köln durch MiSSA nicht an.

Am dritten Studienstandort Essen wurden lediglich Kontaktzahlen der Gesundheitsämter Essen und Düsseldorf übermittelt; in Mülheim an der Ruhr, Oberhausen und Duisburg waren keine Daten verfügbar, da beispielsweise keine Angaben zur Herkunft der Klient/innen vorlagen. Aus Essen wurde die Anzahl der Kontakte mit MiSSA pro Quartal vom ersten Quartal 2014 bis zum dritten Quartal 2016 übermittelt; die höchste Kontaktzahl lag hier bei 23 Kontakten im zweiten Quartal 2015. Im Studienzeitraum Juni 2015 bis September 2015 nahm diese Zahl ab; im vierten Quartal 2015 gab es im Ge-

²³ Ohne Rekrutierende aus der Karibik.

sundheitsamt in Essen lediglich zehn Kontakte mit MiSSA. Im gesamten Jahr 2015 wurden im Gesundheitsamt Essen 52 HIV-Tests durchgeführt, was etwa vier Testungen pro Monat entspricht.

Aus Berlin wurden von den Zentren für sexuelle Gesundheit Daten für den Zeitraum August 2015 bis Mai 2016 übermittelt. Innerhalb der ersten beiden Monaten der Rekrutierung (Oktober bzw. November 2015) wurde die höchste Kontaktzahl mit 13 MiSSA in vier Zentren beobachtet. Im Dezember 2015 waren jedoch nur noch neun Personen in allen vier Zentren zu verzeichnen. Anschließend nahmen auch hier die Kontaktzahlen ab und nur langsam wieder zu: Von sechs Kontakten im Februar 2016 auf 13 Kontakte im April 2016.

Aus Frankfurt am Main konnten aus technischen Gründen leider keine monatlichen oder quartalsweisen Kontaktzahlen übermittelt werden. Von November 2015 bis Juni 2016 gab es in der humanitären Sprechstunde Kontakte zu 223 afrikanischen Klient/innen; das Angebot richtet sich jedoch explizit an Menschen ohne Krankenversicherung. Den Berichten der Gesundheitsamtsmitarbeiter/innen nach wurden von Seiten der afrikanischen Klient/innen selten aktiv HIV-Tests nachgefragt, so auch im Studienzeitraum. Sie suchen die Sprechstunde eher wegen anderer gesundheitlicher Beschwerden auf. Insofern ist es nicht möglich, eine Aussage zum Verlauf der Inanspruchnahme des Angebotes allgemein und der Inanspruchnahme von HIV-Tests im Besonderen zu treffen.

In der letzten Studienstadt Hannover wurden die Kontaktzahlen von den Gesundheitsämtern Hildesheim und Braunschweig für den Zeitraum Januar bis Mai 2016 übermittelt; in Hildesheim gab es in diesem Zeitraum Kontakt zu zwei afrikanischen Klient/innen, in Braunschweig waren es sechs. Aus Hannover wurden Daten für den Zeitraum Oktober 2015 bis Mai 2016 übermittelt. In diesen acht Monaten erschienen dort fünf Afrikaner/innen zum HIV-Test, von Juni bis August gab es dort keine weiteren afrikanischen Klient/innen.

Wie sich zeigte, waren die Kontaktzahlen und im Besonderen auch die Zahlen zu HIV-Tests, wenn überhaupt übermittelt, sehr niedrig. Auch wenn aus wenigen Städten Daten zu den Ergebnissen von HIV-Testungen vorliegen, werden diese nicht berichtet, da es sich um eine sehr kleine Fallzahl handelt und sich keinerlei Schlüsse aus möglichen Anteilen positiver Testergebnisse ziehen lassen.

4. 9. Ergebnisse des Abschlusstreffens

Das Abschlusstreffen der MiSSA-Studie fand am 25. und 26. November 2016 am Robert Koch-Institut in Berlin statt. Eingeladen waren Vertreter/innen aus allen sechs Studienstädten: Studienkoordinator/innen, jeweils ein bis zwei Peer Researcher, Vertreter/innen der Partnerorganisationen und aus den Gesundheitsämtern sowie alle Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe. Ebenfalls geladen waren Vertreter/innen des afrikanischen Gesundheits- und HIV-Netzwerkes AGHNIID, des BMG, der BZgA, der DAH und der Länder, Kolleg/innen aus der Wissenschaft sowie vom RKI und weitere thematisch interessierte Personen, die von der Veranstaltung erfahren und Interesse an einer Teilnahme hatten. Ziele des Treffens waren das Generieren von Präventionsempfehlungen für afrikanische Communities in Deutschland sowie von Empfehlungen für die Ergebnisdissemination. Es sollten aber auch Wege und Strategien besprochen werden, wie afrikanische Communities erreicht werden können, welche Stakeholder dazu involviert werden müssen und vor allem, wie und durch wen bzw. welche Kooperationen die generierten Empfehlungen umgesetzt werden sollen. Eine ausführliche Dokumentation des Ab-

schlusstreffens einschließlich Protokoll, Ergebnispräsentationen und einer Fotodokumentation der Ergebnisse aus den Kleingruppenarbeiten findet sich online auf der Projekt-Website www.rki.de/missa.

5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Ergebnisse der einzelnen Studienstädte wurden gemeinsam mit den Peer Researchern diskutiert und interpretiert. Diese Überlegungen werden im Folgenden einfließen als auch die Ergebnisse im Kontext anderer nationaler und internationaler Studien diskutiert. Eingangs kann festgehalten werden, dass die Studiendurchführung überaus erfolgreich verlief, denn es konnten wesentlich mehr Teilnehmende erreicht werden, als vorgesehen war. Die berechnete Stichprobengröße von 3.000 Teilnehmer/innen, gemäß Projektantrag einschließlich der Stichprobe aus der Pilotstudienstadt Hamburg, konnte allein in der Hauptstudie erreicht werden. Demnach wurde die Stichprobe aus Hamburg dem Gesamtdatensatz nicht hinzugefügt, da die Vergleichbarkeit bei einigen Fragen auch nicht gegeben gewesen wäre.

5.1. Erreichte Studienpopulation

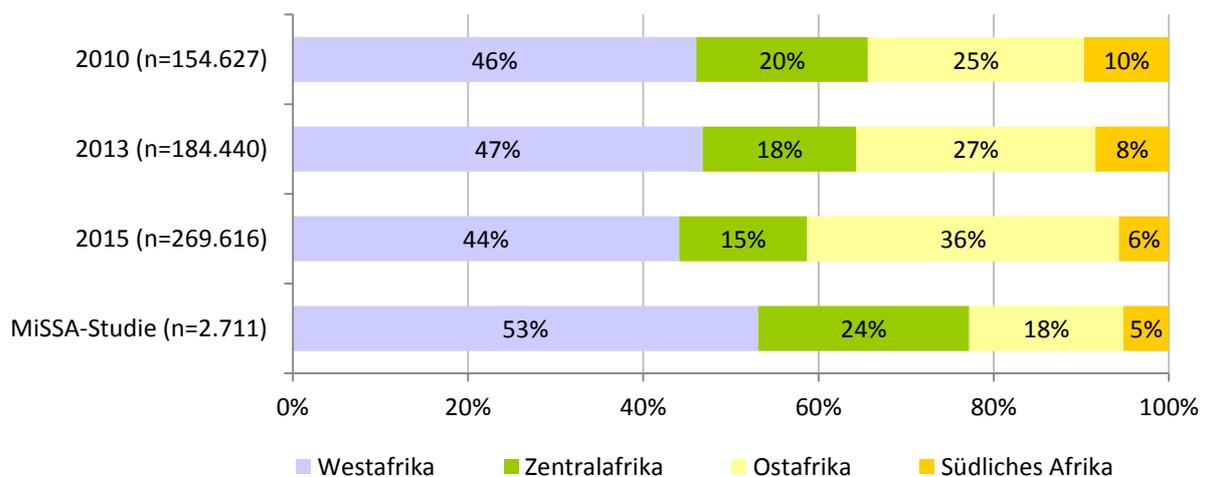
Mit der MiSSA-Studie konnte eine sehr heterogene Gruppe afrikanischer Migrant/innen in Deutschland erreicht werden, die sich auch von Stadt zu Stadt zum Teil stark unterschied. Mit einem Geschlechterverhältnis von 54% Männern zu 46% Frauen konnte nahezu das Geschlechterverhältnis der am 31.12.2013 in Deutschland im Ausländerzentralregister verzeichneten MiSSA abgebildet werden. Dieses betrug 56% Männer zu 45% Frauen [34], aktualisiert²⁴]. Bis zum 31.12.2015 veränderte sich das Geschlechterverhältnis der offiziell gemeldeten MiSSA zugunsten der Männer und betrug dann 62% Männer zu 39% Frauen [34], aktualisiert], insofern könnte man sagen, dass Männer in der MiSSA-Studie schlechter erreicht wurden, da die Rekrutierung erst Anfang 2015 begann. Zur Steuerung der Rekrutierung wurde jedoch immer Bezug genommen auf die Ausländerstatistik von 2013, da neuere Daten zu Beginn des Rekrutierungszeitraums noch nicht vorlagen und eine spätere Änderung der Datengrundlage, z.B. für Städte in denen erst 2016 rekrutiert wurde, nicht gerechtfertigt erschien. Gleichzeitig wurden mit der MiSSA-Studie auch viele Menschen erreicht, die nach etlichen Jahren des Aufenthalts wohlmöglich eingebürgert waren oder auch ggf. mit deutscher Staatsbürgerschaft in Deutschland geboren worden waren. Insofern ergibt sich ohnehin nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit den Daten des Ausländerzentralregisters.

Vergleicht man trotz dieser Einschränkung diejenigen Migrant/innen aus Subsahara-Afrika im Ausländerzentralregister nach Staatsangehörigkeiten mit den Geburtsregionen der Befragten (Abbildung 24) [34], aktualisiert] wird deutlich, dass insbesondere Menschen aus Ostafrika in der Stichprobe schlechter erreicht wurden, besonders im Vergleich mit den gemeldeten MiSSA am 31.12.2015. Personen, die in West- oder Zentralafrika geboren wurden sind hingegen besser erreicht worden. Zwei weitere Einschränkungen ergeben sich jedoch hinsichtlich dieses Vergleichs. Einerseits sind in der Abbildung bezüglich der Studienpopulation nicht diejenigen enthalten, die außerhalb Subsahara-Afrikas geboren

²⁴ Das „aktualisiert“ hier und im Folgenden bezieht sich auf das vom RKI initiierte Mapping afrikanischer Communities in Deutschland. Dieses wurde ursprünglich mit den Daten von 2010 durchgeführt und für die Studiendurchführung mit den Daten von 2013 aktualisiert.

wurden aber zumindest bezüglich eines Elternteils eine Herkunft aus einer dieser Regionen haben. Andererseits wurde die Erhebung lediglich in sechs deutschen Städten durchgeführt und kann insofern ohnehin kein komplett deutschlandweites Bild ergeben. Wie in Kapitel 4. 1 gezeigt wurde, wurden Menschen aus den ostafrikanischen Ländern Eritrea, Somalia und Äthiopien weniger gut erreicht. Gerade aus diesen Ländern konnte in den letzten drei Jahren ein verstärkter Zuzug nach Deutschland verzeichnet werden [34], aktualisiert], insofern ist anzunehmen, dass Personen aus diesen Ländern in der Studie schlechter erreicht wurden. Insgesamt wurden vergleichsweise wenige Männer aus ostafrikanischen Ländern erreicht, dem hätte ggf. entgegengewirkt werden können, wenn mehr männliche Peer Researcher einbezogen worden wären (vgl. Kapitel 4. 7).

Abbildung 24: Vergleich der MiSSA im Ausländerzentralregister und Geburtsregionen der Studienpopulation²⁵



In Bezug auf die Altersverteilung konnte ebenfalls eine sehr diverse Gruppe erreicht werden. Knapp zwei Drittel der Befragten waren zwischen 18 und 35 Jahre alt, also in einem sexuell aktiveren Alter. Der Altersmedian lag bei 31 Jahren, analog zur schweizerischen ANSWER-Studie [36], im Mittel waren Befragte 33,7 Jahre alt, im belgischen TOGETHER-Projekt lag der Mittelwert des Alters der Befragten bei 33,6 Jahren [37]. Dass etwa jede/r Zehnte keine Auskunft über das eigene Alter gab, wurde von den Peer Researchern z.B. darauf zurückgeführt, dass manche Menschen in Deutschland offiziell ein anderes Alter angeben würden, als ihrem tatsächlichen Alter entspräche oder auch, dass das Feld mit der Altersangabe schlicht übersehen oder für unwichtig erachtet wurde.

Im Median lebte die erreichte Studienpopulation seit fünf Jahren in Deutschland, verglichen mit der schweizerischen ANSWER-Studie mit sechs Jahren gaben sie also eine etwas kürzere Aufenthaltszeit im Zielland an. Mehr als jede/r Zehnte lebte unter einem Jahr in Deutschland (11%), in der schweizerischen Studie waren es 9%, die unter einem Jahr in der Schweiz lebten [36].

In Bezug auf die Bildungsabschlüsse der Befragten kann festgehalten werden, dass alle Bildungsgruppen gut erreicht werden konnten. Insbesondere im Vergleich zur britischen Bass Line-Studie von 2008, in der 74% einen Universitätsabschluss hatten [38], kann die Bildungsverteilung der MiSSA-Studie als

²⁵ Ohne diejenigen Befragten, die außerhalb Subsahara-Afrikas geboren wurden. Das Jahr 2010 wurde aufgrund des vom RKI initiierten Mappings afrikanischer Communities in Deutschland als Referenzjahr herangezogen, 2013 weil anhand dieser Daten rekrutiert wurde und 2015 weil aus diesem Jahr die aktuellsten Daten verfügbar sind.

Erfolg gewertet werden, da hier nur knapp jede/r Dritte einen Universitätsabschluss angegeben hatte (31%). Auch im Vergleich zu PaKoMi Hamburg mit 37% der Teilnehmenden, die einen Studienabschluss angegeben hatten, sind es in der vorliegenden Stichprobe mit 31% etwas weniger Personen mit Universitätsabschluss [26]. Die in der MiSSA-Studie vorgenommene Gruppierung der Schulabschlüsse ist mit denen im belgischen TOGETHER-Projekt leider nicht zu vergleichen, aber auch dort wurde festgestellt, dass Männer höhere Schulabschlüsse hatten als Frauen [37].

In Bezug auf den Lebensunterhalt und das verfügbare monatliche Nettoeinkommen wurde deutlich, dass Männer häufiger arbeiteten als Frauen, Frauen hingegen häufiger staatliche Unterstützung erhielten. Auch in der Befragung im Rahmen des belgischen TOGETHER-Projektes gaben dort befragte Männer häufiger an zu arbeiten als Frauen (50% vs. 42%) [37]. Insgesamt zeigte sich ein Gender Pay Gap: Frauen verdienten insgesamt häufiger bis unter 1.000 € monatlich netto, Männer häufiger 1.000 € und mehr. Zusammenhängen kann dies einerseits mit der Arbeit, die von Männern häufiger ausgeübt wird – Frauen bezogen häufiger staatliche Unterstützung – andererseits könnten Frauen häufiger in Teilzeit beschäftigt sein, was jedoch nicht erfragt wurde. Insgesamt scheint sich hier also eine Einkommensdifferenz in der Gruppe der Afrikaner/innen fortzusetzen, die auch in der Allgemeinbevölkerung durchaus verbreitet ist [39].

In Bezug auf die Religionszugehörigkeit konnten v.a. Christ/innen gut erreicht werden; zwei Drittel gehörten dieser Religion an. Muslimischen Glaubens war jede/r Vierte, also etwas weniger als bei PaKoMi Hamburg mit 28% [26]. Mit der MiSSA-Studie konnten jedoch mehr Muslim/innen erreicht werden als mit dem belgischen TOGETHER-Projekt, wo nur 13% angaben, dem Islam anzuhängen. Die Mehrheit der Befragten muslimischen Glaubens kam aus Nigeria (18%), Kongo, DR (16%) und Ghana (16%), also zumindest zwei eher christlich geprägten Ländern [37, 40]. Ein Trend zeigt sich jedoch im Vergleich beider Studien: muslimische Frauen waren schwieriger zu erreichen als muslimische Männer (MiSSA: 22% vs. 28%; TOGETHER: 12% vs. 14%) [37].

5. 2. Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen sexuell übertragbaren Infektionen

Die Befragung hat gezeigt, dass das allgemeine Wissen zum Thema HIV gut verbreitet ist. Zum Teil wurden in der MiSSA-Studie die gleichen wahren Aussagen präsentiert wie bei PaKoMi Hamburg [26] mit sehr ähnlichen Resultaten. Spezifisches Wissen zu HIV war unter den Teilnehmenden der MiSSA-Studie hingegen weniger gut verbreitet. So waren nur etwas mehr als der Hälfte die Risiken von HIV-Koinfektionen mit Tuberkulose oder STI bekannt. Auch im Hinblick auf die Situation in Deutschland in Bezug auf HIV bedarf es mehr Aufklärung. Dass eine HIV-Infektion kein Ausweisungsgrund darstellt wussten mit 57% ähnlich viele Befragte wie bei PaKoMi Hamburg (58%) [26]. Die kostenlosen und anonymen Testangebote waren insgesamt gesehen in der MiSSA-Studie mit 54% mehr als der Hälfte bekannt – bei PaKoMi Hamburg kannten das Testangebot 59% nicht [26] – trotzdem sollten diese bekannter gemacht werden. Zum Thema HIV identifizierte Gruppen mit erhöhten Informationsbedarfen waren jüngere Befragte, Personen mit weniger hoher Bildung, weniger guten Deutschkenntnissen, einer kürzeren Aufenthaltszeit in Deutschland oder einer Aufenthaltszeit in Deutschland seit Geburt, einem geringeren Einkommen und muslimischer Religionszugehörigkeit. Im Vergleich zu den in der Pilotstudie identifizierten Gruppen mit höheren Informationsbedarfen zum Thema HIV (Menschen mit

muslimischer Religionszugehörigkeit, ohne Krankenversicherung, mit wenig Deutschkenntnissen und Frauen) [41] zeigt sich in der Hauptstudie ein ähnliches, aber differenzierteres Bild. Bedingt durch die höheren Fallzahlen konnten hier mehr Gruppen mit Informationsbedarfen identifiziert werden.

Ähnlich wie zu den spezifischen Aussagen zum Thema HIV zeigten sich Informationsbedarfe auch und vor allem zum Thema virale Hepatitiden. Nach Aussagen der Peer Researcher war das Interesse der Befragten zu diesem Thema besonders groß und auch von den Befragten selbst wurde dieses Thema bei der Frage nach selbst empfundenen Informationsbedürfnissen favorisiert; vermutlich auch weil es große Unsicherheit bezüglich der Differenzierung der verschiedenen Hepatitiden gab. Gleichzeitig ist diese Thematik nach Aussagen der Peer Researcher auch weniger stigmatisiert als HIV und/oder STI und könnte daher als guter Türöffner für die Präventionsarbeit dienen. Gruppen mit besonderen Informationsbedürfnissen zum Thema Hepatitiden waren jüngere Befragte, diejenigen mit weniger hoher Bildung, weniger guten Deutschkenntnissen, ohne reguläre Krankenversicherung und Personen muslimischen Glaubens. Im Vergleich zur Pilotstudie in Hamburg, wo nur Personen ohne Schulabschluss und Muslim/innen als Personengruppen mit erhöhten Informationsbedarfen identifiziert wurden [41], ergibt sich deutschlandweit in der Hauptstudie also ein etwas differenzierteres Bild.

Von den präsentierten STI waren Gonorrhö und Syphilis der Mehrheit der Befragten bekannt, Herpes kannte jedoch nur noch knapp die Hälfte und Feigwarzen und Chlamydien waren nur etwa jedem/jeder Dritten bekannt. Jede/r Siebte hatte bisher von keiner der präsentierten STI jemals etwas gehört. In der von der BZgA durchgeführten Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ kannte knapp die Hälfte der Allgemeinbevölkerung Syphilis (47%) und Gonorrhö (48%), Herpes kannten lediglich 9% und Chlamydien kannte nur jede/r Zwanzigste (5%) [42]. Bei Syphilis und Gonorrhö zeigt sich ein ähnliches Bild, Herpes und Chlamydien waren hingegen unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika besser bekannt. Gleichzeitig muss aber auch die andere Erhebungsart berücksichtigt werden. Nach Aussagen der Peer Researcher gab es, ähnlich wie zum Thema virale Hepatitiden, auch zu den STI viel Unsicherheit in Bezug darauf, diese zu unterscheiden – sowohl bei den Befragten selbst als auch bei den Peer Researchern, wie in mehreren Schulungen deutlich wurde. Als Gruppen mit erhöhten Informationsbedarfen wurden auch zum Themenfeld STI jüngere Befragte, diejenigen mit weniger hoher Bildung, weniger guten Deutschkenntnissen, ohne reguläre Krankenversicherung, einem geringeren Einkommen und muslimischer Religionszugehörigkeit identifiziert. Im Vergleich zur Pilotstudie in Hamburg wird auch hier ein differenzierteres Bild deutlich; in Hamburg wurden lediglich Menschen ohne Krankenversicherung und Muslim/innen als Gruppen mit erhöhten Informationsbedarfen identifiziert [41].

In allen drei Themenbereichen zeigt sich damit hinsichtlich der Personengruppen, die künftig mit Prävention besser erreicht werden sollten, ein ähnliches Bild. Verallgemeinert gesagt handelt es sich um diejenigen Personen die

- ⇒ jünger sind,
- ⇒ seit Geburt in Deutschland leben,
- ⇒ kürzlich migriert sind (kürzere Aufenthaltszeit in Deutschland, weniger gute Deutschkenntnisse, keine reguläre Krankenversicherung),
- ⇒ einen geringeren sozioökonomischen Status (weniger hohe Bildungsabschlüsse, geringeres Einkommen)
- ⇒ und muslimischen Glauben haben.

Über alle Personengruppen hinweg stellte das Fachpersonal (medizinisches Personal, Beratungsstellen) die bevorzugte Informationsquelle dar. Test- und Beratungsstellen sollten also einerseits durch be-

darfsangepasste und kultursensible Angebote für Migrant/innen zugänglicher gemacht werden [43], andererseits sollten Angebote insgesamt mehr auf die identifizierten Gruppen zugeschnitten werden. Jüngere Menschen und ggf. auch diejenigen, die seit Geburt in Deutschland leben, könnten über neue und soziale Medien künftig besser und gezielter adressiert werden. Für kürzlich Migrierte sollten Informationsmaterialien und -veranstaltungen vermehrt fremdsprachlich angeboten werden und Prävention sollte für diese Zielgruppe auch direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland greifen. Zwar gibt es z.B. in den unterschiedlichen Studienstädten eine Vielzahl an Angeboten, die direkt in Unterkünften für Geflüchtete stattfinden, allerdings ist anzunehmen, dass im Rahmen von Asylverfahren und damit verbundenen bürokratischen Hürden und Hindernissen für gerade in Deutschland angekommene Menschen andere Fragen im Vordergrund stehen. Auf individueller Ebene gedacht ist es sicherlich einfacher, sich mit Themen der HIV- und STI-Prävention zu beschäftigen, wenn die aufenthaltsrechtliche Situation geklärt ist. Auch scheint es in diesem Zusammenhang geboten, allen einen raschen Zugang ins Krankenversicherungssystem zu gewähren, denn nur wenn es auch Behandlungsoptionen gibt, erscheint es individuell sinnvoll, sich mit Krankheiten auch auseinanderzusetzen. Personen mit geringerem sozioökonomischem Status, genauer gesagt diejenigen mit geringerer Bildung, wünschten sich Informationen zu HIV und STI aus dem persönlichen Umfeld. Hierfür erscheint es sinnvoll, Gesundheitsbotschafter/innen auszubilden, die Präventionsarbeit direkt in und mit ihren Communities machen können. Die im Rahmen der MiSSA-Studie ausgebildeten Peer Researcher bringen das hierfür dringend benötigte *Know-How* bereits mit: sie haben Grundkenntnisse zu den relevanten Themen, v.a. wissen sie aber, wen sie wo erreichen können und wie sie die Menschen ansprechen und ggf. auch davon überzeugen können, dass diese Themen für sie wichtig sein können. Voraussetzung dafür wäre allerdings eine Finanzierung der entsprechenden Ausbildung und auch eine stetige Finanzierung der Tätigkeit als Gesundheitsbotschafter/in. Eine gelingende Integration in den Arbeitsmarkt wäre ein weiterer Aspekt, der auf struktureller Ebene für Personen mit geringerem sozioökonomischem Status dazu beitragen könnte, sich mit Themen der HIV- und STI-Prävention zu beschäftigen. Denn auch für sie dürfte gelten, dass gesundheitliche Themen erst dann mehr Gewicht erhalten (können), wenn das Auskommen für einen selbst und ggf. die Familie gesichert ist. Des Weiteren wurden Menschen mit muslimischer Religionszugehörigkeit als Personen mit erhöhten Informationsbedarfen identifiziert, im Vergleich zu Christ/innen zeigten sie jedoch keine klare Präferenz, woher sie ihre Informationen zu HIV und STI gern bekommen würden. Ein guter Zugang wären hier sicherlich Moscheen. Wünschenswert wäre eine Finanzierung, um das von der DAH und den Netzwerken AfroLebenPlus und Afrikanisches Gesundheits- und HIV-Netzwerk in Deutschland (AGHNiD) initiierte und in mehreren Städten in (afrikanischen) Kirchengemeinden durchgeführte Projekt „Deine Gesundheit, Dein Glaube“ auch auf Moscheen übertragen zu können [44]. Eine andere Möglichkeit, um spezifisch Muslim/innen erreichen zu können wären Kooperationen mit afrikanischen Ländervereinen in Deutschland aus bestimmten muslimischen Ländern.

5. 3. Schutz- und Risikofaktoren

Sexuelles Risikoverhalten wurde analog zur Pilotstudie in Hamburg [41] häufiger von Männern berichtet. Sie hatten häufiger Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen, berichteten häufiger Sex mit festen und nicht-festen Sexpartner/innen innerhalb der vergangenen zwölf Monate und gaben ebenfalls häufiger an, im selben Zeitraum mehr als fünf Sexpartner/innen gehabt zu haben. Auch im Rahmen der Befra-

gung des belgischen TOGETHER-Projekts wurde sexuelles Risikoverhalten häufiger von Männern berichtet: hier berichteten Männer häufiger gleichzeitig Sex mit festen und nicht-festen Sexpartner/innen und sie gaben ebenfalls häufiger mehr als drei Sexpartner/innen in den vergangenen zwölf Monaten an [37]. Häufigeres Risikoverhalten von Männern wurde ebenfalls in der schweizerischen ANSWER-Studie berichtet: hier gaben 39% der Männer und 27% der Frauen zwei oder mehr Sexpartner/innen in den vergangenen zwölf Monaten an; der Geschlechterunterschied bei der Angabe von mehr als fünf Sexpartner/innen war hier hingegen marginal (11,4% der Männer; 10,6% der Frauen)[36]. Sex mit nicht-festen Sexpartner/innen wurde in dieser Befragung von beiden Geschlechtern häufiger berichtet als in der MiSSA-Studie (Männer: 47,1% vs. 38,2%; Frauen: 33,0% vs. 20,8%) [36]. Allerdings muss hier auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit beider Untersuchungen hingewiesen werden. Bei der Schweizer Studie handelt es sich um eine Online-Befragung, mit der man vermutlich ein anderes Publikum erreicht als mit dem aufsuchenden Ansatz der MiSSA-Studie, wo auch viele, darunter vermutlich eher konservative Menschen z.B. in Kirchen befragt wurden.

Inkonsistenter Kondomgebrauch mit nicht-festen Sexpartner/innen wurde sowohl von Männern als auch von Frauen von mehr als der Hälfte berichtet; in der Hamburger Pilotstudie berichtete dies jeweils nur etwas mehr als jede/r Dritte [41]. Etwas höhere Werte inkonsistenten Kondomgebrauchs als in der MiSSA-Studie zeigten sich in der Studie aus der Schweiz: Hier gaben 57% der Männer und 64% der Frauen inkonsistenten Kondomgebrauch mit nicht-festen Sexpartner/innen in den vergangenen zwölf Monaten an [36]. Kondomgebrauch beim letzten Sex wurde in der MiSSA-Studie häufiger von Männern als von Frauen angegeben, knapp die Hälfte der Männer und weniger als jede dritte Frau berichtete dies. Die Ergebnisse aus Belgien zeigen ein ähnliches Bild: Hier wurde Kondomgebrauch beim letzten Sex von etwas mehr als jeder vierten Frau (27,2%) und etwas mehr als jedem dritten Mann berichtet (36,5%)[37]. Die Gründe für Kondomverzicht unterschieden sich zwischen den Geschlechtern. Männer nannten häufiger den Wunsch, dem Partner/der Partnerin nah sein zu wollen, Frauen nannten hingegen häufiger Treue, den Wunsch schwanger zu werden oder weil der Partner/die Partnerin dies nicht wolle. Letztgenanntes spricht für die Notwendigkeit, Frauen dazu zu befähigen, mit dem Partner besser über Kondomgebrauch zu verhandeln. Auch die Peer Researcher berichteten, dass es für afrikanische Frauen schwierig sei, Kondomgebrauch Männern gegenüber einzufordern. Sie machten aber auch darauf aufmerksam, dass dies kein originär afrikanisches Phänomen sei, sondern eher mit einer gesellschaftlich vorherrschenden männlichen Dominanz in vielen Lebensbereichen zusammenhänge. Dass insgesamt gesehen jede/r Achte angab, auf Kondome zu verzichten, weil dies peinlich sei, zeigt recht eindrücklich die Tabuisierung des Themenfeldes Sexualität und spricht dafür, Themen sexueller Gesundheit und auch damit die Sexualität selbst vermehrt zu adressieren. Jede/r Siebte gab an, Kondome grundsätzlich abzulehnen und etwa jede/r Siebzehnte nannte religiöse Gründe, die ihn/sie vom Kondomgebrauch abhalten würden. Über die Schwierigkeit Kondomgebrauch und Religiosität miteinander zu vereinbaren berichteten auch die Peer Researcher. Viele von ihnen nahmen, wenn sie Befragungsteilnehmer/innen in religiösen Settings rekrutierten, die Kondome aus den mit den Fragebögen verteilten Incentive-Tütchen. Ein Pastor in Essen, der als Peer Researcher tätig war, begründete dies damit, dass er nicht einerseits Treue predigen, aber andererseits gleichzeitig im Rahmen der Befragung Kondome in der Kirche verteilen könne. Eine Schwierigkeit, die sich auch im Rahmen des in christlichen Kirchen durchgeführten Projektes „Dein Glaube, deine Gesundheit“ der DAH, AfroLebenPlus und AGHNIID zeigte [44]. In zwei Reviews internationaler bzw. in Subsahara-Afrika durchgeführter Studien zeigten sich ähnliche Gründe für Kondomverzicht: männliche Dominanz und die damit einhergehende Schwierigkeit für Frauen, Kondomgebrauch zu verhandeln, Abhängigkeits-

verhältnisse zu (Sexual-) Partner/innen, Stigmatisierung von Sexualität allgemein und Kondomgebrauch im Besonderen, Ablehnung von Kondomen auf Seiten der Männer und Religiosität, also dass Gott allein bestimmen würde, ob eine Infektion stattfindet oder nicht [45, 46].

Sexualisierte Gewalt als Vulnerabilitätsfaktor für den Erwerb von HIV, HEP und STI wurde von mehr als jeder sechsten Frau und jedem vierzehnten Mann ein- oder mehrmals erlebt. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen aus der Pilotstudie in Hamburg, wo anteilig genauso viele Frauen (16%) und nur marginal weniger Männer (6%) betroffen waren [41]. Anteilig etwas seltener betroffen waren im belgischen TOGETHER-Projekt befragte Afrikaner/innen. Hier gab knapp jede achte Frau (13%) und weniger als jeder zwanzigste Mann (4,3%) an, jemals von sexualisierter Gewalt betroffen gewesen zu sein [37]. Sehr viel höhere Anteile jemals erlebter sexualisierter Gewalt zeigten sich demgegenüber in der ANSWER-Studie aus der Schweiz: Hier gab nahezu jede dritte Frau (32,1%) und mehr als jeder zehnte Mann (10,8%) an, jemals von sexualisierter Gewalt betroffen gewesen zu sein [36]. In der MiSSA-Studie befragte Frauen gaben mehrheitlich an, von sexualisierter Gewalt im Herkunftsland betroffen gewesen zu sein, aber auch ein Drittel der betroffenen Frauen gab an, sexualisierte Gewalt in Deutschland erlebt zu haben. Die Peer Researcher erklärten dies vornehmlich mit Abhängigkeiten, die sich in vielen Herkunftsländern aus sozioökonomischen Ungleichheiten ergeben würden, in Deutschland würden ihrer Meinung nach eher aufenthaltsrechtliche Abhängigkeiten zum Erleben sexualisierter Gewalt führen. Sexualisierte Gewalt gegenüber Männern, die von den Befragten als am häufigsten in Deutschland und dem Herkunftsland erlebt angegeben wurde, wurde ebenfalls von den Peer Researchern interpretiert. Sexualisierte Gewalt, die in Deutschland stattfinden würde, erklärten sie ebenfalls mit aufenthaltsrechtlichen Abhängigkeiten, aber auch dass diese in Gefängnissen stattfinden würde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aufgegriffen würden. Sowohl für Frauen als auch für Männer würde ihrer Meinung nach ebenfalls Prostitution eine Rolle spielen. Gleichzeitig ist auch aus vielen Kriegen und bewaffneten Konflikten (nicht nur, aber auch) in afrikanischen Herkunftsländern bekannt, dass sexualisierte Gewalt als Waffe gegenüber der Bevölkerung, und insbesondere gegenüber Frauen eingesetzt wird. Ebenfalls gibt es eine Reihe an Berichten von sexualisierter Gewalt gegenüber der Zivilbevölkerung seitens UN-Personals in Friedensmissionen in verschiedenen Ländern. Eine eindrückliche Übersicht mit weiterführender Literatur gibt hierzu z.B. das *Geneva Centre for Democratic Control of Armed Forces* [47].

Als ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor für den Erwerb von HIV und STI für Frauen gilt weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung. Knapp jede vierte im Rahmen der MiSSA-Studie befragte Frau gab an, von Genitalverstümmelung/-beschneidung betroffen zu sein. Zwischen den Altersgruppen zeigten sich kaum Unterschiede, besonders betroffen waren Frauen, die erst kürzlich in Deutschland lebten. Wie in Kapitel 5. 1 skizziert könnte dies mit dem vermehrten Zuzug von Frauen aus ostafrikanischen Ländern wie Eritrea, Somalia und Äthiopien zusammenhängen, in denen diese Praxis noch immer sehr verbreitet ist [48]. Wie die Ergebnisse zeigten, betraf dies v.a. Frauen aus diesen Ländern sowie auch Nigeria. Schätzungen einer vom BMFSFJ geförderten und von INTEGRA durchgeführten Studie zu Genitalverstümmelung/-beschneidung in Deutschland nennen ebenfalls die drei erstgenannten Herkunftsländer unter den fünf am häufigsten Herkunftsländern der betroffenen Frauen in Deutschland [49]. Nach Aussagen der Peer Researcher in einigen Städten waren die jeweils angegebenen Anteile von Genitalverstümmelung/-beschneidung unter den Frauen eher gering und sie würden die Anteile real wesentlich höher einschätzen. Insgesamt drei Frauen, die Deutschland als Geburtsland angegeben hatten, waren von Genitalverstümmelung/-beschneidung betroffen. Wo diese Beschneidungen stattfanden, wurde nicht erhoben. Verboten ist diese Praxis erst seit 2013 in Deutschland (§226a StGB). Sowohl

befragte Männer als auch Frauen in der INTEGRA-Studie berichten, dass Genitalverstümmelung/-beschneidung in Deutschland keine große Rolle mehr spielen würde und es keinen Druck aus den Communities gäbe, die hier geborenen Töchter beschneiden zu lassen [49]. Die Geschichte eines Peer Researchers aus Köln hingegen zeichnet ein anderes Bild: Er berichtete, dass auf ihn von vielen Seiten Druck ausgeübt würde, seine Tochter beschneiden zu lassen, auch wenn er dies ablehnte. Die zwei integrierten Wissensfragen zum Thema Genitalverstümmelung/-beschneidung zeigen, dass es mehr Aufklärung zum Thema bedarf. Dass nach Beschneidung der weiblichen Genitalien eine Rekonstruktion möglich ist, wusste nur etwas mehr als jede/r vierte und die Kostenübernahmemöglichkeit durch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland war nicht einmal jedem/jeder Fünften bekannt. Zwar wünschte sich nur etwa jede/r vierte derjenigen, die mehr Informationen zu HIV und STI haben wollten, auch mehr Informationen zu Genitalverstümmelung/-beschneidung. Die Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils der INTEGRA-Studie zum Thema zeigen jedoch, dass sich viele dort Befragte mehr Aufklärung zum Thema für ihre Communities wünschen, insbesondere zu den gesundheitlichen Risiken dieser Praktik und mit dem Ziel, diese abzuschaffen[49].

5. 4. Gesundheitsversorgung

Knapp jede/r fünfte Befragte war nicht regulär über die Krankenversicherungskarte in das Gesundheitssystem eingebunden (18%). Die Interpretationen hierzu gingen von Studienstadt zu Studienstadt auseinander. So wurde angemerkt, dass der Anteil regulär Versicherter überschätzt sein könnte, da viele, die sich im Asylverfahren mit eingeschränkten Gesundheitsleistungen befänden, mittlerweile eine Krankenversicherungskarte bekommen würden, von den eingeschränkten Leistungen jedoch nicht wüssten. Andererseits wurde angemerkt, dass der Anteil Nicht-Versicherter überschätzt sein könnte, da viele Menschen im Asylverfahren nicht wüssten, dass ihnen zumindest ein Behandlungsschein für eine Basisversorgung zustünde. Peer Researcher berichteten auch von Arztpraxen, die Behandlungsscheine gar nicht erst annehmen würden. Die Frage nach dem Krankenversicherungsstatus war in der Erstellung des Fragebogens als Proxy für den Aufenthaltsstatus angedacht gewesen. Peer Researcher berichteten jedoch auch, dass Nicht-Versicherte nicht unbedingt Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sein müssten, sondern viel eher selbständig tätig seien und schlicht keine Krankenversicherung hätten, etwa weil sie sich diese aus finanziellen Gründen nicht leisten könnten. Auch hätten viele Befragte Krankenversicherungen in den Herkunftsländern und wüssten entsprechend nicht, inwiefern diese in Deutschland gelte. Obgleich mit zunehmender Aufenthaltszeit in Deutschland der Anteil regulär Versicherter zunahm, waren 150 Personen nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland noch immer über einen Behandlungsschein vom Sozialamt versichert (32%), 114 Personen gar nicht versichert (24%) und lediglich 174 über die Versicherungskarte versichert (37%), obwohl dies laut § 2 Asylbewerberleistungsgesetz vorgesehen ist.

Der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem scheint insgesamt gut zu gelingen, die Mehrheit der Befragten war im vergangenen Jahr bei einem Arzt oder im Krankenhaus (80%), darunter die meisten sogar im vergangenen Monat (56%). Insgesamt hatte auch die Mehrheit angegeben, bei gesundheitlichen Problemen zuerst zum Arzt zu gehen. Als kritisch anzusehen ist der Umstand, dass diejenigen ohne reguläre Krankenversicherung im Falle gesundheitlicher Beschwerden häufiger Bekannte fragten, ob sie ihnen helfen könnten (immerhin mehr als jede/r sechste von ihnen) oder nicht wussten, wohin sie sich wenden könnten (immerhin jede/r sechzehnte). Mehr als jede/r Vierte ohne jegliche Kranken-

versicherung konnte sich folglich auch nicht an den letzten Arzt- oder Krankenhausbesuch erinnern, unter denjenigen mit Behandlungsschein betraf dies jede/n Achten. Vor dem Hintergrund, dass gerade (medizinisches) Fachpersonal die am häufigsten genannte gewünschte Quelle für Informationen zu HIV und STI darstellt, sollten die Zugänge für Personen ohne reguläre Krankenversicherung gewährt werden, i.e. ihnen eine Integration in die gesetzliche Versicherung ermöglicht werden.

Knapp zwei Drittel der Befragten hatten jemals einen HIV-Test machen lassen, ein knappes Drittel hatte den letzten Test in den vergangenen zwölf Monaten machen lassen. Dies sind insgesamt etwas schlechtere Ergebnisse als in der Studie aus Belgien: Hier hatten 71% angegeben, jemals einen HIV-Test machen lassen zu haben und 40% gaben den letzten Test als innerhalb der vergangenen zwölf Monate an [37]. Die Ergebnisse der MiSSA-Studie decken sich jedoch mit denjenigen aus der Schweiz [36]. In der MiSSA-Studie berichteten 1,7% aller Teilnehmenden (52/3.040) ein positives HIV-Testergebnis, in der belgischen Studie waren es 4,5% (32/717) [37] und in der schweizerischen Studie sogar 6,9% (39/566) [36]. Während die Ergebnisse der MiSSA-Studie sowie der Studie aus der Schweiz auf Selbstangaben beruhen, wurden in der belgischen Studie *oral fluid samples* genommen und auf HIV getestet; als entsprechend verlässlicher sind diese Ergebnisse auch einzuschätzen.

Hinsichtlich der HIV-Testung ohne Einverständnis zeigte sich eine relativ große Unsicherheit bei den Befragten, etwa jede/r vierte war sich unsicher, ob dies vorgekommen sei und jede/r zehnte war sich sicher. Reflektionen mit Praxispartner/innen zu diesem Thema gerade in München, wo im Rahmen des Asylverfahrens noch immer auf HIV getestet wird, zeigten, dass diese Unsicherheit zur Mythenbildung beiträgt. Menschen würden nicht freiwillig zum Test gehen, da sie glaubten, in Deutschland ohnehin bei vielerlei Gelegenheiten, z.B. bei Krankenhausaufenthalten, ohne direktes Einverständnis oder eine Information über den Test, getestet zu werden. Wenn es im Anschluss keine Auskünfte über Testergebnisse gäbe, würden viele Menschen dann glauben, dass wohl alles in Ordnung sei, berichteten Praxispartner/innen aus München. Und dies, obwohl vermutlich gar kein HIV-Test durchgeführt wurde. Zielführender wäre es, Menschen über die anonymen und kostenlosen Testangebote zu informieren, so dass neben einem HIV-Test mit informiertem Einverständnis auch ein ausführliches Beratungsgespräch zu ggf. auch anderen Infektionskrankheiten erfolgen kann.

Ähnlich wie in der belgischen Studie [37] hatte auch in der MiSSA-Studie die Mehrheit der Befragten den letzten HIV-Test im Zielland machen lassen. Gefragt nach dem Ort, wo sie sich auf HIV und STI testen lassen würden, gaben die MiSSA-Studienteilnehmer/innen am häufigsten den Arzt/die Ärztin an. In Belgien wurden auf Grundlage der Studienergebnisse und auf Empfehlungen von Mitgliedern der afrikanischen Communities [37] *Guidelines* für Ärzt/innen entwickelt, wie kultursensibel und proaktiv HIV-Tests afrikanischen Klient/innen angeboten werden können. Eine solche Maßnahme wäre entsprechend auch für Deutschland zu überdenken [50], gerade auch vor dem Hintergrund, dass die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen regelmäßig medizinisches Personal zu sehen scheint.

Bei der Frage danach, ob jemals ein Test auf Hepatitis C durchgeführt worden war, setzte sich die Unsicherheit fort, die auch schon hinsichtlich der Wissensfragen deutlich wurde. Jede/r fünfte wusste nicht, ob jemals ein solcher Test durchgeführt worden war. Dies setzt sich fort hinsichtlich der Impfung gegen Hepatitis B. Auch hier zeigte sich große Unsicherheit und ein Viertel der Befragten wusste nicht, ob er/sie geimpft ist oder nicht. Diese Ergebnisse untermauern, neben den Ergebnissen der Wissensfragen zum Thema Hepatitiden, dass es hierzu mehr Aufklärung bedarf. Da im Rahmen der MiSSA-Studie kein HBV-Serostatus erhoben wurde, ist es schwierig zu beurteilen, ob der Anteil derjenigen, die

nicht geimpft waren – immerhin jede/r Dritte – als hoch einzuschätzen ist, da eine Impfung nur dann sinnvoll ist, wenn noch kein Kontakt zum Virus stattgefunden hatte.

Unsicherheit gab es ebenfalls bezüglich der STI-Testung, auch hier war sich jede/r siebte unsicher. Unter denjenigen, die getestet worden waren, hatte etwa jede/r Dritte auch eine Diagnose erhalten, einen Geschlechterunterschied gab es nicht. In der belgischen Studie zeigte sich ein gegenläufiger Trend: Hier waren einerseits Männer häufiger mit einer STI diagnostiziert worden als Frauen, gleichzeitig gab es insgesamt wesentlich weniger STI-Diagnosen als in der MiSSA-Studie (12,9%)[37].

Über alle erfragten Testungen hinweg kristallisierten sich die gleichen Gruppen mit erhöhten Informationsbedarfen heraus, die sich auch schon in den Analysen zum Wissen zeigten. Seltener getestet waren zusammengefasst jüngere Menschen, Menschen die seit Geburt in Deutschland lebten, kürzlich Migrierte (weniger gute Deutschkenntnisse), Befragte mit weniger hohem sozioökonomischem Status (weniger hohe Schulbildung, geringeres Einkommen) und Muslim/innen. Gezielte Präventionsangebote für diese Gruppen sollten Informationen zu den kostenlosen und anonymen Testangeboten enthalten. Über alle betrachteten Testungen hinweg zeigte sich aber auch, dass es einen positiven Einfluss darauf hat getestet zu sein, wenn in der Community über HIV/Aids gesprochen wird. Dies untermauert, dass Gesundheitsbotschafter/innen, die in ihren Communities HIV zum Thema machen, einen wichtigen Beitrag leisten können.

5. 5. Einstellungen gegenüber Menschen mit HIV

Die große Mehrheit der Befragten berichtete, sich gegenüber Menschen mit HIV genauso zu verhalten, wie gegenüber allen anderen auch und es wurde nur von wenigen Befragten stigmatisierendes Verhalten angegeben. Insgesamt zeigt sich damit ein sehr hoher Akzeptanzwert, der unter Berücksichtigung des Umstandes, dass nur etwa jede/r Dritte jemanden mit HIV auch persönlich kannte, vielleicht auch nur als theoretisch gewertet werden kann. Sowohl die Studie aus der Schweiz als auch das belgische TOGETHER-Projekt bieten hierzu leider keine Vergleichsdaten. Auch in den britischen Studien BASS Line und Mayisha II wurde das Verhalten gegenüber HIV-Positiven nicht thematisiert [31, 36-38]. Diejenigen, die in der MiSSA-Studie angegeben hatten, jemanden mit HIV persönlich zu kennen, gaben seltener diskriminierendes Verhalten an. Gleiches zeigt sich auch in der deutschen Allgemeinbevölkerung. In einer Sonderbefragung des forsa.omninet-Panels im Auftrag der BZgA zum Welt-Aids-Tag 2014 wurde deutlich, dass diejenigen Befragten, die jemanden mit HIV persönlich kannten, z.B. häufiger mit HIV-positiven Kolleg/innen in der Kantine essen würden (94% vs. 84% bei denjenigen, die niemanden mit HIV kannten), weiterhin zu ihrem Arzt/ihrer Ärztin gehen würden, wenn er/sie HIV-positiv wäre (66% vs. 41%) oder weiterhin bei ihrem Bäcker/ihrer Bäckerin einkaufen würden, wenn er/sie HIV-positiv wäre (61% vs. 42%)[51]. Stärkster positiver Einflussfaktor in der MiSSA-Studie auf das angegebene normale Verhalten gegenüber Menschen mit HIV in der multivariablen Analyse war jedoch das Thematisieren von HIV/Aids im Umfeld. Dies spricht erneut für den Einsatz von Gesundheitsbotschafter/innen für die Präventionsarbeit direkt in und mit den Communities, um das Thema zu adressieren und so Stigmatisierung abzubauen. Gleichzeitig könnte so das nötige Wissen vermittelt werden, welches ebenfalls einen positiven Einfluss darauf hatte, dass seltener stigmatisierendes Verhalten angegeben wurde. Dass stigmatisierendes Verhalten eher von jüngeren Befragten, Muslim/innen, Befragten mit geringerer Schulbildung, mit weniger guten Deutschkenntnissen und ohne reguläre Krankenversicherung angegeben wurde, unterstreicht die Notwendigkeit, diese Gruppen gezielt mit Präventi-

onsangeboten anzusprechen, wie bereits weiter oben ausgeführt. Das Thema Stigmatisierung sollte künftig vermehrt adressiert werden, denn jede/r Zwanzigste derjenigen, die noch nie einen HIV-Test hatten machen lassen gab an, dies aus Angst davor, von anderen im Falle eines positiven Testergebnisses abgelehnt zu werden, noch nicht getan zu haben. Die Angst vor Offenbarung eines möglicherweise positiven HIV-Testergebnisses wird auch in Europa und in Subsahara-Afrika durchgeführten Studien immer wieder als Grund genannt, keinen HIV-Test zu machen oder gilt als (Mit-)Verursacher von Adhärenzproblemen bezüglich der HIV-Therapie [31, 52, 53].

5. 6. Einsatz partizipativer Methoden in der epidemiologischen Forschung

Bei der MiSSA-Studie handelt es sich um die erste deutschlandweit durchgeführte partizipative Studie, in der in mehreren Städten standardisiert quantitative Daten erhoben wurden. Das gemeinsam von den Arbeitsgruppenmitgliedern entwickelte und konsentiertere Studiendesign führte dazu, dass im Rahmen der Studie eine große Anzahl afrikanischer Migrant/innen mit einer Befragung zu einem eher stigmatisierten Thema erreicht werden konnten. Durch den von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe getragenen Prozess der Fragebogenentwicklung war es möglich, Fragen sowie auch Antwortkategorien zu identifizieren, die für die Zielgruppe relevant sind. Die so erzeugte Relevanz der Befragung trug dazu bei, dass die Studie immer wieder auf großes Interesse in verschiedenen afrikanischen Communities stieß. Wesentlich hierfür war jedoch das hohe Maß an Identifikation mit der Studie von Seiten aller Beteiligter, was nur dadurch erzeugt werden konnte, dass die Studie als ein gemeinsames Projekt verstanden wurde. Auch wenn Beteiligte unterschiedliche Interessen verfolgten – Wissenschaftler/innen haben eher das Ziel, Daten zu generieren; für die Peer Researcher stand immer wieder im Fokus, ihren Communities durch die Verbreitung von wichtigen Informationen zu Themen wie z.B. Hepatitiden zu helfen – konnten diese Ziele im Rahmen der Studiendurchführung in Einklang gebracht und gemeinschaftlich realisiert werden. Durch den intensiven Austausch zwischen den Beteiligten vor Ort und RKI-Mitarbeiterinnen war es möglich, die Rekrutierung zu steuern und so verschiedene vulnerable Gruppen besser zu erreichen, z.B. Menschen ohne Krankenversicherung oder kürzlich Migrierte. Es konnten demnach nicht einfach nur afrikanische Migrant/innen für eine Befragung gewonnen, sondern verschiedene Communities in ihrer Diversität abgebildet werden.

Die gemeinsame Interpretation der Befragungsergebnisse ermöglichte darüber hinaus ein wesentlich besseres Verständnis der Daten, da letztlich Mitglieder der „beforschten Gruppe“ die Deutung übernahmen. So war es außenstehenden Forscherinnen möglich, einen tiefen Einblick in Strukturen und Zusammenhänge der „Zielpopulation“ zu erhalten, der ohne die gemeinschaftliche Zusammenarbeit ganz sicher verwehrt geblieben wäre. Das verbesserte Verständnis der Daten führt darüber hinaus jedoch auch dazu, für die Zielgruppe relevante Präventionsbotschaften zu entwickeln. Auch hieran waren Peer Researcher und andere Community-Mitglieder beteiligt, so dass neben relevanten Themen für die Präventionsarbeit auch konkrete und lokal wie überregional gültige Empfehlungen entwickelt werden konnten.

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass wir anhand dieser Studie zeigen konnten, dass partizipative Methoden in der epidemiologischen Forschung möglich und notwendig sind. Neben der Schaffung einer verbesserten Datenlage, die eines der Ziele der Studie war, gibt es in den Städten und bei

den Beteiligten ein „Momentum“, das es zu nutzen gilt um die Präventionsarbeit für und mit afrikanischen Communities voranzubringen.

5.7. Limitationen

Durch die aufsuchende Rekrutierung im Rahmen eines Convenience Samplings kann keine Repräsentativität gewährleistet werden. Durch regelmäßige Evaluationen und Zwischenauswertungen wurde versucht, die Rekrutierung zu steuern und somit die großen afrikanischen Communities in den jeweiligen Studienstädten zu erreichen. Allerdings sind die Informationen zur Zusammensetzung der afrikanischen Communities vor Ort reduziert. So lagen lediglich Daten zu Geschlecht und Staatsangehörigkeit gemeldeter Afrikaner/innen vor Ort vor. Ein anderer Aspekt, der die Repräsentativität beeinflussen kann, ist die Selektion der Peer Researcher. Diese rekrutierten häufig zunächst unter Personen, die sie persönlich kannten und anschließend eher unter denjenigen, die aus denselben Regionen oder gar Ländern kamen wie sie selbst. Repräsentativität im statistischen Sinne kann damit einerseits durch die Unsicherheit betreffend der Zusammensetzung der Grundgesamtheit an Menschen mit afrikanischer Herkunft als auch durch die nicht zufällige Stichprobe nicht gewährleistet werden. Vorannahmen für statistische Messwerte wie *Odds Ratio* können deshalb eventuell nicht erfüllt werden und Proportionen sowie Konfidenzintervalle können eher eine Tendenz als eine statistische Wirklichkeit abbilden.

Ein anderer Aspekt, der als potentiell einschränkend diskutiert werden muss, ist der Einfluss von sozialer Erwünschtheit auf die Beantwortung der Fragen. Dies bedeutet, dass Personen, die im Interview befragt wurden, durch den persönlichen Kontakt mit einem Peer Researcher eher sozial erwünscht antworten. Bei vergleichsweise sensiblen Fragen nach Bildungsabschlüssen, Lebensunterhalt oder Krankenversicherungsstatus könnte das Angeben jeweils sozial höher bewerteter Kategorien (höhere Bildungsabschlüsse, Arbeit und Krankenversicherungskarte) auf diesen Effekt und nicht auf die ehrliche Beantwortung der Fragen zurückzuführen sein. Um diesem potentiell einschränkenden Aspekt Rechnung zu tragen, wurden in Kapitel 4.6 die Antworten derjenigen, die den Fragebogen selbst oder im Interview ausgefüllt hatten, miteinander verglichen. Große Abweichungen zeigten sich jedoch nicht.

Die Art der Wissensabfrage könnte darüber hinaus dazu geführt haben, dass das Wissen überschätzt wurde und es für Befragte einfacher war anzugeben „Das wusste ich schon“. Nach Rücksprache mit Mitgliedern der Arbeitsgruppe wurde trotzdem entschieden, Wissen auf diese Weise zu erheben, da durch die Studiendurchführung selbst so auch gleichzeitig eine Intervention stattfand.

Ebenfalls muss kritisch darauf hingewiesen werden, dass der Fragebogen lediglich in den Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch verfügbar war. Personen, die kein persönliches oder telefonisches Interview führen wollten, aber über keine ausreichenden Sprachkenntnisse in einer dieser drei Sprachen verfügten, wurden so möglicherweise systematisch ausgeschlossen. Die Peer Researcher entwickelten hier zwar in der ersten Studienstadt München die Strategie, dass ein telefonisches Interview mit einem anderen Peer Researcher geführt werden konnte, der den Befragten nicht persönlich bekannt war. Diese Strategie wurde auch in den nachfolgenden Städten weiterverfolgt, doch es kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht alle potentiell Befragungsbereiten sich auch darauf einlassen wollten oder dass immer ein weiterer Peer Researcher im Team war, der die notwendige Sprache ebenfalls sprach.

5. 8. Partizipativ entwickelte Empfehlungen

Auf dem Projekt-Abschlusstreffen am 25. und 26. November 2016 wurden in mehreren Kleingruppenarbeiten Präventionsempfehlungen anhand der Studienergebnisse generiert. In einem Weltcafé wurden Überlegungen zur Ergebnisdissemination und zur Umsetzung der Empfehlungen angestellt. Die Ergebnisse wurden anschließend von RKI-Mitarbeiterinnen zusammengetragen und kondensiert und anschließend in mehreren Feedbackrunden per E-Mail mit allen Teilnehmenden des Abschlusstreffens konsentiert.

Empfehlungen zu inhaltlichen Schwerpunkten

Als Themen, die in die Präventionsarbeit mit Afrikaner/innen künftig neben HIV integriert werden sollten, wurden folgende identifiziert:

⇒ **Grundwissen zum Körper und dessen Funktionen (als Grundlage)**

Von Peer Researchern aus mehreren Städten wurde berichtet, dass Befragte sich mehr Grundlagenwissen zur Funktionsweise des Körpers wünschten; in Bezug auf virale Hepatitiden z.B. zur Funktionsweise der Leber. Um das große Interesse auch an anderen Gesundheitsthemen, z.B. zu Diabetes, bedienen zu können, wäre ein gewisses Maß an Grundlagenwissen ebenfalls erforderlich.

⇒ **Virale Hepatitiden (HEP) und STI**

Die Befragungsergebnisse zeigten, dass Informationsbedarfe insbesondere zu viralen Hepatitiden als auch zu STI bestehen. Nur 23% bis 57% kannten die präsentierten Informationen zu viralen Hepatitiden. Die fünf präsentierten STI kannten lediglich 25% bis 70%; 14% gaben an, von keiner der genannten STI schon einmal etwas gehört zu haben. Sowohl die Berichte der Peer Researcher als auch die von den Befragten selbst benannten Informationswünsche bestätigen die Wichtigkeit dieser Themen und das große Interesse daran. 65% der Befragten wünschten sich mehr Informationen zu den Übertragungsrisiken von Hepatitis B und C und 53% mehr Informationen zu den Übertragungsrisiken anderer STI.

⇒ **Möglichkeit und Angebote der HIV-, HEP- und STI-Testung und Behandlungsoptionen**

Weniger als jede/r Fünfte war jemals auf Hepatitis C getestet worden (19%) und anteilig etwas mehr Personen konnten keine Auskunft darüber geben, ob ein solcher Test durchgeführt worden war (20%). Demgegenüber hatte zwar die Mehrheit der Befragten bereits einen HIV-Test machen lassen (61%) und ebenfalls die Mehrheit hatte den letzten HIV-Test in Deutschland machen lassen (71%); die kostenlosen und anonymen Testangebote der Gesundheitsämter kannten demgegenüber nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (57%). Jemals auf eine STI getestet worden war knapp die Hälfte der Befragten (41%), und auch hier waren sich viele Befragte unsicher (15%). Medizinische Behandlung in Bezug auf HIV und Hepatitis stellte den sechsthäufigsten und Informationen zu Test- und Untersuchungsangeboten den achthäufigsten genannten Informationswunsch dar. Um die Testbereitschaft zu erhöhen sollten neben den Informationen über Testangebote auch das Wissen darüber vermittelt werden, dass es wirksame Therapien für alle STI gibt und man im Falle von HIV und Hepatitis unter Therapie ein normales Leben führen kann.

⇒ **Aufenthaltsrechtliche Situation bei HIV-Infektion (z.B. HIV allein ist kein Ausweisungsgrund)**

Jede/r vierte Befragte war sich darüber im Unklaren, dass eine HIV-Infektion allein keinen Ausweisungsgrund darstellt, 15% waren sich unsicher. Diese Unsicherheit, berichteten die Peer Researcher aus mehreren Städten, würde dazu beitragen, dass Menschen keinen HIV-Test machen las-

sen würden. Demgegenüber gab es auch Einzelfallberichte, dass Menschen eine HIV-Infektion in Kauf nähmen, weil sie der Meinung wären, diese stelle in jedem Fall ein Abschiebehindernis dar.

⇒ **Möglichkeit einer HBV-Impfung**

Nahezu jede/r Dritte wusste nicht, dass es gegen Hepatitis B eine Impfung gibt (31%), jede/r Zehnte war sich darüber unsicher. Tatsächlich gegen Hepatitis B geimpft waren lediglich 40% der Befragten, auch hier herrschte Unsicherheit und jede/r Vierte wusste dies nicht. Nur jede/r zweite der ins Herkunftsland Reisenden war gegen Hepatitis B geimpft (51%), obwohl eine Impfindikation bei Reisen in Länder mit höherer Prävalenz besteht. Ebenfalls für eine vermehrte Aufklärung über Impfmöglichkeiten spricht, dass die Mehrheit der Befragten nicht wusste bzw. sich unsicher war, dass es gegen Hepatitis C keine Impfung gibt (77%).

⇒ **Weibliche Genitalbeschneidung/-verstümmelung (FGM/C)**

Nahezu jede vierte befragte Frau war von FGM/C betroffen (24%), insbesondere diejenigen, die erst unter einem Jahr in Deutschland lebten (34%). Ebenfalls waren zwei Frauen betroffen, die Deutschland als Geburtsland angegeben hatten. Das Wissen über die Rekonstruktionsmöglichkeiten (26% kannten die Information) und die Möglichkeit der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland (20% wussten dies) ist wenig verbreitet. Ein Viertel der Befragten wünschte sich mehr Informationen zu diesem Thema (ohne in München Befragte). Auch ein Peer Researcher wünschte sich eine vermehrte Informationsverbreitung zu diesem Thema und den damit zusammenhängenden Risiken in der Community, da von Seiten der Community, in der er aktiv war, der Wunsch bzw. die indirekte Forderung an ihn herangetragen worden war, auch seine Tochter beschneiden zu lassen.

⇒ **Durchbrechen der Stigmatisierung des Themas HIV**

In den Analysen zum Testverhalten auf HIV, Hepatitis C und STI zeigte sich, dass ein Thematisieren von HIV in der Community positiv mit häufigerer Testung auf alle genannten Infektionen assoziiert war. Auch wurde deutlich, dass ein über HIV Reden im Umfeld positiv mit einem häufiger angegebenen normalen Verhalten gegenüber Menschen mit HIV assoziiert war. Auf den Abschlusstreffen in mehreren Städten wurde ein Brechen des Tabus der Themen HIV und Sexualität als Ziel für die afrikanische Community angesehen. Auch die Informationswünsche der Befragten unterstreichen dies: 33% wünschten sich mehr Informationen zur Unterstützung von Menschen mit HIV/Aids und 23% wünschten sich mehr Informationen zur Unterstützung Angehöriger von Menschen mit HIV/Aids.

Empfehlungen in Bezug auf Beratung und Testung

Bei einer Testberatung (HIV, HEP, STI) müssen die möglichen Folgen eines positiven Testergebnisses ehrlich und verständlich erklärt und kommuniziert werden. Dies schließt ein, dass eine Behandlung ohne reguläre Krankenversicherung nicht gesichert ist. Dabei ist sowohl dem Bildungsstand, sprachlichen Barrieren als auch dem kulturellen Hintergrund der die Beratung suchenden Person umfassend Rechnung zu tragen. Eine HBV-Impfung für Menschen aus Subsahara-Afrika soll kostenlos angeboten werden. Testangebote auf HIV, HEP und STI sollen künftig mit einem HBV-Impfangebot kombiniert werden. Hausärzt/innen können ein Setting für Testung und Impfung sein. Dafür soll durch die Ärztekammer ein Weiterbildungsangebot zur kultursensiblen Testberatung etabliert werden. Hausärzte sollen angehalten werden, mit Migrationsberatungsstellen, dem ÖGD, Aidshilfen und MSO enger zusammenzuarbeiten. Insbesondere sollten sie auch in die Lage versetzt werden, an anonyme und möglichst kostenlose HIV-Teststellen zu verweisen.

Empfehlungen zu strukturellen Rahmenbedingungen für die Prävention

Eine gleichwertige Gesundheitsversorgung (im Rahmen der Regelversorgung) in Deutschland soll für alle hier Lebenden (unabhängig vom Aufenthaltsstatus) sichergestellt werden. Die leitliniengerechte Behandlung von HIV, HEP und STI muss für alle in Deutschland Lebenden gewährleistet werden, so dass bei künftiger Testung auf HIV, HEP oder STI bei Diagnose der Zugang zur medizinischen Versorgung gesichert ist. Die Zwangstestung auf HIV soll abgeschafft werden. Zur Weitergabe medizinischer Informationen bei Asylsuchenden soll mit den Menschen gemeinsam eine verständliche, gute Dokumentation der Untersuchungen und Impfungen stattfinden, damit diese Informationen bei Weiterverteilung an andere Orte an die neuen Ärzt/innen weitergegeben werden können (um Dopplungen zu vermeiden). Diskriminierungsfreie Beratungs- und Behandlungsräume, v.a. im medizinischen Kontext, sollen geschaffen werden. Diese sind Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Beratung und Testung und damit für gute Präventionsarbeit. Fortbildungen für Ärzt/innen zu interkultureller Kommunikation und transkultureller Medizin sollen hierfür vermehrt angeboten werden; für Studierende der Medizin sollte beides in die Ausbildungscurricula aufgenommen werden.

Empfehlungen für die Umsetzung

Prävention soll partizipativ und gendersensibel gestaltet werden, Präventionsempfehlungen und deren Umsetzung sollen mit afrikanischen Communities gleichberechtigt abgestimmt werden. In der Präventionsarbeit sollen diversitysensible **Kampagnen** entwickelt werden, um Xenophobie und Rassismus, sowie Homo- und Transphobie zu adressieren und zu reduzieren. Kampagnen sollen sich einfacher Sprache und nur wenig Text bedienen, es sollen eher sprachunabhängige und kultursensible Medien gestaltet werden. Etablierte und gern genutzte **Medien** sollen intensiver genutzt werden:

- Theater, Videos, Bilder, Comics, Piktogramme, Fotos mit (nicht nur, aber auch) Afrikaner/innen, Performance, Musik, Geschichten erzählen
- neue und soziale Medien sollen als neue Formen der Kommunikation vermehrt genutzt werden: Facebook, WhatsApp, neue Apps, Nutzung bestehender Gruppen (z.B. auf Facebook oder WhatsApp), Websites, Kontaktportale
- Informationsveranstaltungen mit Expert/innen (z.B. Ärzt/innen)

Allgemeine Gesundheitsthemen und Hepatitis sollen als Türöffner für Prävention dienen.

Für die **Umsetzung der Empfehlungen vor Ort** sollen interessierte Peer Researchern für die Präventionsarbeit als Gesundheitsbotschafter/innen qualifiziert und stetig beschäftigt werden; ihr Wissen um Strukturen und ihre Erfahrungen aus der Communityarbeit sollen genutzt werden. Für die Arbeit als Gesundheitsbotschafter/innen soll eine anerkannte Zertifizierung und regelmäßige Weiterbildung zur Qualitätssicherung in der Präventionsarbeit umgesetzt werden. Für die aufsuchende Präventionsarbeit sollen Standards entwickelt werden (ggf. anlehnend an die bestehenden Standards der DAH). Es soll mehr aufsuchende Arbeit geben, um einerseits verschiedene Zielgruppen zu erreichen und andererseits durch regelmäßiges Ansprechen das Thema HIV zu enttabuisieren. Als Settings kommen in Frage:

- Unterkünfte für Geflüchtete
- Kirchen und Moscheen
- Afroshops
- Vereine (Sport, länderspezifische Vereine)

Eingebunden werden sollen hierfür:

- Stakeholder und Schlüsselpersonen aus den Communities (z.B. Imame, Pastoren)

- „Role Models“; z.B. Menschen die mit HIV leben und als Vorbilder gegen Stigmatisierung dienen können
- professionelle Fachkräfte (Glaubwürdigkeit und Wertschätzung der Communities)
- Menschen, denen Community-Mitglieder vertrauen sowie Peers (Frauen, die mit Frauen oder Jugendliche, die mit Jugendlichen arbeiten) als Mediator/innen

Empfehlungen zu finanziellen Rahmenbedingungen

Kontinuierliche Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung sowie für die Arbeit von Gesundheitsbotschafter/innen soll gewährleistet werden, um nachhaltig Präventions- und Beratungsarbeit durchführen zu können (statt Ehrenamt zu erwarten). Eine kontinuierliche Stellenfinanzierung in Forschung, Praxis, Beratung und Prävention statt unsteter Projektfinanzierung soll angestrebt werden. Die Dissemination der MISSA-Ergebnisse soll von übergeordneter Stelle mitfinanziert werden (geteilte Verantwortung lokal und übergeordnet (BMG, BZgA, DAH und Länder)). Es bedarf finanzieller und struktureller Unterstützung für MSO sowie lokaler und nationaler (Migrations-)Netzwerke, um eine Brücke in die Communities schlagen zu können und so Prävention zu ermöglichen und zu unterstützen.

Empfehlungen für die Forschung

Um mögliche Folgestudien zweckmäßig durchführen zu können, sind afrikanisches Migrationswissen und/oder detaillierte Kenntnisse über und Netzwerke in die Communities als Qualifikation erforderlich. Diesen Wissenschaftler/innen soll bei Publikationen eine aktive Rolle eingeräumt werden, einschließlich eigener Publikationsideen/Erstautorenschaft. Bestehende Netzwerkstrukturen sollen durch vorgenannte Wissenschaftler/innen evaluiert werden. Präventionsmaßnahmen sollen im Hinblick auf ihre Effektivität und Bedingungen für Übertragbarkeit evaluiert werden; dies soll - auch in der finanziellen Planung von Forschung mitgedacht werden. Die Entwicklung einer „partizipativen Epidemiologie“ soll vorangetrieben werden und die Anwendung partizipativer Ansätze besonders bei sogenannten „schwer erreichbaren“ Populationen angestrebt werden. „Echte Partizipation“ im Sinne des aktiven Mitentscheidens von Beforschten soll gewährleistet werden. Die Entstehung von Projektideen aus der Gruppe der Beforschten (Selbstorganisation) soll Gehör und Vorrang gegeben werden. Die kritische Reflektion im Rahmen des Forschungsprozesses bei allen Beteiligten muss mitgeplant und regelmäßig im Diskurs durchgeführt werden. Forschung mit Menschen aus Subsahara-Afrika soll durch ein unabhängiges Community-Board begleitet und beraten werden (sofern Projekte nicht aus der Selbstorganisation hervorgehen).

Empfehlungen für die Mittelakquise und Evaluation

Das Stellen von Projektanträgen kann eine Barriere darstellen, weshalb es Unterstützung bei der Projektmittelakquise geben soll, z.B. durch Dienstleister für Beratung (Stiftung), Akquisehandbuch (Pool für Projektanträge) (z.B. bei der BZgA, Handelskammer). Es bedarf einer zentralen, frei zugänglichen Datenbank für mehrsprachige Materialien/ Methoden/ Projekte etc. (online), z.B.

- www.inforo-online.de
- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Die Qualitätssicherung von Projekten soll durch ein Rückkoppeln von Prozessen und Ergebnissen in die Community selbst sichergestellt werden, insbesondere um dadurch neue Präventionsbotschaften eigens in den Communities entwickeln zu können. Ferner ermöglicht dies eine Ergänzung um communityrelevante Bedarfe.

Wichtige Adressaten für die Forschungsergebnisse und entwickelten Empfehlungen

Mögliche Adressaten auf **lokaler Ebene** für die Dissemination der Ergebnisse und Umsetzung von Empfehlungen können sein: Flüchtlings- und Migrationsrat, Einrichtungen der Jugendhilfe, Inobhutnahme, Wohlfahrtsverbände, Sprachschulen und Integrationskurse, Schwangerschaftsberatungsstellen, kommunale Netzwerke zu Migration, Communityvereine und Dachverbände.

Auf **Landesebene** sollen Ausschüsse und Beiräte informiert und einbezogen werden. Von Seiten des **Bundes** könnten neben dem BMG, der BZgA und der DAH auch das BMI, das BAMF und das BMFSFJ in den Prozess involviert werden, um einerseits Kooperationen in thematischer Hinsicht zu ermöglichen, als auch um in finanzieller Hinsicht Unterstützung für die Präventionsarbeit mit Afrikaner/innen zu erwirken. Der auf Bundesebene bei der Bundesbeauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration angesiedelte Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit soll ebenfalls auf übergeordneter Ebene über die Ergebnisse informiert und in den Prozess der Umsetzung der Empfehlungen eingebunden werden.

Gleichzeitig soll auf übergeordneter (**Landes- oder Bundesebene**) eine Koordinationsstelle mit Netzwerkkoordinator/innen aus verschiedenen Communities entstehen, um die Interessen verschiedener Communities aus unterschiedlichen Städten zu bündeln und an die politisch Verantwortlichen weiterzutragen.

6. Publikationsverzeichnis

Berichte an das BMG

Abschlussbericht: HIV-/STI-Surveillance bei Migrant/innen aus Subsahara-Afrika: Vertiefung der Situationsanalyse und partizipative Erarbeitung eines Studienprotokolls vom 27.03.2013

Abschlussbericht: Pilotierung einer KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika vom 08.08.2014

Zwischenbericht am 06.05.2015

Zwischenbericht am 29.04.2016

Abschlussbericht: KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) vom 15.05.2017

Deutschsprachige Berichte und Publikationen (kein Peer Review)

Koschollek C, Santos-Hövenner C: *Die MiSSA-Studie – Internes Seminar am 11. Januar 2017*. RKI-News: 2/2017.

Städteberichte für alle sechs Studienstädte. Online verfügbar unter www.rki.de/missa

Santos-Hövenner C: *Von der „Zielgruppe“ zum Projektpartner. Ein partizipatives Forschungsprojekt zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara Afrika*. DHIVA: 4/2014.

Santos-Hövenner C: *Migrantinnen und Migranten in der Forschung erreichen: Forschung zu sexueller Gesundheit mit Afrikanerinnen und Afrikanern*. Dokumentation 19. Kongress Armut und Gesundheit - "Gesundheit nachhaltig fördern: langfristig-ganzheitliche-gerecht". 2014, ISBN 978-3-939012-17-7

Santos-Hövenner C: *HIV-/STI-Surveillance bei und mit Migrant/innen aus Subsahara Afrika. Ein partizipativer Prozess*. HIV&More: 2/2013.

Peer-reviewed Publikationen

Santos-Hövenner C, Koschollek C, Kuehne A, Thorlie A, Bremer V: *Knowledge, Attitude, Behavior, and Practices Regarding HIV, Viral Hepatitis, and Sexually Transmitted Infections Among Migrants From Sub-Saharan Africa Living in Germany: A Multicenter Survey Protocol*. JMIR Res Protoc 2017;6(5):e80

Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Oudini H, Wiebe M, Quedraogo OI, Thorlie A, Bremer V, Hamouda O, Dierks ML, an der Heiden M, Krause G: *Determinants of HIV, hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices*. BMC Public Health, 2015. 15(1): p. 1-15.

Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Oudini H, Wiebe M, Quedraogo O, Mayamba P, M'bayo R, Sanogo A, Bakambamba A, Gangarova T, Hamouda O, Dierks ML, Krause G: *Konzeption einer Studie zu sexueller Gesundheit bei und mit in Deutschland lebenden Afrikaner/innen. Ein partizipativer Prozess*. Prävention und Gesundheitsförderung, 2015. 10(1): p. 68-75.

Weitere Publikationen, die noch in Arbeit oder geplant sind

- „Barriers to access health care and HIV testing services among migrants from sub-Saharan Africa in Germany“, J. Müllerschön et al.
- “Impact of HIV knowledge and stigma and HIV testing uptake – results from a participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany” A. Kuehne et al.
- Wissen und Verhalten in Bezug auf HIV und STI
- Wissen und Verhalten in Bezug auf virale Hepatitiden
- Erfahrungen mit Peer Researchern
- Einfluss geographischer und kultureller Faktoren auf Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und STI
- Verhalten gegenüber Menschen mit HIV
- Diskussion des praktischen Einsatzes partizipativer Methoden in der Epidemiologie

Vorstellung der Ergebnisse bei Fachkongressen und Veranstaltungen

2013

Santos-Hövenner C, Koschollek C, Charles T, Gangarova T, Hamouda O, Marcus U: *Establishing Second Generation HIV/STI-Surveillance for Migrants from sub-Saharan Africa in Germany - A participatory process*. STI & AIDS World Congress, 14.-17.7.2013, Wien. (Poster)

Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Gangarova T, Wiebe M, Oudini H, Hamouda O: *Studien zu sexueller Gesundheit bei/mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara Afrika. Ein partizipativer Prozess*. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, 12.-15.06 2013, Innsbruck. (Vortrag)

Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Gangarova T, Hamouda O: *HIV-/STI-Surveillance bei und mit Migrant/innen aus Subsahara Afrika. Ein partizipativer Prozess*. Münchner AIDS- und Hepatitis-Werkstatt, 22.- 23.03.2013, München.

2014

Santos-Hövenner C, Oudini H, Thorlie A, Koschollek C: *Erreichbarkeit von Migrant/innen und IVD: Schwer erreichbar gibt es nicht! Pilotstudie zu sexueller Gesundheit bei und mit Afrikaner/innen in Hamburg*. Fachtagung: Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis am Robert Koch-Institut. 11.-12.12.2014, Berlin. (Workshop)

Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Koschollek C, Marcus U, Hamouda O, Bremer V, Santos-Hövenner C: *Pilotstudie zu sexueller Gesundheit bei Afrikaner/innen in Hamburg. Erfahrungen der Peer Researcher*. Fachtagung: Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis am Robert Koch-Institut. 11.-12.12.2014, Berlin. (Poster)

Santos-Hövenner C, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Koschollek C, Marcus U, Hamouda O, Bremer V: *HIV/Hepatitis/STI-Präventionsbedarfe in Hamburg lebender Afrikaner/innen. Eine partizipative Pilotstudie*. Fachtagung: Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis am Robert Koch-Institut. 11.-12.12.2014, Berlin. (Poster)

Koschollek C, Marcus U, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Thorlie A, Bremer V, Santos-Hövenner C: *Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika – MiSSA*. Fachtagung: Sex, Blut und Infektionen. Aktuelle Forschung zu HIV, STI und Hepatitis am Robert Koch-Institut. 11.-12.12.2014, Berlin. (Poster)

Santos-Hövenner C, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Koschollek C, Marcus U, Hamouda O, Bremer V: *HIV/Hepatitis/STI-Präventionsbedarfe in Hamburg lebender Afrikaner/innen. Eine partizipative Pilotstudie*. Deutscher STI-Kongress. 19.-21.06.2014, Berlin. (Vortrag)

Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Koschollek C, Marcus U, Hamouda O, Bremer V, Santos-Hövenner C: *Studie zu sexueller Gesundheit bei Afrikaner/innen in Hamburg. Erfahrungen der Peer Researcher*. Deutscher STI-Kongress. 19.-21.6.2014, Berlin. (Poster) (Posterpreis)

Santos-Hövenner C, Marcus U, Gangarova T, Oudini H, Ouedraogo O, Wiebe M, Hamouda O: *Combining epidemiology and participatory research: HIV/HEP/STI Surveillance with and among migrants from sub-Saharan Africa in Germany*. EUPHA conference on migrant and ethnic minority health. 9.-12.4.2014, Granada. (Poster)

Oudini H, Santos-Hövenner C: *Schwer erreichbar gibt es nicht! Pilotstudie zu sexueller Gesundheit bei und mit Afrikaner/innen in Hamburg*. 15. Münchner AIDS- und Hepatitis-Tage. 21.-23.03.2014, München. (Vortrag)

Santos-Hövenner C: *Migrantinnen und Migranten in der Forschung erreichen. Forschung zu sexueller Gesundheit mit Afrikanerinnen und Afrikanern. Ein partizipativer Prozess*. Kongress Armut und Gesundheit. 13.-14.03.2014, Berlin. (Vortrag)

2015

Koschollek, C (2015): *MiSSA – Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Ein partizipativ konzipiertes Forschungsprojekt*. Workshop des Netzwerks für Partizipative Gesundheitsforschung: Mixed Methods in der PGF, Katholische Hochschule für Sozialwesen. 27.11.2015, Berlin. (Vortrag)

Koschollek C, Sanogo A, Mputu Tshibadi C, Thorlie A, Bremer V, Santos-Hövenner C: *Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Mit partizipativen Methoden eine heterogene Stichprobe gewinnen*. 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. 30.09.-02.10.2015, Potsdam. (Poster)

Koschollek C, Sanogo A: *Neue Kommunikationsansätze mit besonderen Zielgruppen: MiSSA-Studie des RKI*. 14. Bayrisches Forum Aids-Prävention. 14.-15.07.2015, München. (Vortrag)

Koschollek C, Marcus U, Thorlie A, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Sanogo A, Gangarova T, Bakambamba A, Mayamba P, Matweta C, M'bayo R, Bremer V, Santos-Hövenner C: *Multizentrische KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)*. Deutsch-Österreichischer Aids-Kongress. 24.-27.06.2015, Düsseldorf. (Poster)

Santos-Hövenner C, Marcus U, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo O, Thorlie A, Koschollek C, Dierks M, an der Heiden M, Krause G, Bremer V: *Prevention and communication needs on HIV, viral hepatitis and STI among African migrants in Hamburg. A cross-sectional survey on knowledge, attitude and behavior*. Deutsch-Österreichischer Aids-Kongress. 24.-27.06.2015, Düsseldorf. (Poster)

Santos-Hövenner C: *Studie zu sexueller Gesundheit bei und mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara Afrika*. Münchner AIDS- und Hepatitis-Werkstatt. München, 18.03.2015. (Vortrag)

Santos-Hövenner C, Nielsen S: *HIV and STI among vulnerable populations – how to reach the hard to reach*. Lehrveranstaltung "Infectious Disease Epidemiology", Robert Koch-Institut. 04.02.2014, Berlin.

2016

Kuehne A: *The impact of HIV knowledge on HIV testing uptake among migrants from sub-Saharan Africa in Berlin, Germany, 2015*, ESCAIDE Conference. 28.-30.11.2016, Stockholm. (Vortrag)

Santos-Hövenner C, Koschollek C (2016): *Partizipativ forschen mit afrikanischen Communities – Die MiSSA-Studie am Beispiel der Studienstadt Köln*. Fachtagung: Von wegen schwer erreichbar! HIV-Prävention für und mit afrikanischen Communities. 30.09.2016, Köln. (Vortrag)

Koschollek C, Thorlie A (2016): *MiSSA – Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Differierende HIV-, Hepatitis- und STI-Präventionsbedarfe an drei Studienstandorten*. STI-Kongress. 06.-09.07.2016, Berlin. (Vortrag)

Santos-Hövenner C: *KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)*. Kongress Armut und Gesundheit. 17.-18.03.2016, Berlin. (Vortrag)

Koschollek C, Thorlie A (2016): *MiSSA – eine Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika*. Fachkonferenz: Sexuelle Gesundheit von Migrantinnen und Migranten stärken. 26.02.2016, Berlin. (Workshop)

Zimmermann R, Koschollek C: *HIV and STI among vulnerable populations – how to reach the hard to reach*. Lehrveranstaltung “Infectious Disease Epidemiology”, Robert Koch-Institut. 19.01.2016, Berlin.

2017 (einschließlich eingereicherter Abstracts)

Koschollek C: *Epidemiologie von HIV in Deutschland mit dem Fokus Migration und Empfehlungen der MiSSA-Studie*. Treffen der bundesweiten AG HIV und Migration. 18.05.2017, Berlin. (Vortrag)

Santos-Hövenner C, Koschollek C, Kuehne A, Thorlie A, Mputu Tshibadi C, Mayamba P, Batemona H, M’Bayo R, Greiner VW, Dela Bursi T, Bremer V: *HIV and viral hepatitis knowledge and information needs among migrants from sub-Saharan Africa residing in Germany – results of a multi-center cross-sectional survey*. Abstract für die European Public Health Conference 2017.

Santos-Hövenner C, Koschollek C, Kuehne A, Thorlie A, Bremer V: *Hepatitis B- und C- Informationsbedarfe bei in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika*. Abstract für die gemeinsame Jahrestagung der DGEpi, DGMS, DGSMP 2017.

Koschollek C, Kuehne A, Bremer V, Thorlie A, Santos-Hövenner C: *Wissen und Infektionsrisiken bezüglich HIV unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika in Deutschland – Ergebnisse der MiSSA-Studie*. Abstract für die gemeinsame Jahrestagung der DGEpi, DGMS, DGSMP 2017.

Santos-Hövenner C, Koschollek C: *Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika (MiSSA) – Ergebnisse und Empfehlungen*. 83. Sitzung des Bund-Länder-Gremiums zur Prävention von HIV/Aids, STI und Hepatitiden. 27.04.2017, Berlin. (Vortrag)

Koschollek C, Kuehne A, Bremer V, Mputu Tshibadi C, Mayamba P, Batemona H, Amoah S, Greiner VW, Bursi TD, Thorlie A, Santos-Hövenner C: *Die MiSSA-Studie: Wissen zu HIV, viralen Hepatitiden und STI unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika in Deutschland*. Abstract für den Deutsch-Österreichischen Aids-Kongress 2017 (als Vortrag angenommen).

Koschollek C, Kuehne A, Bremer V, Mputu Tshibadi C, Mayamba P, Batemona H, Amoah S, Greiner VW, Bursi TD, Thorlie A, Santos-Hövenner C: *Die MiSSA-Studie: HIV-Testverhalten und präferierte Testorte unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika in Deutschland*. Abstract für den Deutsch-Österreichischen Aids-Kongress 2017 (als Vortrag angenommen).

Santos-Hövenner C, Zimmermann R: *HIV and STI among vulnerable populations – how to reach the hard to reach*. Lehrveranstaltung “Infectious Disease Epidemiology”, Robert Koch-Institut. 23.01.2017, Berlin.

Santos-Hövenner C, Koschollek C: *Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika (MiSSA). Eine partizipative Studie*. Internes Seminar des Robert Koch-Instituts. 11.01.2017, Berlin. (Vortrag)

Qualifizierungsarbeiten im Rahmen des Projektes

Kuehne, A (2016): *Knowledge, attitudes, behaviours and practices regarding reproductive health and HIV among migrants from sub-Saharan Africa (MiSSA) in Berlin, Germany – A participatory research study*. Masterarbeit zur Erlangung des Master of Science in Applied Epidemiology. Charité, Berlin School of Public Health, Robert Koch-Institut.

Müllerschön, J (2016): *Zugang zu und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und STI-Testangeboten von Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika*. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science in Public Health an der Hochschule Fulda, University of Applied Science, Fachbereich Pflege und Gesundheit.

7. Literatur

1. UNAIDS, *Aids by the numbers*. 2016, UNAIDS: Geneva.
2. ECDC, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*, ECDC, Editor. 2016: Stockholm.
3. RKI, *HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland*. Epidemiologisches Bulletin, 2015. 27: p. 239-258.
4. ECDC, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2012*. 2013, ECDC: Stockholm.
5. ECDC, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. 2015, ECDC: Stockholm.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), *Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA*, ECDC, Editor. 2014: Stockholm.
7. Robert Koch-Institut, *HIV bei Migranten in Deutschland*. Epidemiologisches Bulletin, 2012. 3: p. 19-21.
8. Zoufaly, A., et al., *Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany*. HIV Med, 2012. 13(3): p. 172-81.
9. Rice, B.D., et al., *A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV*. Aids, 2012. 26(15): p. 1961-6.
10. Venkatesh, K.K., et al., *The relative contribution of viral and bacterial sexually transmitted infections on HIV acquisition in southern African women in the Methods for Improving Reproductive Health in Africa study*. Int J STD AIDS, 2011. 22(4): p. 218-24.
11. Joseph Davey, D.L., et al., *Prevalence of Curable Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women in Low- and Middle-Income Countries From 2010 to 2015: A Systematic Review*. Sex Transm Dis, 2016. 43(7): p. 450-8.
12. Covin, M., *Sexually Transmitted Infections in Southern Africa: A public health crisis*. South African Journal of Science, 2000. 96: p. 335-342.
13. McKinnon, L.R. and Q.A. Karim, *Factors Driving the HIV Epidemic in Southern Africa*. Curr HIV/AIDS Rep, 2016. 13(3): p. 158-69.
14. World Health Organization, *Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008*. 2012: Genf.
15. Kuehne, A., et al., *Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland Analysen am Beispiel Tuberkulose, HIV und Syphilis* 2015.
16. Ott, J., et al., *Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity*. Vaccine, 2012. 30(12): p. 2212-2219.
17. WHO, *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection*. 2016, WHO: Geneva.
18. Poethko-Müller, C., et al., *Epidemiology of hepatitis A, B and C among adults in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2013. 56(5-6): p. 707-715.
19. Madhava, V., C. Burgess, and E. Drucker, *Epidemiology of chronic hepatitis C virus infection in sub-Saharan Africa*. The Lancet Infectious Diseases, 2002. 2(5): p. 293-302.
20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *HIV und AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. 2013.
21. Gräser, S., N. Krischke, and C. Wohlrab, *HIV/ AIDS-Prävention und Versorgung für Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara Afrika. Eine Pilotstudie zur Evaluation des 'Afrika-Projekts' des Gesundheitsamtes Bremen. Projektbericht.*, in *Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (ipp-Schriften)*, S. Görres, I. Darmann-Finck, and S.G. (Hg.), Editors. 2009, Universität Bremen: Bremen.
22. von Unger, H., et al., *Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV Prävention mit Migrant/innen*. Prävention und Gesundheitsförderung, 2013. 8(3): p. 10.

23. Wright, M.T., H. von Unger, and T. Gangarova, *Training Immigrant Peer Researchers for CBPR on HIV/AIDS in Germany*. 2011.
24. Wright, M.T., H. von Unger, and M. Block, *Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention*, in *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* M.T. Wright, Editor. 2010, Hans Huber Verlag: Bern. p. 35-52.
25. von Unger, H., *Participatory Health Research with Immigrant Communities in Germany*. International Journal of Action Research, 2012. 8(3): p. 266-287.
26. von Unger, H. and T. Gangarova, *PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en*. 2011, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Berlin
27. von Unger, H. *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran*. in *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 2012.
28. Wright, M.T., R. Rosenbrock, and S. Hartung, *Partizipative Gesundheitsforschung als wissenschaftliche Grundlage für eine partizipative Praxis*. Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans-Huber, 2012.
29. van der Donk, C.v.L., B; Wright, M, *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. 2014, Bern: Hans Huber Verlag.
30. Sadler, K.E., et al., *Sexual behaviour and HIV infection in black-Africans in England: results from the Mayisha II survey of sexual attitudes and lifestyles*. Sex Transm Infect, 2007. 83(7): p. 523-9.
31. Sadler, K.E., et al., *Mayisha II main study report: Assessing the feasibility and acceptability of community based prevalence surveys of HIV among Black Africans in England*. 2005.
32. Fenton, K.A., et al., *HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: a participatory research study*. Sex Transm Infect, 2002. 78(4): p. 241-5.
33. Santos-Hövenner, C., et al., *Konzeption einer Studie zu sexueller Gesundheit bei in Deutschland lebenden Afrikanern*. Prävention und Gesundheitsförderung, 2014: p. 1-8.
34. Koschollek, C. and C. Santos-Hövenner, *Mapping afrikanischer Communities in Deutschland. Eine Analyse von Daten des Statistischen Bundesamtes*. 2012, Robert Koch-Institut: Berlin.
35. Goldstein, H.B., W; Rasbash, J, *Partitioning variation in generalised linear multilevel models*. Understanding Statistics, 2002. 1: p. 223–32.
36. Simonson, T., et al., *Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP, Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN, 2013/2014.
37. Loos, J. and C. Nöstlinger, *Action research with sub-Saharan African migrants (SAM) to improve HIV prevention through a better understanding of the HIV epidemic*. Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 2015.
38. Hickson, F., et al., *Bass Line 2008-09: assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England*. 2009.
39. Destatis, *Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern in Deutschland bei 21%*, in *Pressemitteilung vom 16. März 2016 - 097/16*. 2016: Wiesbaden.
40. Pew Research Center, *The Global Religious Landscape. A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010*. 2012, The Pew Forum on Religion & Public Life: Washington, D.C.
41. Santos-Hövenner, C., et al., *Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices*. BMC Public Health, 2015. 15(1): p. 1-15.
42. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). *HIV und AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2011. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. 2013.

43. Robert Koch-Institut, *MiTest-Studie Abschlussbericht. Eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von HIV-und STI-Testangeboten durch Migrantinnen und Migranten in Deutschland* 2016, RKI: Berlin.
44. Dreyer, I., *Für Körper und Seele*, in *magazin.hiv*. 2016, Deutsche Aids-Hilfe e.V.: Berlin.
45. Maticka-Tyndale, E., *Condoms in sub-Saharan Africa*. *Sexual Health*, 2012. 9(1): p. 59-72.
46. Dr N.N. Sarkar, *Barriers to condom use*. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008. 13(2): p. 114-122.
47. Bastick, M., K. Grimm, and R. Kunz, *Sexual Violence in Armed Conflict - Global Overview and Implications for the Security Sector*. Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces, 2001.
48. United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation/ Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.*, UNICEF, Editor. 2013: New York.
49. Nestlinger, J., et al., *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017.
50. Aids referentie centra Insituuat voor Tropische geneeskunde, *Proactief HIV-Testen en Counselen bij patienten van sub-Saharaans-Afrikaanse afkomst*. Antwerpen.
51. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Wissen und Einstellungen der Bevölkerung zu den Infektionsrisiken mit HIV im Alltag. Ausgewählte Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der BZgA im Rahmen der Welt-AIDS-Tags-Kampagne 2014*. 2014: Köln.
52. Treves-Kagan, S., et al., *Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa*. *BMC Public Health*, 2016. 16(87).
53. Mbonu, N.C., B. van der Borne, and N.K. De Vries, *Stigma of People with HIV/Aids in Sub-Saharan Africa: A Literature Review*. *Journal of Tropical Medicine*, 2009.
54. Wright, M.T., *Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2013. 8(3): p. 122.
55. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. BIS 2023 - Bedarfsorientiert, Integriert, Sektorübergreifend*. 2016: Berlin.

8. Anhang

Anhang A Tabellenanhang A – Univariable Analysen

Anhang B Tabellenanhang B – Multivariable Analysen

Anhang:

Abschlussbericht der Studie:

„KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“

Anhang A: Tabellenanhang A – Univariable Analysen

Tabellenanhang A – Univariable Analysen

Tabelle A 1: Wissen der Studienpopulation zum Thema HIV (allgemein); Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion und Ausfüllmodus

Wissen zu HIV (allgemein) nach Geschlecht (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.464	89,9%	1.280	93,2%	0,649	0,497-0,846
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.489	91,4%	1.267	91,9%	0,940	0,725-1,219
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	1.317	81,0%	1.144	83,6%	0,838	0,694-1,013
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.523	93,8%	1.283	93,0%	1,140	0,853-1,523
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	1.323	81,5%	1.143	83,2%	0,888	0,735-1,073
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.549	95,2%	1.318	96,2%	0,784	0,547-1,121
HIV ist nicht heilbar.	1.297	80,2%	1.138	83,4%	0,808	0,670-0,976
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	1.335	82,2%	1.136	82,9%	0,956	0,791-1,155
Wissen zu HIV (allgemein) nach Alter (nur signifikant). „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
n	%	n	%			
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.165	88,8%	1.356	94,2%	0,491	0,371-0,649
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.213	92,0%	1.318	91,5%	1,078	0,821-1,415
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	1.079	82,0%	1.186	83,0%	0,933	0,766-1,136
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.215	92,5%	1.359	94,5%	0,721	0,531-0,979
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	1.056	80,4%	1.188	83,0%	0,841	0,693-1,020
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.236	94,4%	1.392	97,0%	0,516	0,352-0,757
HIV ist nicht heilbar.	1.022	78,3%	1.201	84,2%	0,680	0,560-0,825
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	1.028	78,6%	1.226	85,5%	0,623	0,511-0,759
Wissen zu HIV (allgemein) nach Bildung (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
n	%	n	%			
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	871	85,6%	1.852	94,5%	0,342	0,263-0,445
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	856	83,8%	1.878	95,7%	0,231	0,175-0,304
Man sieht nicht, ob jemand HIV	738	72,9%	1.707	87,1%	0,399	0,330-0,483

hat.						
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	917	90,3%	1.870	95,3%	0,456	0,339-0,612
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	747	72,9%	1.700	87,2%	0,395	0,326-0,478
HIV kann beim Sex übertragen werden.	947	93,1%	1.897	97,0%	0,414	0,290-0,591
HIV ist nicht heilbar.	776	76,4%	1.648	84,8%	0,581	0,480-0,703
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	729	71,5%	1.722	88,3%	0,332	0,273-0,403
Wissen zu HIV (allgemein) nach Zeit in DE (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.020	84,9%	1.685	96,5%	0,203	0,150-0,274
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.065	88,2%	1.649	94,4%	0,443	0,338-0,579
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	9.43	78,5%	1.478	84,9%	0,648	0,536-0,784
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.095	91,3%	1.668	95,3%	0,518	0,384-0,698
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	954	79,3%	1.474	84,5%	0,702	0,580-0,849
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.124	93,6%	1.701	97,4%	0,395	0,272-0,573
HIV ist nicht heilbar.	927	77,6%	1.471	84,7%	0,628	0,520-0,758
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	961	80,3%	1.470	84,2%	0,765	0,631-0,926
Wissen zu HIV (allgemein) nach Deutschkenntnissen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↑ Deutsch-kenntnisse		↓ Deutsch-kenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.526	95,1%	1.195	87,2%	2,845	2,159-3,749
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.518	94,5%	1.216	88,4%	2,270	1,731-2,976
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	1.380	86,2%	1.062	77,5%	1,825	1,509-2,208
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.519	94,6%	1.265	92,3%	1,449	1,080-1,944
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	1.366	85,3%	1.082	78,9%	1,553	1,284-1,877
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.542	96,1%	1.302	95,3%	1,203	0,843-1,717
HIV ist nicht heilbar.	1.338	83,7%	1.074	79,1%	1,361	1,129-1,640
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	1.364	85,1%	1.087	79,6%	1,465	1,211-1,772
Wissen zu HIV (allgemein) nach monatl. Nettoeinkommen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI
	n	%	n	%		

HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.322	89,9%	793	96,6%	0,315	0,209-0,477
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.325	89,7%	781	95,2%	0,435	0,303-0,626
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	1.196	81,3%	726	88,4%	0,569	0,443-0,731
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.363	92,5%	788	96,1%	0,503	0,336-0,753
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	1.192	80,9%	711	86,3%	0,672	0,530-0,852
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.391	94,8%	807	98,1%	0,363	0,210-0,626
HIV ist nicht heilbar.	1.176	80,5%	713	86,5%	0,642	0,506-0,815
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	1.163	79,3%	718	86,9%	0,577	0,455-0,733
Wissen zu HIV (allgemein) nach Krankenversicherungsstatus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	2.285	94,4%	427	78,6%	4,598	3,514-6,016
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	2.275	93,8%	444	81,6%	3,416	2,601-4,487
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	2.055	85,1%	377	69,4%	2,520	2,034-3,123
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	2.293	94,7%	479	88,4%	2,338	1,703-3,210
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	2.039	84,3%	399	73,9%	1,891	1,516-2,359
HIV kann beim Sex übertragen werden.	2.340	96,7%	490	91,1%	2,865	1,977-4,152
HIV ist nicht heilbar.	2.017	83,7%	388	72,3%	1,971	1,585-2,450
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	2.057	85,0%	384	71,6%	2,237	1,798-2,783
Wissen zu HIV (allgemein) nach Religion (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.870	93,6%	624	84,3%	2,737	2,095-3,577
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.873	93,8%	640	85,7%	2,546	1,935-3,349
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	1.673	84,3%	569	76,4%	1,659	1,347-2,042
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.883	94,5%	671	90,2%	1,862	1,368-2,536
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	1.659	83,5%	581	77,6%	1,467	1,191-1,807
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.927	96,8%	684	91,9%	2,683	1,864-3,862
HIV ist nicht heilbar.	1.637	82,8%	579	77,4%	1,409	1,145-1,734
Es gibt Medikamente, die	1.705	85,9%	554	74,0%	2,151	1,750-2,644

Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.						
Wissen zu HIV (allgemein) nach Ausfüllmodus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland.	1.119	92,3%	1.623	90,8%	1,216	0,932-1,586
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	1.116	92,0%	1.638	91,4%	1,089	0,835-1,419
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat.	983	81,2%	1.476	82,8%	0,901	0,745-1,089
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht.	1.129	93,1%	1.675	93,7%	1,089	0,835-1,419
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen.	985	81,4%	1.480	82,9%	0,905	0,748-1,095
HIV kann beim Sex übertragen werden.	1.159	95,7%	1.706	95,6%	1,019	0,712-1,459
HIV ist nicht heilbar.	1.005	83,5%	1.428	80,4%	1,241	1,024-1,503
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben.	1.021	84,5%	1.448	81,1%	1,271	1,045-1,546

Tabelle A 2: Wissen der Studienpopulation zum Thema HIV (spezifisch); Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion und Ausfüllmodus

Wissen zu HIV (spezifisch) nach Geschlecht (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	942	58,0%	772	56,3%	1,072	0,927-1,239
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	848	52,2%	756	55,3%	0,882	0,763-1,019
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	872	53,8%	691	50,4%	1,149	0,995-1,327
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	925	56,9%	747	54,4%	1,106	0,957-1,278
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Alter (nur signifikant). „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
n	%	n	%			
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	678	51,6%	885	61,7%	0,661	0,568-0,770
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	603	46,0%	868	60,8%	0,549	0,471-0,639
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben,	622	47,7%	792	55,3%	0,737	0,634-0,857

haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.						
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	639	48,7%	886	61,7%	0,589	0,506-0,686
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Bildung (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	499	49,2%	1.205	61,6%	0,604	0,518-0,704
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	458	45,1%	1.135	58,1%	0,591	0,507-0,688
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	402	39,6%	1.146	58,7%	0,460	0,394-0,537
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	422	41,3%	1.236	63,2%	0,409	0,350-0,478
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Zeit in DE (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	559	46,5%	1.123	64,5%	0,478	0,412-0,556
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	477	39,8%	1.100	63,2%	0,384	0,330-0,447
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	611	51,1%	923	52,9%	0,933	0,805-1,081
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	624	52,0%	1.023	58,5%	0,769	0,663-0,891
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Deutschkenntnissen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	1.004	62,7%	695	50,8%	1,634	1,411-1,892
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	980	61,3%	610	44,7%	0,384	0,330-0,447
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	903	56,2%	652	47,9%	1,397	1,208-1,615
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	979	60,9%	680	49,7%	1,572	1,359-1,819
Wissen zu HIV (spezifisch) nach	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI

monatl. Nettoeinkommen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	785	53,5%	531	64,8%	0,626	0,525-0,747
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	679	46,2%	549	67,0%	0,423	0,354-0,506
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	718	48,9%	474	57,9%	0,696	0,585-0,827
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	750	51,0%	528	64,0%	0,585	0,491-0,697
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Krankenversicherungsstatus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	1.468	60,7%	226	41,7%	2,163	1,790-2,614
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	1.381	57,1%	201	37,3%	2,242	1,849-2,717
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	1.308	54,2%	228	42,3%	1,615	1,337-1,950
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	1.425	58,8%	220	40,8%	2,070	1,712-2,503
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Religion (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	1.216	61,2%	346	46,4%	1,826	1,540-2,164
In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	1.120	56,4%	346	46,7%	1,475	1,245-1,747
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	1.120	56,5%	311	41,7%	1,809	1,525-2,145
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	1.182	59,5%	338	45,1%	1,783	1,505-2,113
Wissen zu HIV (spezifisch) nach Ausfüllmodus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben.	713	58,9%	1.001	56,1%	1,121	0,967-1,299

In [Stadt] kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt.	670	55,6%	934	52,3%	1,145	0,988-1,325
Menschen, die eine sexuell übertragbare Infektion haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken.	659	54,6%	904	50,7%	1,166	1,007-1,350
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken.	672	55,4%	1000	56,0%	0,979	0,846-1,134

Tabelle A 3: Wissen der Studienpopulation zum Thema virale Hepatitiden; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion und Ausfüllmodus

Wissen zu Hepatitis nach Geschlecht (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	874	54,4%	784	57,4%	0,888	0,768-1,027
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	816	50,7%	694	50,7%	0,998	0,864-1,153
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	747	46,5%	687	50,4%	0,854	0,739-0,986
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	623	38,7%	604	44,1%	0,801	0,692-0,928
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	492	30,6%	434	31,8%	0,945	0,809-1,104
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	445	27,8%	364	26,6%	1,058	0,899-1,244
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	586	36,4%	478	35,1%	1,058	0,910-1,230
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	878	54,7%	817	59,8%	0,813	0,703-0,941
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	367	22,9%	305	22,4%	1,029	0,866-1,223
Wissen zu Hepatitis nach Alter (nur signifikant). „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	649	49,7%	870	61,1%	0,627	0,539-0,730
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	597	45,6%	770	54,0%	0,716	0,616-0,833
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	607	46,4%	690	48,5%	0,920	0,791-1,069
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	487	37,1%	624	43,8%	0,756	0,648-0,881
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon	350	26,8%	490	34,5%	0,695	0,590-0,819

bemerkt.						
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	311	23,8%	426	30,0%	0,728	0,614-0,863
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	394	30,1%	570	40,2%	0,639	0,545-0,749
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	693	52,9%	852	60,1%	0,744	0,639-0,866
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	245	18,7%	359	25,3%	0,680	0,566-0,817
Wissen zu Hepatitis nach Bildung (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	389	38,7%	1257	64,7%	0,344	0,294-0,403
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	351	34,8%	1144	58,8%	0,373	0,319-0,437
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	328	32,7%	1094	56,2%	0,379	0,323-0,444
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	292	28,9%	924	47,5%	0,448	0,381-0,527
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	193	19,1%	719	37,0%	0,403	0,336-0,483
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	199	19,7%	600	31,0%	0,549	0,457-0,658
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	252	25,0%	799	41,2%	0,478	0,403-0,566
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	422	41,9%	1.263	65,0%	0,388	0,332-0,453
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	145	14,3%	518	26,8%	0,457	0,373-0,560
Wissen zu Hepatitis nach Zeit in DE (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	566	47,9%	1.063	61,1%	0,584	0,503-0,678
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	462	39,0%	1.016	58,3%	0,456	0,392-0,530
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	448	37,9%	955	55,0%	0,500	0,430-0,581
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	389	32,8%	812	46,6%	0,559	0,479-0,652
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	280	23,7%	628	36,1%	0,550	0,466-0,650
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	268	22,8%	525	30,2%	0,684	0,577-0,811
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	328	27,7%	708	40,8%	0,556	0,475-0,653

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	553	46,7%	1.112	64,1%	0,492	0,423-0,572
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	175	14,8%	483	27,9%	0,449	0,371-0,545
Wissen zu Hepatitis nach Deutschkenntnissen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	1.010	63,3%	636	47,0%	1,940	1,674-2,249
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	972	60,8%	524	38,7%	2,449	2,111-2,841
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	922	57,7%	500	37,1%	2,304	1,986-2,673
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	775	48,5%	441	32,6%	1,947	1,676-2,263
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	614	38,4%	305	22,6%	2,140	1,819-2,518
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	520	32,6%	282	21,0%	1,822	1,540-2,155
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	665	41,8%	389	28,7%	1,780	1,525-2,076
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	1.033	64,7%	649	48,1%	1,982	1,709-2,298
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	468	29,5%	195	14,4%	2,479	2,058-2,987
Wissen zu Hepatitis nach monatl. Nettoeinkommen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	731	49,9%	559	68,6%	0,456	0,381-0,546
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	667	45,5%	512	62,9%	0,493	0,414-0,588
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	645	44,1%	469	57,8%	0,577	0,485-0,687
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	520	35,4%	412	50,6%	0,536	0,450-0,638
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	407	27,8%	317	39,0%	0,601	0,501-0,721
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	356	24,3%	273	33,6%	0,635	0,526-0,766
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	476	32,6%	348	43,0%	0,642	0,537-0,766
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	778	53,2%	559	69,0%	0,510	0,426-0,611
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	267	18,3%	265	32,6%	0,462	0,379-0,563
Wissen zu Hepatitis nach Krankenversicherungsstatus	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert,		OR	95%-KI

	(nur signifikant). „Wusste ich schon“		unsicher		n	%
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	1.453	60,5%	186	34,8%	2,868	2,357-3,488
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	1.342	55,8%	148	27,6%	3,316	2,699-4,074
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	1.271	53,0%	148	27,8%	2,929	2,384-3,598
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	1.090	45,4%	122	22,6%	2,849	2,293-3,539
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	816	34,1%	90	16,7%	2,577	2,024-3,281
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	702	29,3%	94	17,6%	1,943	1,529-2,469
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden	925	38,7%	121	22,5%	2,172	1,745-2,702
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	1.476	61,6%	201	37,3%	2,695	2,222-3,269
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	601	25,1%	58	10,8%	2,758	2,068-3,678
Wissen zu Hepatitis nach Religion (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	1.166	59,3%	352	47,5%	1,609	1,357-1,907
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	1.064	54,0%	301	40,6%	1,717	1,446-2,037
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	1.018	51,7%	283	38,4%	1,719	1,446-2,043
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	876	44,5%	245	33,0%	1,628	1,364-1,943
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	663	33,7%	174	23,5%	1,656	1,364-2,010
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	538	27,4%	198	26,7%	1,039	0,859-1,257
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	744	37,9%	224	30,1%	1,419	1,184-1,701
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	1.199	61,0%	341	46,0%	1,831	1,544-2,172
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	446	22,8%	153	20,7%	1,130	0,919-1,390
Wissen zu Hepatitis nach Ausfüllmodus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber.	662	55,1%	996	56,3%	0,954	0,824-1,106

Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden.	600	49,9%	908	51,2%	0,951	0,821-1,101
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden.	597	49,8%	836	47,2%	1,109	0,958-1,284
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden.	506	42,0%	720	40,6%	1,058	0,912-1,227
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt.	403	33,5%	523	29,6%	1,198	1,023-1,402
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen.	332	27,6%	477	27,0%	1,028	0,873-1,212
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden.	434	36,3%	630	35,6%	1,030	0,884-1,200
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen.	699	58,2%	996	56,3%	1,084	0,935-1,258
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	252	21,0%	420	23,8%	0,850	0,712-1,015

Tabelle A 4: Bekanntheit von STI in der Studienpopulation, Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion und Ausfüllmodus

Bekanntheit von STIs nach Geschlecht (nur signifikant).	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	1.145	71,4%	919	67,9%	1,181	1,009-1,382
Syphilis	1.085	67,6%	928	68,5%	0,960	0,822-1,121
Herpes	643	40,1%	562	41,5%	0,943	0,814-1,092
Feigwarzen	337	21,0%	410	30,3%	0,612	0,518-0,724
Chlamydien	377	23,5%	442	32,6%	0,634	0,539-0,745
Ich kenne keine davon	234	14,6%	193	14,3%	1,027	0,836-1,263
Bekanntheit von STIs nach Alter (nur signifikant).	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	804	61,9%	1.096	77,7%	0,468	0,395-0,553
Syphilis	838	64,6%	1.002	71,0%	0,744	0,633-0,874
Herpes	524	40,4%	580	41,1%	0,970	0,832-1,131
Feigwarzen	328	25,3%	363	25,7%	0,976	0,821-1,161
Chlamydien	407	31,4%	346	24,5%	1,406	1,188-1,664
Ich kenne keine davon	242	18,6%	152	10,8%	1,898	1,525-2,362
Bekanntheit von STIs nach Bildung (nur signifikant).	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	621	62,2%	1.428	73,8%	0,583	0,495-0,687
Syphilis	508	50,9%	1.495	77,3%	0,305	0,259-0,359
Herpes	203	20,3%	996	51,5%	0,240	0,201-0,287
Feigwarzen	131	13,1%	613	31,7%	0,325	0,265-0,400
Chlamydien	127	12,7%	689	35,6%	0,263	0,214-0,324
Ich kenne keine davon	238	23,8%	183	9,5%	2,994	2,425-3,696
Bekanntheit von STIs nach Zeit in DE (nur signifikant).	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	790	66,7%	1.251	72,6%	0,758	0,646-0,890
Syphilis	746	63,0%	1.242	72,0%	0,661	0,564-0,774

Herpes	335	28,3%	854	49,5%	0,402	0,343-0,471
Feigwarzen	243	20,5%	491	28,5%	0,648	0,544-0,773
Chlamydien	261	22,0%	546	31,7%	0,610	0,514-0,724
Ich kenne keine davon	213	18,0%	200	11,6%	1,672	1,356-2,060
Bekanntheit von STIs nach Deutschkenntnissen (nur signifikant).	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	1.117	70,5%	934	69,3%	1,058	0,903-1,239
Syphilis	1.153	72,7%	850	63,1%	1,564	1,337-1,828
Herpes	811	51,2%	384	28,5%	2,630	2,255-3,068
Feigwarzen	482	30,4%	260	19,3%	1,829	1,539-2,173
Chlamydien	555	35,0%	260	19,3%	2,255	1,902-2,673
Ich kenne keine davon	178	11,2%	240	17,8%	0,584	0,474-0,720
Bekanntheit von STIs nach monatl. Nettoeinkommen (nur signifikant).	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	953	65,9%	639	79,0%	0,513	0,420-0,628
Syphilis	963	66,6%	610	75,4%	0,649	0,535-0,788
Herpes	523	36,1%	415	51,3%	0,537	0,451-0,640
Feigwarzen	321	22,2%	249	30,8%	0,641	0,528-0,778
Chlamydien	383	26,5%	246	30,4%	0,824	0,681-0,996
Ich kenne keine davon	251	17,3%	71	8,8%	2,181	1,650-2,883
Bekanntheit von STIs nach Krankenversicherungsstatus (nur signifikant).	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	1.730	72,4%	305	57,4%	1,948	1,605-2,365
Syphilis	1.721	72,1%	273	51,4%	2,438	2,012-2,955
Herpes	1.090	45,6%	97	18,3%	3,757	2,972-4,750
Feigwarzen	670	28,1%	65	12,2%	2,796	2,125-3,679
Chlamydien	740	31,0%	68	12,8%	3,057	2,336-4,001
Ich kenne keine davon	281	11,8%	141	26,6%	0,369	0,293-0,464
Bekanntheit von STIs nach Religion (nur signifikant).	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	1.469	74,6%	416	56,8%	2,239	1,874-2,675
Syphilis	1.408	71,5%	415	56,6%	1,923	1,613-2,293
Herpes	852	43,3%	226	30,8%	1,711	1,429-2,049
Feigwarzen	545	27,7%	137	18,7%	1,665	1,349-2,055
Chlamydien	600	30,5%	139	19,0%	1,873	1,521-2,306
Ich kenne keine davon	236	12,0%	172	23,5%	0,444	0,357-0,553
Bekanntheit von STIs nach Ausfüllmodus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhö)	891	74,7%	1172	66,4%	1,495	1,269-1,761
Syphilis	825	69,2%	1187	67,3%	1,093	0,933-1,280
Herpes	467	39,2%	737	41,8%	0,898	0,773-1,043
Feigwarzen	323	27,1%	423	24,0%	1,178	0,996-1,394
Chlamydien	355	29,8%	463	26,2%	1,192	1,012-1,403
Ich kenne keine davon	157	13,2%	269	15,2%	0,843	0,682-1,042

Tabelle A 5: Wissen zum Thema weibliche Genitalbeschneidung in der Studienpopulation, Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion und Ausfüllmodus

Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Geschlecht (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	337	25,3%	302	27,3%	0,902	0,752-1,081
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	238	18,0%	240	21,5%	0,800	0,655-0,977
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Alter (nur signifikant). „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	240	23,5%	339	28,3%	0,778	0,642-0,942
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	177	17,3%	249	20,8%	0,797	0,644-0,987
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Bildung (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	159	19,2%	475	29,8%	0,560	0,457-0,687
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	131	15,9%	343	21,5%	0,691	0,554-0,863
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Zeit in DE (nur signifikant). „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	215	22,2%	412	28,8%	0,705	0,583-0,852
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	152	15,5%	315	22,2%	0,646	0,522-0,800
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Deutschkenntnissen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	389	29,8%	243	21,9%	1,512	1,256-1,819
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	301	23,1%	175	15,7%	1,610	1,310-1,980
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI

Beschneidung nach monatl. Nettoeinkommen (nur signifikant). „Wusste ich schon“	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	279	23,5%	191	29,8%	0,722	0,582-0,896
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	193	16,2%	138	21,7%	0,699	0,548-0,891
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Krankenversicherungsstatus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	568	28,5%	62	15,0%	2,261	1,697-3,013
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	420	21,1%	48	11,4%	2,087	1,517-2,872
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Religion (nur signifikant). „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	473	28,6%	123	21,4%	1,466	1,169-1,838
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	361	21,8%	87	15,2%	1,559	1,207-2,015
Wissen zu weiblicher Beschneidung nach Ausfüllmodus (nur signifikant). „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Nach Beschneidung ist die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien möglich.	246	27,8%	393	25,4%	1,132	0,939-1,363
In Deutschland übernimmt die gesetzliche Krankenkasse hierfür die Kosten.	179	20,1%	299	19,4%	1,048	0,852-1,288

Anhang:

Abschlussbericht der Studie:

**„KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot mit in
Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika
(MiSSA)“**

Anhang B: Tabellenanhang B – Multivariable Analysen

Tabellenanhang B – Multivariable Analysen

Tabellen zu den Wissensfragen

Tabelle B 1: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem allgemeinen Wissen zu HIV; 8 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	86%	Ref.			Ref.		
Frauen	88%	1,21	0,035	1,01-1,4	1,32	0,001	1,1-1,6
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	83%	0,51	<0,001	0,4-0,7	0,64	0,001	0,5-0,8
26 – 35 Jahre	88%	0,96	0,741	0,8-1,2	1,02	0,898	0,8-1,3
36 – 45 Jahre	89%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	89%	1,00	0,990	0,8-1,3	0,94	0,661	0,7-1,2
Schulbildung							
kein Abschluss	75%	0,29	<0,001	0,2-0,4	0,42	<0,001	0,3-0,6
sonstiger Abschluss	81%	0,48	0,031	0,3-0,9	0,63	0,160	0,3-1,2
Grund-/Hauptschule	82%	0,52	<0,001	0,4-0,6	0,61	<0,001	0,5-0,8
Mittlere Reife/Abitur	88%	Ref.			Ref.		
Studium	93%	2,13	<0,001	1,7-2,7	0,79	<0,001	1,4-2,2
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	79%	0,36	<0,001	0,3-0,5	1,01	0,955	0,7-1,4
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	86%	0,72	0,001	0,6-0,9	1,12	0,350	0,9-1,4
> 5 Jahre	89%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	88%	0,90	0,557	0,6-1,3	0,81	0,560	0,4-1,7
Deutschkenntnisse							
gar nicht	74%	0,27	<0,001	0,2-0,4	0,60	0,008	0,4-0,9
wenig	85%	0,65	0,001	0,5-0,8	0,95	0,712	0,7-1,3
mittelmäßig	89%	1,07	0,629	0,8-1,4	1,15	0,281	0,9-1,5
gut	88%	Ref.			Ref.		
sehr gut	90%	1,27	0,064	0,99-1,6	1,16	0,234	0,9-1,5
Muttersprache	90%	1,33	0,158	0,9-2,0	2,02	0,005	1,2-3,3
unbekannt	79%	0,41	0,048	0,2-0,99	0,74	0,478	0,3-1,7
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	83%	0,50	<0,001	0,4-0,7	0,96	0,793	0,7-1,4
Behandlungsschein	78%	0,34	<0,001	0,3-0,5	0,84	0,272	0,6-1,4
Krankenversicherungskarte	89%	Ref.			Ref.		
unbekannt	69%	0,18	<0,001	0,1-0,3	0,40	<0,001	0,3-0,6
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	82%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,75	0,073	0,6-1,03
< 500 €	84%	0,49	<0,001	0,4-0,7	0,81	0,172	0,6-1,1
500 - < 1.000 €	90%	0,87	0,317	0,7-1,1	0,89	0,385	0,7-1,2
1.000 € - < 2.000 €	90%	Ref.			Ref.		

≥ 2.000 €	93%	1,60	0,032	1,04-2,5	1,24	0,314	0,8-1,9
unbekannt	85%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,61	<0,001	0,5-0,8
Religion							
Christentum	89%	Ref.			Ref.		
Islam	82%	0,46	<0,001	0,4-0,6	0,65	<0,001	0,5-0,8
keine Religion	88%	0,93	0,678	0,7-1,3	1,11	0,533	0,8-1,6
andere/ unbekannt	85%	0,60	0,116	0,3-1,1	0,79	0,439	0,4-1,4
Geburtsregion							
Westafrika	87%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	90%	1,35	0,009	1,1-1,7	1,04	0,699	0,8-1,3
Ostafrika	83%	0,75	0,018	0,6-0,95	0,76	0,022	0,6-0,96
Südliches Afrika	91%	1,85	0,006	1,2-2,9	1,14	0,540	0,8-1,7
Deutschland	88%	1,21	0,325	0,8-1,8	0,86	0,690	0,4-1,8
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	82%	0,65	0,055	0,4-1,01	0,52	0,002	0,3-0,8
Studienstadt							
München	87%	1,19	0,227	0,9-1,6	1,08	0,584	0,8-1,4
Essen	86%	Ref.			Ref.		
Köln	89%	1,63	0,002	1,2-2,2	1,25	0,142	0,9-1,7
Berlin	91%	1,93	<0,001	1,5-2,6	1,16	0,299	0,9-1,5
Frankfurt am Main	81%	0,64	0,002	0,5-0,9	0,63	0,001	0,5-0,8
Hannover	87%	1,18	0,238	0,9-1,6	1,18	0,237	0,9-1,5
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	87%	1,15	0,124	0,96-1,4	1,06	0,532	0,9-1,3
Interview (face2face, Tel.)	86%	Ref.			Ref.		
<i>rho</i>	Schätzer: 0,41			95%-KI: 0,38-0,44			

Tabelle B 2: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu Koinfektionen mit HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	54%	Ref.			Ref.		
Frauen	51%	0,82	0,053	0,7-1,003	0,95	0,634	0,8-1,2
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	43%	0,36	<0,001	0,3-0,5	0,49	<0,001	0,4-0,7
26 – 35 Jahre	56%	0,83	0,156	0,6-1,1	0,77	0,053	0,6-1,01
36 – 45 Jahre	59%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	55%	0,76	0,100	0,6-1,1	0,70	0,023	0,5-0,95
Schulbildung							
kein Abschluss	33%	0,30	<0,001	0,2-0,4	0,36	<0,001	0,3-0,5
sonstiger Abschluss	46%	0,69	0,368	0,3-1,5	0,72	0,404	0,3-1,6
Grund-/Hauptschule	41%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,55	<0,001	0,4-0,7
Mittlere Reife/Abitur	52%	Ref.			Ref.		
Studium	69%	2,90	<0,001	2,3-3,7	2,11	<0,001	1,7-2,7

Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	45%	0,50	<0,001	0,4-0,7	1,46	0,072	0,97-2,2
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	53%	0,79	0,041	0,6-0,99	1,42	0,013	1,1-1,9
> 5 Jahre	56%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	42%	0,39	<0,001	0,3-0,6	0,35	0,012	0,2-0,8
Deutschkenntnisse							
gar nicht	35%	0,27	<0,001	0,2-0,4	0,46	0,001	0,3-0,7
wenig	49%	0,68	0,013	0,5-0,9	0,74	0,065	0,5-1,02
mittelmäßig	52%	0,84	0,243	0,6-1,1	0,86	0,314	0,7-1,2
gut	55%	Ref.			Ref.		
sehr gut	62%	1,58	0,002	1,2-2,1	1,54	0,002	1,2-2,0
Muttersprache	47%	0,60	0,023	0,4-0,9	1,65	0,074	0,95-2,8
unbekannt	34%	0,25	0,019	0,1-0,8	0,43	0,133	0,1-1,3
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	50%	0,74	0,125	0,5-1,1	1,19	0,420	0,8-1,8
Behandlungsschein	36%	0,30	<0,001	0,2-0,4	0,74	0,118	0,5-1,1
Krankenversicherungskarte	55%	Ref.			Ref.		
unbekannt	48%	0,63	0,148	0,3-1,2	1,40	0,288	0,8-2,6
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	42%	0,39	<0,001	0,3-0,6	0,72	0,076	0,5-1,04
< 500 €	48%	0,58	0,001	0,4-0,8	0,95	0,765	0,7-1,3
500 - < 1.000 €	55%	0,90	0,501	0,7-1,2	0,93	0,631	0,7-1,3
1.000 € - < 2.000 €	57%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	69%	2,3	<0,001	1,5-3,6	1,35	0,179	0,9-2,1
unbekannt	52%	0,71	0,025	0,5-0,96	0,79	0,110	0,6-1,1
Religion							
Christentum	57%	Ref.			Ref.		
Islam	43%	0,41	<0,001	0,3-0,5	0,53	<0,001	0,4-0,7
keine Religion	52%	0,71	0,085	0,5-1,1	0,84	0,362	0,6-1,2
andere/ unbekannt	48%	0,56	0,140	0,3-1,2	0,68	0,301	0,3-1,4
Geburtsregion							
Westafrika	53%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	52%	0,99	0,956	0,8-1,3	0,69	0,003	0,5-0,9
Ostafrika	56%	1,21	0,187	0,9-1,6	1,17	0,283	0,9-1,5
Südliches Afrika	60%	1,62	0,049	1,01-2,6	1,02	0,927	0,7-1,6
Deutschland	43%	0,54	0,006	0,4-0,8	1,14	0,748	0,5-2,5
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	55%	1,19	0,513	0,7-2,0	0,91	0,712	0,6-1,5
Studienstadt							
München	41%	0,55	<0,001	0,4-0,8	0,55	<0,001	0,4-0,8
Essen	51%	Ref.			Ref.		
Köln	55%	1,25	0,213	0,9-1,8	0,98	0,886	0,7-1,4
Berlin	61%	1,91	<0,001	1,4-2,6	1,21	0,230	0,9-1,7
Frankfurt am Main	50%	0,96	0,795	0,7-1,3	0,81	0,215	0,6-1,1
Hannover	59%	1,60	0,004	1,2-2,2	1,73	0,001	1,3-2,4
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	54%	1,16	0,144	0,95-1,4	1,11	0,302	0,9-1,4

Interview (face2face, Tel.)	52%	Ref.	Ref.
<i>rho</i>	Schätzer: 0,43		95%-KI: 0,38-0,49

Tabelle B 3: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV; 2 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	55%	Ref.			Ref.		
Frauen	54%	0,97	0,754	0,8-1,2	1,01	0,950	0,8-1,2
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	44%	0,40	<0,001	0,3-0,5	0,63	0,001	0,5-0,8
26 – 35 Jahre	54%	0,70	0,003	0,6-0,9	0,88	0,301	0,7-1,1
36 – 45 Jahre	60%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	65%	1,3	0,047	1,003-1,8	1,06	0,706	0,8-1,4
Schulbildung							
kein Abschluss	41%	0,42	<0,001	0,3-0,6	0,64	0,010	0,5-0,9
sonstiger Abschluss	46%	0,55	0,119	0,3-1,2	0,79	0,523	0,4-1,6
Grund-/Hauptschule	47%	0,59	<0,001	0,5-0,7	0,68	0,001	0,5-0,9
Mittlere Reife/Abitur	57%	Ref.			Ref.		
Studium	63%	1,44	0,001	1,2-1,8	1,29	0,025	1,03-1,6
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	38%	0,22	<0,001	0,2-0,3	0,53	0,001	0,4-0,8
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	46%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,54	<0,001	0,4-0,7
> 5 Jahre	65%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	53%	0,52	<0,001	0,4-0,7	0,64	0,223	0,3-1,3
Deutschkenntnisse							
gar nicht	33%	0,24	<0,001	0,2-0,3	0,67	0,060	0,4-1,02
wenig	44%	0,45	<0,001	0,3-0,6	0,78	0,089	0,6-1,04
mittelmäßig	56%	0,92	0,509	0,7-1,2	1,09	0,516	0,8-1,4
gut	58%	Ref.			Ref.		
sehr gut	66%	1,59	<0,001	1,2-2,1	1,40	0,010	1,1-1,8
Muttersprache	56%	0,89	0,553	0,6-1,3	1,42	0,164	0,9-2,3
unbekannt	57%	0,95	0,916	0,4-2,5	1,52	0,387	0,6-3,9
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	40%	0,36	<0,001	0,3-0,5	0,89	0,534	0,6-1,3
Behandlungsschein	39%	0,32	<0,001	0,2-0,4	0,90	0,547	0,6-1,3
Krankenversicherungskarte	58%	Ref.			Ref.		
unbekannt	41%	0,38	0,001	0,2-0,7	0,85	0,559	0,5-1,5
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	40%	0,25	<0,001	0,2-0,4	0,63	0,006	0,5-0,9
< 500 €	49%	0,42	<0,001	0,3-0,6	1,01	0,939	0,7-1,4
500 - < 1.000 €	56%	0,63	0,001	0,5-0,8	0,88	0,331	0,7-1,2
1.000 € - < 2.000 €	64%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	70%	1,46	0,065	0,98-2,2	1,16	0,453	0,8-1,7

unbekannt	54%	0,58	<0,001	0,4-0,8	0,85	0,559	0,5-1,5
Religion							
Christentum	58%	Ref.			Ref.		
Islam	46%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,72	0,002	0,6-0,9
keine Religion	55%	0,81	0,236	0,6-1,2	0,89	0,510	0,6-1,3
andere/ unbekannt	48%	0,55	0,088	0,3-1,1	0,62	0,147	0,3-1,2
Geburtsregion							
Westafrika	56%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	54%	0,89	0,313	0,7-1,1	0,72	0,004	0,6-0,9
Ostafrika	52%	0,79	0,066	0,6-1,02	0,69	0,004	0,5-0,9
Südliches Afrika	58%	1,13	0,566	0,7-1,7	0,74	0,142	0,5-1,1
Deutschland	54%	0,89	0,530	0,6-1,3	0,79	0,518	0,4-1,6
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	57%	1,07	0,788	0,7-1,7	0,85	0,496	0,5-1,3
Studienstadt							
München	49%	0,74	0,039	0,6-0,99	0,71	0,019	0,5-0,95
Essen	55%	Ref.			Ref.		
Köln	63%	1,68	0,001	1,2-2,3	1,32	0,077	0,97-1,8
Berlin	61%	1,43	0,012	1,1-1,9	1,03	0,849	0,8-1,4
Frankfurt am Main	51%	0,83	0,223	0,6-1,1	0,82	0,194	0,6-1,1
Hannover	50%	0,76	0,066	0,6-1,02	0,83	0,181	0,6-1,1
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	57%	1,19	0,055	0,99-1,4	1,21	0,041	1,01-1,5
Interview (face2face, Tel.)	53%	Ref.			Ref.		
<i>rho</i>	Schätzer: 0,36			95%-KI: 0,30-0,41			

Tabelle B 4: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und dem Wissen zu viralen Hepatitiden; 9 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	39%	Ref.			Ref.		
Frauen	41%	1,09	0,365	0,9-1,3	1,25	0,018	1,04-1,5
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	34%	0,54	<0,001	0,4-0,7	0,70	0,017	0,5-0,9
26 – 35 Jahre	40%	0,81	0,100	0,6-1,04	0,93	0,535	0,7-1,2
36 – 45 Jahre	43%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	45%	1,22	0,206	0,9-1,7	1,10	0,519	0,8-1,5
Schulbildung							
kein Abschluss	22%	0,18	<0,001	0,1-0,3	0,30	<0,001	0,2-0,4
sonstiger Abschluss	35%	0,54	0,124	0,2-1,2	0,60	0,203	0,3-1,3
Grund-/Hauptschule	28%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,48	<0,001	0,4-0,6
Mittlere Reife/Abitur	42%	Ref.			Ref.		
Studium	52%	2,07	<0,001	1,7-2,6	1,79	<0,001	1,4-2,2
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	28%	0,25	<0,001	0,2-0,3	1,01	0,967	0,7-1,5

> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	34%	0,40	<0,001	0,3-0,5	0,83	0,148	0,6-1,1
> 5 Jahre	46%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	48%	1,24	0,259	0,9-1,8	1,19	0,655	0,6-2,5
Deutschkenntnisse							
gar nicht	22%	0,17	<0,001	0,1-0,3	0,53	0,006	0,3-0,8
wenig	30%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,66	0,008	0,5-0,9
mittelmäßig	36%	0,58	<0,001	0,4-0,8	0,69	0,006	0,5-0,9
gut	43%	Ref.			Ref.		
sehr gut	52%	1,82	<0,001	1,4-2,4	1,47	0,003	1,1-1,9
Muttersprache	47%	1,37	0,123	0,9-2,1	1,33	0,263	0,8-2,2
unbekannt	40%	0,75	0,591	0,3-2,1	1,33	0,574	0,5-3,6
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	27%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,60	0,013	0,4-0,9
Behandlungsschein	21%	0,15	<0,001	0,1-0,2	0,56	0,002	0,4-0,8
Krankenversicherungskarte	44%	Ref.			Ref.		
unbekannt	24%	0,21	<0,001	0,1-0,4	0,52	0,036	0,3-0,96
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	31%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,63	0,008	0,5-0,9
< 500 €	32%	0,33	<0,001	0,2-0,4	0,67	0,015	0,5-0,9
500 - < 1.000 €	42%	0,68	0,007	0,5-0,9	0,80	0,108	0,6-1,1
1.000 € - < 2.000 €	47%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	57%	1,97	0,001	1,3-3,0	1,26	0,254	0,9-1,9
unbekannt	37%	0,47	<0,001	0,4-0,6	0,68	0,006	0,5-0,9
Religion							
Christentum	42%	Ref.			Ref.		
Islam	34%	0,48	<0,001	0,4-0,6	0,77	0,017	0,6-0,95
keine Religion	40%	0,87	0,453	0,6-1,3	0,93	0,694	0,7-1,3
andere/ unbekannt	41%	1,00	0,996	0,5-2,1	0,99	0,966	0,5-1,9
Geburtsregion							
Westafrika	37%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	43%	1,68	<0,001	1,3-2,2	1,22	0,091	0,97-1,5
Ostafrika	39%	1,18	0,236	0,9-1,5	1,08	0,571	0,8-1,4
Südliches Afrika	41%	1,56	0,050	0,99-2,4	0,75	0,177	0,5-1,1
Deutschland	48%	2,40	<0,001	1,6-3,6	1,10	0,800	0,5-2,3
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	49%	2,52	<0,001	1,5-4,2	1,70	0,027	1,1-2,7
Studienstadt							
München	36%	0,80	0,152	0,6-1,1	0,77	0,082	0,6-1,03
Essen	38%	Ref.			Ref.		
Köln	39%	0,99	0,962	0,7-1,4	0,74	0,057	0,5-1,01
Berlin	48%	2,04	<0,001	1,5-2,7	1,41	0,021	1,1-1,9
Frankfurt am Main	34%	0,63	0,005	0,5-0,9	0,63	0,005	0,5-0,9
Hannover	43%	1,30	0,093	0,96-1,8	1,43	0,016	1,1-1,9
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	40%	1,02	0,825	0,8-1,2	0,96	0,637	0,8-1,2
Interview (face2face, Tel.)	40%	Ref.			Ref.		
<i>rho</i>	Schätzer: 0,55			95%-KI: 0,53-0,57			

Tabelle B 5: Univariable und multivariable 2-Ebenen-Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und Bekanntheit anderer STI; 5 Fragen beantwortet durch 2.722 Teilnehmer/innen

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	44%	Ref.			Ref.		
Frauen	47%	1,15	0,026	1,02-1,3	1,26	<0,001	1,1-1,4
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	40%	0,67	<0,001	0,6-0,8	0,75	0,002	0,6-0,9
26 – 35 Jahre	48%	1,00	0,989	0,9-1,2	1,03	0,724	0,9-1,2
36 – 45 Jahre	48%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	46%	0,93	0,456	1,1	0,89	0,205	0,8-1,1
Schulbildung							
kein Abschluss	25%	0,30	<0,001	0,2-0,4	0,42	<0,001	0,3-0,5
sonstiger Abschluss	43%	0,83	0,440	0,5-1,3	0,94	0,786	0,6-1,5
Grund-/Hauptschule	33%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,61	<0,001	0,5-0,7
Mittlere Reife/Abitur	47%	Ref.			Ref.		
Studium	61%	2,01	<0,001	1,8-2,3	1,79	<0,001	1,6-2,1
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	33%	0,43	<0,001	0,4-0,5	0,92	0,471	0,7-1,2
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	43%	0,75	<0,001	0,7-0,9	1,04	0,652	0,9-1,2
> 5 Jahre	49%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	59%	1,70	<0,001	1,3-2,2	1,20	0,447	0,8-1,9
Deutschkenntnisse							
gar nicht	27%	0,34	<0,001	0,3-0,4	0,75	0,039	0,6-0,99
wenig	40%	0,74	0,001	0,6-0,9	1,02	0,843	0,9-1,2
mittelmäßig	44%	0,91	0,293	0,8-1,1	0,97	0,728	0,8-1,2
gut	46%	Ref.			Ref.		
sehr gut	55%	1,55	<0,001	1,3-1,8	1,25	0,007	1,1-1,5
Muttersprache	57%	1,78	<0,001	1,4-2,3	1,37	0,052	0,998-1,9
unbekannt	30%	0,41	0,011	0,2-0,8	0,50	0,031	0,3-0,94
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	37%	0,53	<0,001	0,4-0,7	0,88	0,290	0,7-1,1
Behandlungsschein	26%	0,28	<0,001	0,2-0,4	0,66	<0,001	0,5-0,8
Krankenversicherungskarte	49%	Ref.			Ref.		
unbekannt	34%	0,44	<0,001	0,3-0,7	0,88	0,484	0,6-1,3
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	36%	0,48	<0,001	0,4-0,6	0,74	0,006	0,6-0,9
< 500 €	40%	0,59	<0,001	0,5-0,7	0,84	0,082	0,7-1,02
500 - < 1.000 €	50%	0,97	0,778	0,8-1,2	0,96	0,609	0,8-1,1
1.000 € - < 2.000 €	50%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	60%	1,71	<0,001	1,3-2,2	1,18	0,178	0,9-1,5
unbekannt	43%	0,70	<0,001	0,6-0,8	0,80	0,008	0,7-0,9
Religion							
Christentum	49%	Ref.			Ref.		
Islam	36%	0,52	<0,001	0,5-0,6	0,76	<0,001	0,7-0,9

keine Religion	48%	0,99	0,912	0,8-1,3	1,05	0,635	0,9-1,3
andere/ unbekannt	46%	0,88	0,580	0,6-1,4	0,95	0,812	0,6-1,4
Geburtsregion							
Westafrika	43%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	48%	1,33	<0,001	1,1-1,6	1,05	0,475	0,9-1,2
Ostafrika	42%	0,92	0,348	0,8-1,1	0,82	0,021	0,7-0,97
Südliches Afrika	54%	1,74	<0,001	1,3-2,3	1,07	0,621	0,8-1,4
Deutschland	59%	2,35	<0,001	1,8-3,1	1,36	0,196	0,9-2,2
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	51%	1,53	0,010	1,1-2,1	1,27	0,097	0,96-1,7
Studienstadt							
München	40%	0,85	0,106	0,7-1,04	0,84	0,062	0,7-1,01
Essen	43%	Ref.			Ref.		
Köln	50%	1,46	<0,001	1,2-1,8	1,24	0,026	1,03-1,5
Berlin	56%	2,05	<0,001	1,7-2,5	1,43	<0,001	1,2-1,7
Frankfurt am Main	41%	0,91	0,337	0,7-1,1	0,96	0,651	0,8-1,2
Hannover	44%	1,07	0,492	0,9-1,3	1,13	0,182	0,95-1,4
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	47%	1,17	0,012	1,04-1,3	1,07	0,278	0,95-1,2
Interview (face2face, Tel.)	44%	Ref.			Ref.		
<i>rho</i>	Schätzer: 0,22			95%-KI: 0,19-0,24			

Tabellen zum Testverhalten

Tabelle B 6: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer HIV-Testung (jemals), n=2.678

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	59%	Ref.			Ref.		
Frauen	64%	1,24	0,007	1,1-1,5	1,40	0,001	1,2-1,7
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	39%	0,23	<0,001	0,2-0,3	0,34	<0,001	0,3-0,5
26 – 35 Jahre	67%	0,75	0,010	0,6-0,9	0,75	0,027	0,6-0,97
36 – 45 Jahre	73%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	66%	0,72	0,016	0,6-0,9	0,73	0,036	0,5-0,98
Schulbildung							
kein Abschluss	45%	0,54	<0,001	0,4-0,7	0,49	<0,001	0,4-0,7
sonstiger Abschluss	50%	0,67	0,228	0,4-1,3	0,71	0,349	0,3-1,5
Grund-/Hauptschule	54%	0,79	0,020	0,7-0,96	0,69	0,002	0,6-0,9
Mittlere Reife/Abitur	60%	Ref.			Ref.		
Studium	72%	1,75	<0,001	1,4-2,1	1,30	0,028	1,03-1,7
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	55%	0,60	<0,001	0,5-0,8	1,42	0,083	0,96-2,1
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	61%	0,78	0,007	0,7-0,9	1,18	0,226	0,9-1,5
> 5 Jahre	67%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	22%	0,14	<0,001	0,1-0,2	0,32	0,007	0,1-0,7
Deutschkenntnisse							
gar nicht	52%	0,64	0,005	0,5-0,9	1,25	0,312	0,8-1,9
wenig	60%	0,87	0,256	0,7-1,1	1,17	0,309	0,9-1,6
mittelmäßig	67%	1,19	0,153	0,9-1,5	1,24	0,120	0,95-1,6
gut	63%	Ref.			Ref.		
sehr gut	65%	1,06	0,612	0,8-1,3	1,01	0,940	0,8-1,3
Muttersprache	32%	0,27	<0,001	0,2-0,4	0,97	0,900	0,6-1,7
unbekannt	55%	0,71	0,455	0,3-1,7	1,42	0,515	0,5-4,0
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	52%	0,66	0,007	0,5-0,9	0,82	0,208	0,4-1,2
Behandlungsschein	57%	0,79	0,078	0,6-1,03	1,07	0,702	0,8-1,5
Krankenversicherungskarte	63%	Ref.			Ref.		
unbekannt	46%	0,50	0,006	0,3-0,8	0,69	0,208	0,4-1,2
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	46%	0,36	<0,001	0,3-0,5	0,55	0,001	0,4-0,8
< 500 €	54%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,76	0,108	0,6-1,1
500 - < 1.000 €	58%	0,59	<0,001	0,5-0,8	0,70	0,016	0,5-0,9
1.000 € - < 2.000 €	70%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	78%	1,57	0,032	1,04-2,4	1,35	0,195	0,9-2,1
unbekannt	64%	0,78	0,031	0,6-0,98	1,00	0,997	0,8-1,3
Religion							
Christentum	66%	Ref.			Ref.		

Islam	49%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,68	<0,001	0,6-0,8
keine Religion	58%	0,7	0,025	0,5-0,96	0,97	0,859	0,7-1,4
andere/ unbekannt	48%	0,47	0,014	0,3-0,9	0,66	0,227	0,3-1,3
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	45%	0,32	<0,001	0,3-0,4	0,44	<0,001	0,4-0,6
Sex mit feste/r Partner/in	72%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	63%	0,66	0,004	0,5-0,9	0,88	0,430	0,6-1,2
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	58%	0,53	<0,001	0,4-0,7	0,77	0,033	0,6-0,98
unbekannt	52%	0,42	<0,001	0,3-0,6	0,54	0,001	0,4-0,8
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	70%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	47%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,42	<0,001	0,4-0,5
unbekannt	65%	0,79	0,320	0,5-1,3	0,60	0,041	0,4-0,98
Geburtsregion							
Westafrika	61%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	67%	1,28	0,018	1,04-1,6	1,21	0,117	0,95-1,5
Ostafrika	65%	1,22	0,093	0,97-1,5	1,21	0,160	0,9-1,6
Südliches Afrika	69%	1,45	0,061	0,98-2,1	1,39	0,152	0,9-2,2
Deutschland	24%	0,20	<0,001	0,1-0,3	0,92	0,844	0,4-2,1
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	56%	0,84	0,388	0,6-1,3	1,11	0,656	0,7-1,8
Studienstadt							
München	63%	1,40	0,010	1,1-1,8	1,86	<0,001	1,4-2,5
Essen	55%	Ref.			Ref.		
Köln	70%	1,90	<0,001	1,4-2,5	2,07	<0,001	1,5-2,9
Berlin	69%	1,83	<0,001	1,4-2,4	1,51	0,007	1,1-2,1
Frankfurt am Main	62%	1,36	0,002	1,1-1,8	1,25	0,170	0,9-1,7
Hannover	51%	0,85	0,205	0,7-1,1	0,97	0,812	0,7-1,3
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	67%	1,52	<0,001	1,3-1,8	1,38	0,001	1,1-1,7
Interview (face2face, Tel.)	57%	Ref.			Ref.		

Tabelle B 7: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer HIV-Testung in den letzten 12 Monaten, n=2.678

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	15%	Ref.			Ref.		
Frauen	19%	1,40	0,001	1,1-1,7	1,45	0,001	1,2-1,8
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	12%	0,59	0,001	0,4-0,8	0,94	0,729	0,7-1,4
26 – 35 Jahre	21%	1,12	0,373	0,6-1,5	1,17	0,283	0,9-1,6
36 – 45 Jahre	19%	Ref.			Ref.		

46 Jahre und älter	12%	0,57	0,002	0,4-0,8	0,65	0,026	0,5-0,95
Schulbildung							
kein Abschluss	10%	0,54	0,013	0,3-0,9	0,50	0,008	0,3-0,8
sonstiger Abschluss	11%	0,59	0,326	0,2-1,7	0,54	0,263	0,2-1,6
Grund-/Hauptschule	14%	0,82	0,166	0,6-1,1	0,76	0,074	0,6-1,03
Mittlere Reife/Abitur	17%	Ref.			Ref.		
Studium	21%	1,33	0,021	1,04-1,7	1,16	0,292	0,9-1,5
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	22%	1,34	0,047	1,003-1,8	1,51	0,075	0,96-2,4
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	16%	0,94	0,594	0,7-1,2	0,90	0,505	0,7-1,2
> 5 Jahre	17%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	5%	0,27	<0,001	0,1-0,5	0,29	0,048	0,1-0,99
Deutschkenntnisse							
gar nicht	16%	1,02	0,931	0,7-1,6	1,16	0,600	0,7-2,0
wenig	19%	1,29	0,111	0,9-1,8	1,38	0,085	0,96-2,0
mittelmäßig	18%	1,17	0,320	0,9-1,6	1,19	0,301	0,9-1,7
gut	16%	Ref.			Ref.		
sehr gut	16%	1,04	0,807	0,8-1,4	1,00	0,976	0,7-1,4
Muttersprache	9%	0,53	0,029	0,3-0,9	1,06	0,865	0,5-2,1
unbekannt	20%	1,33	0,615	0,4-4,1	1,56	0,484	0,5-5,4
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	21%	1,35	0,124	0,9-2,0	1,29	0,272	0,8-2,0
Behandlungsschein	16%	1,00	0,988	0,7-1,4	1,04	0,857	0,7-1,6
Krankenversicherungskarte	16%	Ref.			Ref.		
unbekannt	18%	0,14	0,685	0,6-2,2	1,31	0,447	0,7-2,7
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	16%	0,81	0,249	0,6-1,2	0,77	0,228	0,5-1,2
< 500 €	15%	0,74	0,082	0,5-1,04	0,71	0,102	0,5-1,1
500 - < 1.000 €	13%	0,67	0,017	0,5-0,9	0,64	0,013	0,5-0,9
1.000 € - < 2.000 €	19%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	17%	0,92	0,709	0,6-1,4	0,84	0,489	0,5-1,4
unbekannt	20%	1,07	0,673	0,8-1,4	1,02	0,909	0,7-1,4
Religion							
Christentum	26%	Ref.			Ref.		
Islam	14%	0,46	0,061	0,2-1,04	0,77	0,061	0,6-1,01
keine Religion	14%	0,48	0,349	0,1-2,2	0,89	0,618	0,6-1,4
andere/ unbekannt	20%	0,72	0,576	0,2-2,3	0,55	0,271	0,2-1,6
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	10%	0,40	<0,001	0,5-0,8	0,41	<0,001	0,3-0,6
Sex mit feste/r Partner/in	22%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	16%	0,70	0,053	0,5-1,004	0,81	0,275	0,6-1,2
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	15%	0,61	0,001	0,5-0,8	0,76	0,077	0,6-1,03
unbekannt	15%	0,62	0,039	0,4-0,98	0,64	0,069	0,4-1,04
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							

Ja, ist Thema	20%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	11%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,55	<0,001	0,5-0,7
unbekannt	17%	0,82	0,506	0,5-1,5	0,72	0,271	0,4-1,3
Geburtsregion							
Westafrika	16%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	18%	1,12	0,400	0,9-1,5	1,05	0,720	0,8-1,4
Ostafrika	19%	1,21	0,195	0,9-1,6	1,09	0,603	0,8-1,5
Südliches Afrika	14%	0,82	0,460	0,5-1,4	0,74	0,289	0,4-1,3
Deutschland	6%	0,34	0,001	0,2-0,7	1,18	0,785	0,4-3,8
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	23%	1,51	0,099	0,9-2,5	1,87	0,022	1,1-3,2
Studienstadt							
München	14%	1,16	0,446	0,8-1,7	1,35	0,145	0,9-2,0
Essen	12%	Ref.			Ref.		
Köln	19%	1,70	0,005	1,2-2,5	1,75	0,005	1,2-2,6
Berlin	20%	1,88	<0,001	1,3-2,6	1,82	0,002	1,3-2,7
Frankfurt am Main	18%	1,64	0,007	1,2-2,4	1,71	0,009	1,1-2,6
Hannover	18%	1,66	0,005	1,2-2,4	2,04	<0,001	1,4-3,0
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	19%	1,32	0,009	1,1-1,6	1,18	0,158	0,9-1,5
Interview (face2face, Tel.)	15%	Ref.			Ref.		

Tabelle B 8: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer HCV-Testung (jemals), n=2.642

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	20%	Ref.			Ref.		
Frauen	17%	0,86	0,130	0,7-1,1	0,87	0,221	0,7-1,1
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	10%	0,31	<0,001	0,2-0,4	0,43	<0,001	0,3-0,6
26 – 35 Jahre	17%	0,55	<0,001	0,4-0,7	0,59	<0,001	0,5-0,8
36 – 45 Jahre	27%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	26%	0,95	0,702	0,7-1,3	0,85	0,290	0,6-1,2
Schulbildung							
kein Abschluss	14%	0,63	0,028	0,4-0,95	0,73	0,179	0,5-1,2
sonstiger Abschluss	11%	0,51	0,203	0,2-1,5	0,50	0,215	0,2-1,5
Grund-/Hauptschule	13%	0,57	<0,001	0,4-0,8	0,64	0,004	0,5-0,9
Mittlere Reife/Abitur	20%	Ref.			Ref.		
Studium	23%	1,18	0,160	0,9-1,5	0,94	0,631	0,7-1,2
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	10%	0,35	<0,001	0,2-0,5	0,91	0,716	0,5-1,5
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	15%	0,53	<0,001	0,4-0,7	0,91	0,565	0,7-1,3
> 5 Jahre	24%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	11%	0,38	<0,001	0,2-0,6	0,44	0,103	0,2-1,2
Deutschkenntnisse							

gar nicht	6,2%	0,28	<0,001	0,2-0,5	0,49	0,042	0,2-0,98
wenig	14%	0,70	0,032	0,5-0,97	0,94	0,735	0,6-1,4
mittelmäßig	17%	0,88	0,413	0,7-1,2	1,02	0,901	0,7-1,4
gut	19%	Ref.			Ref.		
sehr gut	29%	1,73	<0,001	1,3-2,3	1,70	<0,001	1,3-2,3
Muttersprache	13%	0,62	0,059	0,4-1,02	1,39	0,311	0,7-2,6
unbekannt	19%	1,00	0,999	0,3-3,0	1,43	0,550	0,4-4,7
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	14%	0,62	0,036	0,4-0,97	1,08	0,782	0,6-1,8
Behandlungsschein	10%	0,42	<0,001	0,3-0,7	0,84	0,485	0,5-1,4
Krankenversicherungskarte	20%	Ref.			Ref.		
unbekannt	14%	0,66	0,249	0,3-0,3	1,25	0,573	0,6-2,7
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	12%	0,40	<0,001	0,3-0,6	0,84	0,433	0,6-1,3
< 500 €	13%	0,47	<0,001	0,3-0,7	0,93	0,718	0,6-1,4
500 - < 1.000 €	16%	0,56	<0,001	0,4-0,8	0,82	0,235	0,6-1,1
1.000 € - < 2.000 €	25%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	38%	1,82	0,001	1,3-2,6	1,46	0,065	0,98-2,2
unbekannt	18%	0,68	0,006	0,5-0,9	0,99	0,921	0,7-1,3
Religion							
Christentum	20%	Ref.			Ref.		
Islam	14%	0,63	<0,001	0,5-0,8	0,86	0,271	0,7-1,1
keine Religion	21%	1,05	0,780	0,7-1,5	1,13	0,570	0,8-1,7
andere/ unbekannt	9%	0,40	0,082	0,1-1,1	0,35	0,056	0,1-1,03
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	13%	0,49	<0,001	0,4-0,6	0,72	0,028	0,5-0,96
Sex mit feste/r Partner/in	24%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	17%	0,67	0,028	0,5-0,96	0,75	0,131	0,5-1,1
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	19%	0,74	0,023	0,6-0,96	0,90	0,446	0,7-1,2
unbekannt	9,2%	0,33	<0,001	0,2-0,6	0,41	0,002	0,2-0,7
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	23%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	13%	0,51	<0,001	0,4-0,6	0,54	<0,001	0,4-0,7
unbekannt	24%	1,06	0,830	0,6-1,8	1,01	0,961	0,6-1,8
Geburtsregion							
Westafrika	16%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	22%	1,41	0,007	1,1-1,8	1,25	0,114	0,95-1,6
Ostafrika	21%	1,38	0,024	1,04-1,8	1,31	0,085	0,96-1,7
Südliches Afrika	25%	1,68	0,017	1,1-2,6	1,36	0,203	0,9-2,2
Deutschland	12%	0,69	0,153	0,4-1,2	1,63	0,310	0,6-4,2
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	25%	1,74	0,026	1,1-2,8	1,90	0,017	1,1-3,2
Studienstadt							
München	17%	1,21	0,281	0,9-1,7	1,36	0,105	0,9-2,0

Essen	15%	Ref.			Ref.		
Köln	18%	1,21	0,302	0,8-1,8	1,1	0,627	0,8-1,6
Berlin	22%	1,59	0,004	0,2-2,2	1,34	0,110	0,9-1,9
Frankfurt am Main	23%	1,73	0,001	1,2-2,4	1,62	0,012	1,1-2,4
Hannover	18%	1,26	0,188	0,9-1,8	1,46	0,040	1,02-2,1
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	20%	1,18	0,110	0,96-1,4	1,03	0,782	0,8-1,3
Interview (face2face, Tel.)	18%	Ref.			Ref.		

Tabelle B 9: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer HCV-Testung in den letzten 12 Monaten, n=2.642

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	5,7%	0,90	0,550	0,6-1,3	0,83	0,333	0,6-1,2
Frauen	5,1%	Ref.			Ref.		
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	3,2%	0,37	<0,001	0,2-0,6	0,53	0,039	0,3-0,97
26 – 35 Jahre	5,3%	0,63	0,026	0,4-0,95	0,69	0,095	0,4-1,1
36 – 45 Jahre	8,1%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	5,6%	0,67	0,119	0,4-1,1	0,66	0,124	0,4-1,1
Schulbildung							
kein Abschluss	3,7%	0,62	0,216	0,3-1,3	0,70	0,367	0,3-1,5
sonstiger Abschluss	2,9%	0,48	0,469	0,1-3,5	0,59	0,609	0,1-4,5
Grund-/Hauptschule	4,3%	0,73	0,185	0,5-1,2	0,75	0,254	0,5-1,2
Mittlere Reife/Abitur	5,8%	Ref.			Ref.		
Studium	6,4%	1,11	0,611	0,8-1,6	0,86	0,478	0,6-1,3
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	5,2%	0,77	0,314	0,5-1,3	1,55	0,256	0,7-3,3
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	4,4%	0,65	0,036	0,4-0,97	0,79	0,364	0,5-1,3
> 5 Jahre	6,6%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	1,1%	0,16	0,012	0,04-0,7	0,78	0,797	0,1-5,4
Deutschkenntnisse							
gar nicht	1,4%	0,25	0,023	0,1-0,8	0,34	0,116	0,1-1,3
wenig	6,6%	1,22	0,434	0,7-2,0	1,50	0,172	0,8-2,7
mittelmäßig	5,9%	1,08	0,775	0,7-1,8	1,18	0,529	0,7-2,0
gut	5,5%	Ref.			Ref.		
sehr gut	6,1%	1,12	0,646	0,7-1,8	1,14	0,609	0,7-1,9
Muttersprache	3,0%	0,54	0,205	0,2-1,4	1,58	0,413	0,5-4,7
unbekannt	4,8%	0,86	0,888	0,1-6,6	1,29	0,815	0,2-10,5
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	4,0%	0,67	0,307	0,3-1,5	0,71	0,437	0,3-1,7
Behandlungsschein	2,4%	0,40	0,030	0,2-0,9	0,43	0,070	0,2-1,1
Krankenversicherungskarte	5,9%	Ref.			Ref.		
unbekannt	6,4%	1,09	0,867	0,4-3,1	1,21	0,738	0,4-3,6
Einkommen							

kein eigenes Einkommen	5,4%	0,85	0,587	0,5-1,5	1,54	0,197	0,8-3,0
< 500 €	4,4%	0,69	0,194	0,4-1,2	1,29	0,445	0,7-2,5
500 - < 1.000 €	4,6%	0,72	0,219	0,4-1,2	0,97	0,918	0,6-1,7
1.000 € - < 2.000 €	6,3%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	8,5%	1,39	0,315	0,7-2,7	1,44	0,295	0,7-2,9
unbekannt	5,3%	0,84	0,479	0,5-1,4	1,07	0,813	0,6-1,8
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	3,0%	0,36	<0,001	0,2-0,6	0,44	0,003	0,3-0,8
Sex mit feste/r Partner/in	8,0%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	4,7%	0,57	0,075	0,3-1,1	0,59	0,106	0,3-1,1
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	4,1%	0,49	0,004	0,3-0,8	0,54	0,019	0,3-0,9
unbekannt	3,1%	0,36	0,030	0,2-0,9	0,42	0,074	0,2-1,1
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	11%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	6,2%	0,62	0,012	0,4-0,9	0,72	0,094	0,5-1,1
unbekannt	3,9%	1,80	0,112	0,9-3,7	1,66	0,188	0,8-3,5
Geburtsregion							
Westafrika	5,3%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	6,4%	1,22	0,354	0,8-1,8	1,16	0,517	0,8-1,8
Ostafrika	5,6%	1,06	0,827	0,7-1,7	1,13	0,632	0,7-1,9
Südliches Afrika	5,4%	1,01	0,984	0,5-2,3	0,96	0,933	0,4-2,3
Deutschland	0,6%	0,11	0,030	0,02-0,8	0,15	0,151	0,01-2,0
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	7,4%	1,41	0,405	0,6-3,2	1,37	0,463	0,6-3,2
Studienstadt							
München	5,7%	1,13	0,660	0,7-2,0	1,16	0,623	0,6-2,1
Essen	5,0%	Ref.			Ref.		
Köln	6,3%	1,28	0,407	0,7-2,3	1,26	0,465	0,7-2,3
Berlin	5,8%	1,17	0,563	0,69-2,0	0,89	0,707	0,5-1,6
Frankfurt am Main	5,2%	1,03	0,930	0,6-1,9	0,97	0,918	0,5-1,8
Hannover	4,7%	0,93	0,804	0,5-1,7	0,97	0,921	0,5-1,8
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	6,6%	1,44	0,035	1,03-2,0	1,42	0,067	0,98-2,1
Interview (face2face, Tel.)	4,7%	Ref.			Ref.		

Tabelle B 10: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer STI-Testung (jemals), n=2.616

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	34%	Ref.			Ref.		
Frauen	35%	1,05	0,546	0,9-1,2	1,17	0,109	0,97-1,4
Altersgruppe							

18 – 25 Jahre	20%	0,33	<0,001	0,3-0,4	0,50	<0,001	0,4-0,7
26 – 35 Jahre	40%	0,92	0,421	0,8-1,1	1,05	0,707	0,8-1,3
36 – 45 Jahre	42%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	34%	0,71	0,010	0,6-0,9	0,78	0,084	0,6-1,03
Schulbildung							
kein Abschluss	22%	0,55	0,001	0,4-0,8	0,56	0,003	0,4-0,8
sonstiger Abschluss	33%	0,95	0,892	0,5-1,9	1,05	0,909	0,5-2,2
Grund-/Hauptschule	28%	0,74	0,006	0,6-0,9	0,75	0,022	0,6-0,96
Mittlere Reife/Abitur	34%	Ref.			Ref.		
Studium	42%	1,39	0,001	1,1-1,7	1,03	0,812	0,8-1,3
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	24%	0,51	<0,001	0,4-0,7	0,71	0,105	0,5-1,1
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	35%	0,84	0,067	0,7-1,01	1,03	0,824	0,8-1,3
> 5 Jahre	39%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	19%	0,38	<0,001	0,3-0,6	0,67	0,350	0,3-1,6
Deutschkenntnisse							
gar nicht	27%	0,71	0,051	0,5-1,001	1,55	0,063	0,98-2,5
wenig	32%	0,91	0,450	0,7-1,2	1,22	0,210	0,9-1,7
mittelmäßig	36%	1,11	0,372	0,9-1,4	1,17	0,249	0,9-1,5
gut	34%	Ref.			Ref.		
sehr gut	42%	1,42	0,003	1,1-1,8	1,48	0,003	1,1-1,9
Muttersprache	19%	0,46	<0,001	0,3-0,7	0,89	0,689	0,5-1,6
unbekannt	14%	0,33	0,075	0,1-1,1	0,43	0,207	0,1-1,6
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	32%	0,85	0,317	0,6-1,2	1,31	0,187	0,9-2,0
Behandlungsschein	25%	0,60	0,001	0,4-0,8	0,94	0,740	0,6-1,4
Krankenversicherungskarte	36%	Ref.			Ref.		
unbekannt	29%	0,73	0,258	0,4-1,3	1,27	0,447	0,7-2,3
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	23%	0,40	<0,001	0,3-0,5	0,56	0,002	0,4-0,8
< 500 €	28%	0,52	<0,001	0,4-0,7	0,73	0,058	0,5-1,01
500 - < 1.000 €	33%	0,67	0,001	0,5-0,9	0,74	0,031	0,6-0,97
1.000 € - < 2.000 €	43%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	45%	1,11	0,545	0,8-1,6	0,92	0,675	0,6-1,4
unbekannt	35%	0,71	0,004	0,6-0,9	0,86	0,277	0,7-1,1
Religion							
Christentum	38%	Ref.			Ref.		
Islam	24%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,62	<0,001	0,5-0,8
keine Religion	35%	0,86	0,357	0,6-1,2	0,88	0,482	0,6-1,3
andere/ unbekannt	35%	0,87	0,664	0,5-1,6	0,95	0,887	0,5-1,9
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	24%	0,49	<0,001	0,4-0,6	0,69	0,003	0,5-0,9
Sex mit feste/r Partner/in	39%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	42%	1,10	0,492	0,9-1,5	1,37	0,049	1,001-1,9
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en,	35%	0,84	0,125	0,7-1,1	1,17	0,207	0,9-1,5

NICHT immer Kondom unbekannt	23%	0,46	<0,001	0,3-0,7	0,58	0,012	0,4-0,9
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	43%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	22%	0,37	<0,001	0,3-0,4	0,40	<0,001	0,3-0,5
unbekannt	42%	0,96	0,848	0,6-1,5	0,77	0,296	0,5-1,3
Geburtsregion							
Westafrika	33%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	43%	1,53	<0,001	1,3-1,9	1,34	0,011	1,1-1,7
Ostafrika	27%	0,76	0,028	0,6-0,97	0,72	0,020	0,6-0,95
Südliches Afrika	39%	1,30	0,162	0,9-1,9	1,08	0,731	0,7-1,6
Deutschland	22%	0,56	0,003	0,4-0,8	1,22	0,630	0,5-2,8
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	38%	1,25	0,313	0,8-1,9	1,39	0,172	0,9-2,2
Studienstadt							
München	33%	0,95	0,685	0,7-1,2	1,01	0,941	0,8-1,4
Essen	34%	Ref.			Ref.		
Köln	30%	0,82	0,171	0,6-1,1	0,81	0,189	0,6-1,1
Berlin	41%	1,32	0,032	1,03-1,7	1,01	0,961	0,8-1,4
Frankfurt am Main	33%	0,93	0,591	0,7-1,2	0,86	0,349	0,6-1,2
Hannover	32%	0,88	0,355	0,7-1,2	1,01	0,953	0,8-1,4
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	40%	1,58	<0,001	1,3-1,9	1,53	<0,001	1,3-1,9
Interview (face2face, Tel.)	30%	Ref.			Ref.		

Tabelle B 11: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und der Inanspruchnahme einer STI-Testung in den letzten 12 Monaten, n=2.616

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	13%	Ref.			Ref.		
Frauen	15%	1,17	0,165	0,9-1,5	1,25	0,080	0,97-1,6
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	11%	0,63	0,005	0,5-0,9	1,11	0,604	0,8-1,7
26 – 35 Jahre	16%	0,95	0,742	0,7-1,3	1,15	0,372	0,9-1,6
36 – 45 Jahre	16%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	12%	0,71	0,069	0,5-1,03	0,80	0,270	0,5-1,2
Schulbildung							
kein Abschluss	7%	0,40	0,001	0,2-0,7	0,41	0,004	0,2-0,8
sonstiger Abschluss	8%	0,51	0,264	0,2-1,7	0,57	0,361	0,2-1,9
Grund-/Hauptschule	11%	0,71	0,028	0,5-0,97	0,74	0,065	0,5-1,02
Mittlere Reife/Abitur	15%	Ref.			Ref.		
Studium	17%	1,10	0,463	0,9-1,4	0,92	0,558	0,7-1,2
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	11%	0,63	0,013	0,4-0,9	0,65	0,118	0,4-1,1
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	14%	0,84	0,174	0,7-1,1	0,78	0,141	0,6-1,1

> 5 Jahre seit Geburt	16% 9%	Ref. 0,50	0,013	0,3-0,9	Ref. 0,52	0,248	0,2-1,6
Deutschkenntnisse							
gar nicht	9%	0,58	0,039	0,3-0,97	1,17	0,638	0,6-2,2
wenig	15%	1,01	0,973	0,7-1,4	1,46	0,059	0,99-2,2
mittelmäßig	15%	1,01	0,950	0,7-1,4	1,12	0,537	0,8-1,6
gut	15%	Ref.			Ref.		
sehr gut	15%	1,06	0,696	0,8-1,5	1,05	0,774	0,8-1,5
Muttersprache	7%	0,46	0,016	0,3-0,9	0,59	0,193	0,3-1,3
unbekannt	10%	0,62	0,519	0,1-2,7	0,81	0,781	0,2-3,7
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	15%	1,03	0,900	0,7-1,6	1,56	0,086	0,9-2,6
Behandlungsschein	8%	0,53	0,008	0,3-0,8	0,73	0,262	0,4-1,3
Krankenversicherungskarte	14%	Ref.			Ref.		
unbekannt	15%	1,06	0,869	0,5-2,1	1,84	0,108	0,9-3,9
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	9%	0,46	<0,001	0,3-0,7	0,51	0,006	0,3-0,8
< 500 €	13%	0,67	0,028	0,5-0,96	0,75	0,175	0,5-1,1
500 - < 1.000 €	13%	0,68	0,022	0,5-0,95	0,68	0,031	0,5-0,97
1.000 € - < 2.000 €	18%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	13%	0,66	0,102	0,4-1,1	0,62	0,077	0,4-1,1
unbekannt	13%	0,69	0,022	0,5-0,95	0,72	0,069	0,5-1,03
Religion							
Christentum	16%	Ref.			Ref.		
Islam	9%	0,54	<0,001	0,4-0,7	0,64	0,005	0,5-0,9
keine Religion	15%	0,95	0,826	0,6-1,5	1,05	0,842	0,7-1,7
andere/ unbekannt	9%	0,55	0,259	0,2-1,6	0,61	0,362	0,2-1,8
Sexualverhalten in den letzten 12 Monaten							
kein Sex	10%	0,57	<0,001	0,4-0,8	0,69	0,027	0,5-0,96
Sex mit feste/r Partner/in	17%	Ref.			Ref.		
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, immer Kondom	16%	0,93	0,716	0,6-1,4	1,12	0,584	0,8-1,7
Sex mit nicht-festen Partner/inn/en, NICHT immer Kondom	12%	0,68	0,013	0,5-0,9	0,85	0,334	0,6-1,2
unbekannt	12%	0,71	0,167	0,4-1,2	0,85	0,529	0,5-1,4
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	18%	Ref.			Ref.		
Nein, ist kein Thema	9%	0,44	<0,001	0,3-0,6	0,50	<0,001	0,4-0,7
unbekannt	18%	1,01	0,965	0,6-1,8	0,89	0,697	0,5-1,6
Geburtsregion							
Westafrika	13%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	19%	1,48	0,004	1,1-1,9	1,31	0,070	0,98-1,7
Ostafrika	11%	0,83	0,298	0,6-1,2	0,81	0,265	0,6-1,2
Südliches Afrika	12%	0,85	0,576	0,5-1,5	0,67	0,186	0,4-1,2
Deutschland	11%	0,77	0,322	0,5-1,3	1,58	0,387	0,6-4,4
Europa/ anderes Ausland/	14%	1,10	0,748	0,6-2,0	1,06	0,855	0,6-2,0

unbekannt							
Studienstadt							
München	12%	0,81	0,271	0,6-1,2	0,84	0,398	0,6-1,3
Essen	15%	Ref.			Ref.		
Köln	11%	0,69	0,075	0,5-1,04	0,67	0,068	0,4-1,03
Berlin	17%	1,18	0,339	0,8-1,6	1,03	0,897	0,7-1,5
Frankfurt am Main	13%	0,86	0,428	0,6-1,3	0,84	0,423	0,6-1,3
Hannover	14%	0,91	0,597	0,6-1,3	1,04	0,860	0,7-1,5
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	16%	1,41	0,003	1,1-1,8	1,34	0,021	1,1-1,7
Interview (face2face, Tel.)	12%	Ref.			Ref.		

Tabelle zum Verhalten gegenüber Menschen mit HIV

Tabelle B 12: Univariable und multivariable Analyse mittels logistischer Regression für die Assoziation von soziodemographischen Charakteristika und das angegebene Verhalten gegenüber HIV-Positiven („Ich verhalte mich genauso wie jeder anderen Person gegenüber“); n=2.519

Variable	%	Univariable Analyse			Multivariable Analyse		
		OR	p-Wert	95% - KI	aOR	p-Wert	95% - KI
Geschlecht							
Männer	77%	Ref.			Ref.		
Frauen	76%	0,99	0,734	0,8-1,2	0,95	0,604	0,8-1,2
Altersgruppe							
18 – 25 Jahre	70%	0,55	<0,001	0,4-0,7	0,68	0,027	0,5-0,96
26 – 35 Jahre	78%	0,85	0,219	0,7-1,1	0,88	0,409	0,7-1,2
36 – 45 Jahre	81%	Ref.			Ref.		
46 Jahre und älter	78%	0,84	0,294	0,6-1,2	0,76	0,119	0,5-1,1
Schulbildung							
kein Abschluss	56%	0,32	<0,001	0,2-0,5	0,52	0,001	0,4-0,8
sonstiger Abschluss	74%	0,73	0,423	0,3-1,6	1,11	0,819	0,5-2,7
Grund-/Hauptschule	69%	0,56	<0,001	0,5-0,7	0,76	0,040	0,6-0,99
Mittlere Reife/Abitur	80%	Ref.			Ref.		
Studium	84%	1,35	0,021	1,05-1,7	0,96	0,792	0,7-1,3
Dauer des Aufenthalts in Deutschland							
≤ 1 Jahr	69%	0,56	<0,001	0,4-0,7	1,71	0,020	1,1-2,7
> 1 Jahr - ≤ 5 Jahre	76%	0,81	0,049	0,7-0,999	1,25	0,149	0,9-1,7
> 5 Jahre	80%	Ref.			Ref.		
seit Geburt	73%	0,71	0,065	0,5-1,02	1,39	0,477	0,6-3,5
Deutschkenntnisse							
gar nicht	58%	0,33	<0,001	0,2-0,5	0,62	0,047	0,4-0,99
wenig	75%	0,70	0,016	0,5-0,9	0,90	0,577	0,6-1,3
mittelmäßig	75%	0,72	0,028	0,5-0,97	0,74	0,065	0,5-1,02
gut	81%	Ref.			Ref.		
sehr gut	81%	1,02	0,902	0,8-1,4	0,97	0,872	0,7-1,3
Muttersprache	78%	0,83	0,385	0,5-1,3	1,14	0,684	0,6-2,1
unbekannt	90%	1,92	0,390	0,4-8,4	2,58	0,247	0,5-12,8
Krankenversicherungsstatus							
keine KV	66%	0,50	<0,001	0,4-0,7	0,58	0,013	0,4-0,9
Behandlungsschein	60%	0,38	<0,001	0,3-0,5	0,49	<0,001	0,3-0,7
Krankenversicherungskarte	80%	Ref.			Ref.		
unbekannt	69%	0,56	0,041	0,3-0,98	1,06	0,865	0,6-2,0
Einkommen							
kein eigenes Einkommen	64%	0,48	<0,001	0,4-0,6	0,84	0,382	0,6-1,2
< 500 €	74%	0,76	0,070	0,6-1,02	1,30	0,171	0,9-1,9
500 - < 1.000 €	79%	0,98	0,872	0,7-1,3	1,07	0,685	0,8-1,5
1.000 € - < 2.000 €	79%	Ref.			Ref.		
≥ 2.000 €	87%	1,81	0,021	1,1-3,0	1,55	0,112	0,9-2,6
unbekannt	79%	1,02	0,909	0,8-1,4	1,42	0,040	1,02-2,0
Religion							

Christentum	81%	Ref.			Ref.		
Islam	68%	0,50	<0,001	0,4-0,6	0,66	0,001	0,5-0,8
keine Religion	69%	0,53	<0,001	0,4-0,8	0,58	0,005	0,4-0,9
andere/ unbekannt	73%	0,64	0,219	0,3-1,3	0,65	0,257	0,3-1,4
Wissen zum Thema HIV							
Allgemeines Wissen zu HIV (8 Aussagen)	-	1,38	<0,001	1,3-1,5	1,23	<0,001	1,2-1,3
Wissen zu HIV in Deutschland (2 Aussagen)	-	1,82	<0,001	1,6-2,0	1,41	<0,001	1,2-1,6
Kennen Sie jemanden persönlich, von dem Sie wissen, dass er oder sie mit HIV infiziert ist?							
Ja	79%	1,24	0,032	1,02-1,5	1,03	0,798	0,8-1,3
Nein	76%	Ref.			Ref.		
unbekannt	75%	1,02	0,950	0,5-2,1	1,12	0,795	0,5-2,6
Haben Sie schon einmal in Ihrem persönlichen Umfeld erfahren, dass HIV-Positive oder Aids-Kranke schlecht behandelt wurden?							
Ja	76%	0,91	0,345	0,8-1,1	0,62	<0,001	0,5-0,8
Nein	77%	Ref.			Ref.		
unbekannt	69%	0,64	0,254	0,3-1,4	0,62	0,271	0,3-1,5
Ist HIV/Aids ein Thema, über das im Umfeld gesprochen wird?							
Ja, ist Thema	82%	1,92	<0,001	1,6-2,3	1,72	<0,001	1,4-2,2
Nein, ist kein Thema	70%	Ref.			Ref.		
unbekannt	77%	1,48	0,195	0,8-2,7	1,27	0,471	0,7-2,4
Geburtsregion							
Westafrika	75%	Ref.			Ref.		
Zentralafrika	78%	1,17	0,201	0,9-1,5	1,05	0,720	0,8-1,4
Ostafrika	82%	1,50	0,005	1,1-2,0	1,81	<0,001	1,3-2,5
Südliches Afrika	81%	1,40	0,159	0,9-2,2	1,24	0,428	0,7-2,1
Deutschland	71%	0,81	0,266	0,6-1,2	0,51	0,134	0,2-1,2
Europa/ anderes Ausland/ unbekannt	79%	1,24	0,396	0,8-2,1	1,33	0,319	0,8-2,3
Studienstadt							
München	76%	1,27	0,108	0,95-1,7	1,78	0,001	1,3-2,5
Essen	72%	Ref.			Ref.		
Köln	79%	1,47	0,022	1,1-2,0	1,10	0,593	0,8-1,5
Berlin	83%	1,91	<0,001	1,4-2,6	1,68	0,004	1,2-2,4
Frankfurt am Main	77%	1,32	0,074	0,97-1,8	1,58	0,016	1,1-2,3
Hannover	75%	1,23	0,170	0,9-1,6	1,33	0,084	0,96-1,9
Fragebogenadministration							
selbst ausgefüllt	78%	1,13	0,226	0,9-1,4	0,88	0,252	0,7-1,1
Interview (face2face, Tel.)	76%	Ref.			Ref.		

Die Studie "KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)" wurde von 2014 bis 2016 in sechs Städten Deutschlands durchgeführt, um Infektionsrisiken, Präventionsbedürfnisse und -bedarfe in Bezug auf HIV, virale Hepatitiden und andere sexuell übertragbare Infektionen unter Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika zu erheben. Es handelt sich um die erste deutschlandweit durchgeführte partizipative Studie, in der an mehreren Standorten standardisiert quantitative Daten erhoben wurden.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert sowie die auf dem Projekt-Abschlusstreffen im November 2016 generierten Empfehlungen für die künftige Präventionsarbeit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika in Deutschland vorgestellt.