



**Studie zu sexueller Gesundheit mit
Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)
in Berlin**

ABSCHLUSSBERICHT

15.06.2016

Robert Koch-Institut

Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt. 3)

Fachgebiet 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen und
Postgraduiertenausbildung für angewandte Epidemiologie (PAE/EPIET)

Anna Kühne, Adama Thorlie, Carmen Koschollek, Johanna Müllerschön,
Claudia Santos-Hövenner und Viviane Bremer

Seestr. 10
13353 Berlin

I. Inhaltsverzeichnis

I.	Inhaltsverzeichnis	3
I.	Tabellenverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis.....	4
III.	Abkürzungsverzeichnis	6
V.	Danksagung	7
1	Zusammenfassung	8
2	Hintergrund	9
3	Projektziele	11
4	Studienablauf und -durchführung.....	11
5	Datenauswertung	13
6	Ergebnisse der Studienstadt Berlin	14
6.1	Beschreibung der Studienpopulation.....	14
6.2	Gesundheitsversorgung.....	20
6.3	Wissen zu Hepatitiden, HIV und STI	22
6.4	Hepatitis B Impfverhalten	29
6.5	HCV-, HIV- und STI-Testverhalten.....	30
6.6	Sexualität und Verhalten	41
6.7	Sexualisierte Gewalt	44
6.8	Beschneidung bei Frauen und Männern	44
6.9	Verhalten gegenüber HIV-Positiven	45
6.10	Informationswünsche der Befragten	47
6.11	Unterschiede in der Beantwortung der Fragen nach Ausfüllmodus.....	48
6.12	Einfluss des soziodemographischen Hintergrundes der Peer Researcher auf die Zusammensetzung der Stichprobe.....	49
6.13	Inanspruchnahme des Testangebots bei den Zentren für sexuelle Gesundheit in Berlin	50
7	Diskussion	51
7.1	Soziodemographische Aspekte.....	51
7.2	Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung.....	53
7.3	Wissen, Verhalten, Stigma und Informationsbedarfe	53
7.4	Limitationen.....	58
8	Kommunikation der Ergebnisse und Entwicklung von Empfehlungen	59
8.1	Welche Präventionsbotschaften benötigen wir für die afrikanische Community in Berlin?.....	59
8.2	Wie können die Informationen spezifisch für die afrikanische Community vermittelt werden?.....	59
8.3	Welche Ansprechpartner/innen (Einrichtungen, Community-Organisationen, lokale Netzwerke usw.) müssen eingebunden werden?	60
9	Tabellenanhang	62
10	Literaturverzeichnis	75

I. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sexualverhalten der Studienteilnehmer/innen innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht.....	41
Tabelle A 1: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu Hepatitis; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus.....	62
Tabelle A 2: Wissen der Studienpopulation zu HIV; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus.....	67
Tabelle A 3: Bekanntheit von STI in der Studienpopulation; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus.....	73

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Studienablaufes vor Ort.....	12
Abbildung 2: Studienteilnehmer/innen nach Altersgruppen und Geschlecht (n=536)	14
Abbildung 3: Studienteilnehmer/innen nach Zeit in Deutschland und Geschlecht (n=536)	15
Abbildung 4: Studienteilnehmer/innen nach Deutschkenntnissen und Geschlecht (n=536).....	15
Abbildung 5: Studienteilnehmer/innen nach Deutschkenntnissen und Aufenthaltsdauer (n=527)	16
Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Herkunftsregion innerhalb der Studienteilnehmer/innen und innerhalb der gemeldeten Afrikaner/innen in Berlin (Quelle Statistisches Bundesamt 2015[10]) .	16
Abbildung 7: Vergleich Staatsangehörigkeiten der gemeldeten Afrikaner/innen in Berlin und der Geburtsländer der Studienteilnehmer/innen	17
Abbildung 8: Studienteilnehmer/innen nach Bildungsabschluss und Geschlecht (n=536)	18
Abbildung 9: Studienteilnehmer/innen nach Art des Lebensunterhalts gruppiert nach Geschlecht, Prozent der Männer und Frauen (n=536)	18
Abbildung 10: Studienteilnehmer/innen nach Höhe des monatlichen Nettoeinkommens gruppiert nach Geschlecht, Prozent der Männer und Frauen (n=536).....	19
Abbildung 11: Studienteilnehmer/innen nach Häufigkeit der Teilnahme am Gemeindeleben, Christ/innen (n=408) und Muslime/Muslimas (n=81) im Vergleich	20
Abbildung 12: Studienteilnehmer/innen nach Krankenversicherungsstatus und Geschlecht (n=536)	20
Abbildung 13: Durch die Studienteilnehmer/innen genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Problemen nach Geschlecht (n=536)	21
Abbildung 14: Zeitpunkt des letzten Arztbesuches bzw. Krankenhausaufenthaltes bei den Studienteilnehmer/innen (n=531)	21
Abbildung 15: Wissen der Studienteilnehmer/innen über Hepatitis B und C Prävention, Übertragungswege und Verlauf (n=536).....	23
Abbildung 16: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu HIV Erreger, Übertragungswegen und Krankheitsverlauf (n=536).....	25

Abbildung 17: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu HIV Testangeboten in Berlin und Aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (n=536).....	26
Abbildung 18: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu STI nach Geschlecht (n=536)	28
Abbildung 19: Hepatitis B Impfstatus der Teilnehmer/innen nach Geschlecht.....	29
Abbildung 20: Studienteilnehmer/innen nach HCV-Testung und Geschlecht (n=536).....	30
Abbildung 21: Studienteilnehmer/innen nach HCV-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=536)	32
Abbildung 22: Selbst-berichtete Testergebnis der Teilnehmer/innen auf Hepatitis C (n=99).....	33
Abbildung 23: Studienteilnehmer/innen nach HIV-Testung und Geschlecht (n=536).....	33
Abbildung 24: Studienteilnehmer/innen nach HIV-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=536)	35
Abbildung 25: Selbst-berichtete Testergebnisse der Teilnehmer/innen auf HIV (n=360).....	36
Abbildung 26: Situationen der Testung auf HIV ohne Einverständnis nach Geschlecht (n=67)	36
Abbildung 27: Gründe bisher keinen HIV Test durchgeführt zu haben (nur Angaben, die >5% der Befragten genannt haben, 108 von 148 Angaben dargestellt)	37
Abbildung 28: Studienpopulation nach STI-Testung und Geschlecht (n=510).....	38
Abbildung 29: Studienteilnehmer/innen nach STI-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=510)	39
Abbildung 30: Testergebnisse der Teilnehmer/innen auf eine STI (n=213).....	40
Abbildung 31: Von den Studienteilnehmer/innen angegebene favorisierte Orte der Testung auf HIV und STI, Mehrfachangaben möglich (n=519)	40
Abbildung 33: Teilnehmer/innen nach Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (n=473)	41
Abbildung 34: Kondomgebrauch der Studienteilnehmer/innen	42
Abbildung 35: Gründe manchmal keine Kondome zu benutzen (533 Angaben von 419 Personen)....	43
Abbildung 36: Studienpopulation nach erlebter sexualisierter Gewalt (n=44)	44
Abbildung 37: Wissen der Studienpopulation zu weiblicher Beschneidung (n=536)	45
Abbildung 38: Verhalten der Studienteilnehmer/innen gegenüber HIV-positiven Menschen (n=536)	45
Abbildung 39: Stigma gegenüber HIV-positiven Personen nach Alter (n=504)	46
Abbildung 40: Informationswünsche der Studienteilnehmer/innen (n=368).....	47
Abbildung 41: Gewünschte Informationswege der Studienteilnehmer/innen (n=368)	48
Abbildung 42: Anzahl der rekrutierten Teilnehmer/innen pro Peer Researcher.....	49
Abbildung 43: Herkunftsregionen der Peer Researcher und der durch sie rekrutierten Teilnehmer/innen.....	50
Abbildung 44: Anzahl der Kontakte mit Afrikaner/innen pro Monat in den Zentren für sexuelle Gesundheit in Berlin August 2015- Mai 2016	51
Abbildung 43: Vergleich des prozentualen Anteils der Herkunftsländer in der Stichprobe an allen Ländern in der Stichprobe mit dem prozentualen Anteil der Staatsbürgerschaft an allen afrikanischen Staatsbürgerschaften in Berlin [11]	52

III. Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
DAH	Deutschen Aids-Hilfe e.V
Dtl.	Deutschland
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
HBV	Hepatitis B
HCV	Hepatitis C
HEP	Hepatitis
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
KABP	Wissen, Einstellungen, Verhalten und Praktiken
KI	Konfidenzintervall
MISSA	Migrant/innen aus Subsahara-Afrika
OR	Odds Ratio
PaKoMi	Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten
RKI	Robert Koch-Institut
STI	Sexuell übertragbare Infektion
STD	Sexuelle übertragbare Krankheit
WHO	World Health Organisation

V. 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 dieser Studie war nur mit Hilfe einer lokalen Partnerorganisation möglich. Daher möchten wir uns beim Verband für Interkulturelle Arbeit (VIA) e. V. und speziell dem Projekt Afrikaherz herzlich bedanken, insbesondere bei Rosaline M'Bayo und Stephen Amoah, die als Ansprechpartnerin der des Projektes Afrikaherz bzw. als Studienkoordinator vor Ort hervorragende Arbeit geleistet haben.

Ein ganz besonderer Dank geht an die Peer Researcher für ihr Engagement und ihr Feedback im Rahmen der Vorbereitung, der Rekrutierung und der Diskussion der Ergebnisse (in alphabetischer Reihenfolge): Alicia M'bayo, Annick Yougang, Arnold M'bayo, Daniel Opoku, Elizabeth Beloe, Esther Hingst, Francis Boobi, Glory Enyinnaya, Hassan Mansaray, Maimouna Ouattara, Makhosi Wiese, Margo Nilton de Almeida, Orly Max Nitereka, Philomène Ciza und Stephen Amoah. Das große Engagement der Peer Researcher und ihre Bereitschaft während der Prozess-Evaluation und der Diskussion der Ergebnisse ihre Expertise zu teilen und gemeinsam zu reflektieren, haben diese Studie erst möglich gemacht. Es war großartig mit Euch arbeiten zu dürfen.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Pierre Mayamba und Ramat Sanni aus Essen, die bei der Schulung der Peer Researcher in Berlin wertvollen Input gegeben haben und die Peer Researcher an ihrer eigenen Erfahrung als Peer Researcher teilhaben lassen. Außerdem möchten wir uns bei Frau Monika Hackethal bedanken, die uns mit Fachwissen aus dem Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Charlottenburg-Wilmersdorf bei der Schulung der Peer Researcher unterstützt hat.

Des Weiteren möchten wir uns bei den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung in Berlin bedanken für die Unterstützung und die Möglichkeit, Studienteilnehmer/innen an das Testangebot verweisen zu können. Ebenso danken wir den weiteren Mitgliedern der AG HIV/Aids Prävention mit Migrant/innen, die uns vor, während und nach der Studie begleitet und unterstützt haben, insbesondere der Deutschen Aids Hilfe e.V., der Berliner Aids Fixpunkt e.V..

Am RKI möchten wir Uli Marcus und Osamah Hamouda für die konzeptionelle und wissenschaftliche Unterstützung danken und Benjamin Jentsch, Lina Kraft, Rabea Niggemeyer und Marleen Bug für die schnelle und zuverlässige Dateneingabe.

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

1 Zusammenfassung

Das Projekt „KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)“ wird vom 01.08.2014 bis zum 31.12.2016 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Diese Befragung zu Wissen, Einstellungen, Verhalten und Praktiken (KABP) in Bezug auf HIV, Hepatitiden (HEP) und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) unter Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) mit optionalem HIV- und STI-Testangebot wird in fünf urbanen Zentren Deutschlands durchgeführt.

Ziele des Vorhabens sind die Ermittlung von Infektionsrisiken und Präventionsbedarfen hinsichtlich HIV, HEP und STI von in Deutschland lebenden Afrikaner/innen. Der Forschungsprozess wurde und wird partizipativ gestaltet. Somit ist die kontinuierliche Einbindung von Vertreter/innen der afrikanischen Community und anderen Expert/innen in den Planungsverlauf und die Studiendurchführung vorgesehen. Hierdurch soll nicht nur sichergestellt werden, dass der Forschungsprozess relevante und nutzbare Ergebnisse liefert, sondern auch, dass Maßnahmen zur Prävention und Unterstützung dieser Gruppe über den Aufbau bzw. die Stärkung lokaler Kooperationen und Netzwerke umsetzbar sind und nachhaltig gestaltet werden können. Von Oktober bis Dezember 2015 wurde eine standardisierte Befragung von in Berlin lebenden Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika (MiSSA) zu Wissen, Verhalten und Einstellungen bezüglich HIV, HEP und STI sowie sexualisierter Gewalt durchgeführt. Die Rekrutierung wurde durch geschulte Afrikaner/innen an Orten durchgeführt, die vorher in einem Community-Mapping identifiziert wurden.

Fragebögen von insgesamt 550 Befragungsteilnehmer/innen sind am Robert Koch-Institut (RKI) eingegangen, 536 konnten in die Auswertung einbezogen werden. Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale wie Geschlecht, Alter, Geburtsland und Krankenversicherungsstatus wurde eine sehr diverse Gruppe von Afrikaner/innen erreicht, die die offiziell gemeldete Community gut widerspiegelt. Fast die Hälfte der Befragten gab einen Universitätsabschluss als höchsten Schulabschluss an.

Es wurden Präventions- und Informationsbedarfe in den Bereichen Hepatitis, HIV und STI identifiziert. Wissenslücken gab es vor allem in Bezug auf Virushepatitiden, aber auch hinsichtlich speziellen Wissens zu HIV (kostenlose und anonyme Testangebote in Berlin, keine Ausweisung nur aufgrund von HIV, Koinfektionen mit STI oder Tuberkulose) sowie zu anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI).

Etwa ein Drittel der Befragten hatte sich in der Vergangenheit mindestens einmal auf Hepatitis C testen lassen, etwa zwei Drittel auf HIV und etwa 40% auf andere STI, Frauen jeweils etwas häufiger als Männer.

In Bezug auf sexuelles Risikoverhalten hatten Männer häufiger Sex außerhalb ihrer Partnerschaft. Inkonsistenter Kondomgebrauch mit nicht-festen Partner/innen wurde von mehr als der Hälfte der Befragten angegeben und etwas häufiger von Frauen.

Als relevante Themen für die Prävention wurden Übertragungsrisiken für virale Hepatitiden aber auch andere STI und HIV identifiziert. Die Befragten äußerten den Wunsch, diese Informationen vorwiegend durch Beratungsstellen oder medizinisches Personal zu erhalten. Peer Researcher, Gesundheitsämter und Teilnehmer/innen äußerten den Wunsch die Informationsweitergabe zu Gesundheitsthemen in der Community durch ausgebildete und bezahlte Expert/innen aus der Community zu verstetigen.

2 Hintergrund

Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) sind hinsichtlich der HIV-Übertragung eine in Deutschland epidemiologisch relevante Gruppe, auf die in den letzten Jahren ca. 10-15% (also pro Jahr etwa 300 bis 400 Personen) aller HIV-Erstdiagnosen entfielen [1]. Von diesen neudiagnostizierten HIV-Infektionen sind etwa 20-30% nicht im Herkunftsland, sondern vermutlich in Deutschland erworben worden [2]. Häufig erfolgt die Diagnose einer HIV-Infektion bei MiSSA in einem späteren klinischen Stadium [1] als bei anderen Personen. 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.

Gleichzeitig gibt es bisher nur punktuelle Informationen zu Wissen, Einstellungen und Verhalten in Bezug auf HIV, Hepatitis (HEP) und STI von in Deutschland lebenden Afrikaner/innen. Repräsentative Studien für die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung, wie „AIDS im öffentlichen Bewusstsein“ erreichen diese Gruppe nicht ausreichend. Für Präventionsmaßnahmen ist der Zugang zu dieser Gruppe ebenso erschwert. Allerdings gibt es vielversprechende Beispiele für die Erreichbarkeit dieser Gruppe aus lokalen Studien, die partizipativ konzipiert und durchgeführt wurden [3-6]. So hat sich der Einsatz von Peer Researchern, also geschulten Afrikaner/innen mit gutem Zugang zur Community bewährt, die in den Forschungsprozess vor Ort eingebunden sind und die Rekrutierung von Studienteilnehmer/innen übernehmen. Seit 2011 hat das RKI 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 und -bedarfe von Afrikaner/innen zum Ziel hat.

Um Forschungsbedarfe zu definieren und potentielle Zugangswege zu MiSSA zu diskutieren wurde 2011 ein Expertengremium einberufen, das folgende Grundsätze festgelegt hatte:

- Ein Forschungsprozess für und mit diese/r Zielgruppe soll partizipativ gestaltet werden, d.h. Afrikaner/innen werden in alle Schritte der Studienplanung und -durchführung mit einbezogen.
- Es wird eine Arbeitsgruppe gebildet, die stellvertretend Vorschläge erarbeitet, die durch andere Gremien validiert werden (Advisory Board, Fokusgruppen).
- Die spezifische Lebenssituation von Afrikaner/innen in Deutschland sollte auf allen Ebenen des Forschungsprozesses berücksichtigt werden.
- Der Nutzen des Forschungsprozesses und der Befragung für die afrikanischen Communities sollte sichergestellt werden.

In der Arbeitsgruppe wurde ein Studiendesign erarbeitet, das dem Advisory Board vorgelegt und durch Fokusgruppendifkussionen mit Afrikaner/innen angepasst und validiert wurde. Es wurde ein standardisierter Fragebogen zu Wissen, Einstellungen, Verhalten und Praktiken (KABP) von Afrikaner/innen in Bezug auf HIV, HEP und STI entwickelt, der die vom ECDC empfohlenen

Indikatoren zur Verhaltenssurveillance bei Migrantenpopulationen [7] beinhaltete. Als Grundlage wurde ein Fragebogen genutzt, der in der Bass Line-Studie in Großbritannien in einer Studie mit dort lebenden Afrikaner/innen erfolgreich eingesetzt und von den beteiligten Wissenschaftler/innen zur Verfügung gestellt wurde [8, 9]. Aufgrund dieser Empfehlungen wurden Präventionsbedarfe als Wissenslücken (in Bezug auf HIV, HEP, STI), Risikoverhalten (Anzahl der Sexpartner/innen), Vulnerabilitätsfaktoren (wie z.B. sexualisierte Gewalt und Krankenversicherungsstatus), Inanspruchnahme von Testung und Einstellung zu HIV (z.B. Umgang mit HIV-Infizierten) operationalisiert. Neben der KABP-Befragung wird im Fragebogen jeweils an ein lokal bestehendes anonymes und kostenloses HIV-/STI-Beratungs- und Testangebot verwiesen.

Die Arbeitsgruppe entschied frühzeitig zur Abfrage des Wissens zu HIV, HEP und STI informierende Fragen zu nutzen, d.h. dass eine korrekte Aussage präsentiert wird und Studienteilnehmer/innen berichten sollen, ob ihnen diese Informationen schon vorher bekannt waren. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass diese Operationalisierung besser akzeptiert wird als die direkte Abfrage von Wissen [9]; zudem kann so durch die Studie Wissen vermittelt werden (Interventionsaspekt). Der erste Fragebogenentwurf wurde auf einem Arbeitsgruppentreffen im Mai 2013 wesentlich gekürzt und umformuliert und anschließend dem Advisory Board zur Begutachtung vorgelegt. Darauf folgte im Juli 2013 die Durchführung von fünf kognitiven Interviews mit afrikanischen Community-Mitgliedern aus Berlin durch einen Mitarbeiter des RKI. Er selbst hatte ebenfalls einen afrikanischen Migrationshintergrund, um die Interviewsituation nah am Studiendesign zu halten. Durch kognitive Interviews kann das Verständnis des Fragebogens, die Abrufbarkeit von Informationen, die Antwortkategorien sowie „wie und warum geantwortet wird“, ermittelt werden. Das Feedback aus diesen Interviews war generell positiv, wobei einige Fragen als sehr intim empfunden wurden. Es wurden keine grundlegenden Änderungen am Fragebogen vorgenommen. Anschließend wurde ein Pre-Test des Fragebogens mit 35 Afrikaner/innen durchgeführt und dieser daraufhin leicht angepasst.

2013 wurde die Machbarkeit des Studiendesigns in Hamburg erfolgreich pilotiert und evaluiert. Daraufhin gab es erneute leichte Anpassungen am Fragebogen, die partizipativ in der Arbeitsgruppe entschieden und daraufhin erneut einem Pre-Test unterzogen wurden. Bis Ende 2016 wird die Studie nun in mehreren deutschen Städten und Regionen durchgeführt, Berlin stellte nach München, Essen und Köln den vierten Studienstandort dar.

Die Ethikkommission der Charité Berlin stimmte der Studiendurchführung mit Datum vom 25.11.2014 zu. In der datenschutzrechtlichen Prüfung durch den Datenschutzbeauftragten des RKI wurden keine Bedenken erhoben.

3 Projektziele

Folgende Ziele sollten mit der Durchführung des Projekts erreicht werden:

- Identifikation von Infektionsrisiken durch HIV, Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und STI bei in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika,
- Abschätzung der Inanspruchnahme der vorhandenen HIV-, HEP- und STI-Testangebote,
- Ermittlung der Präventionsbedürfnisse sowie
- Entwicklung praxisrelevanter Empfehlungen für kultursensible Interventionen.

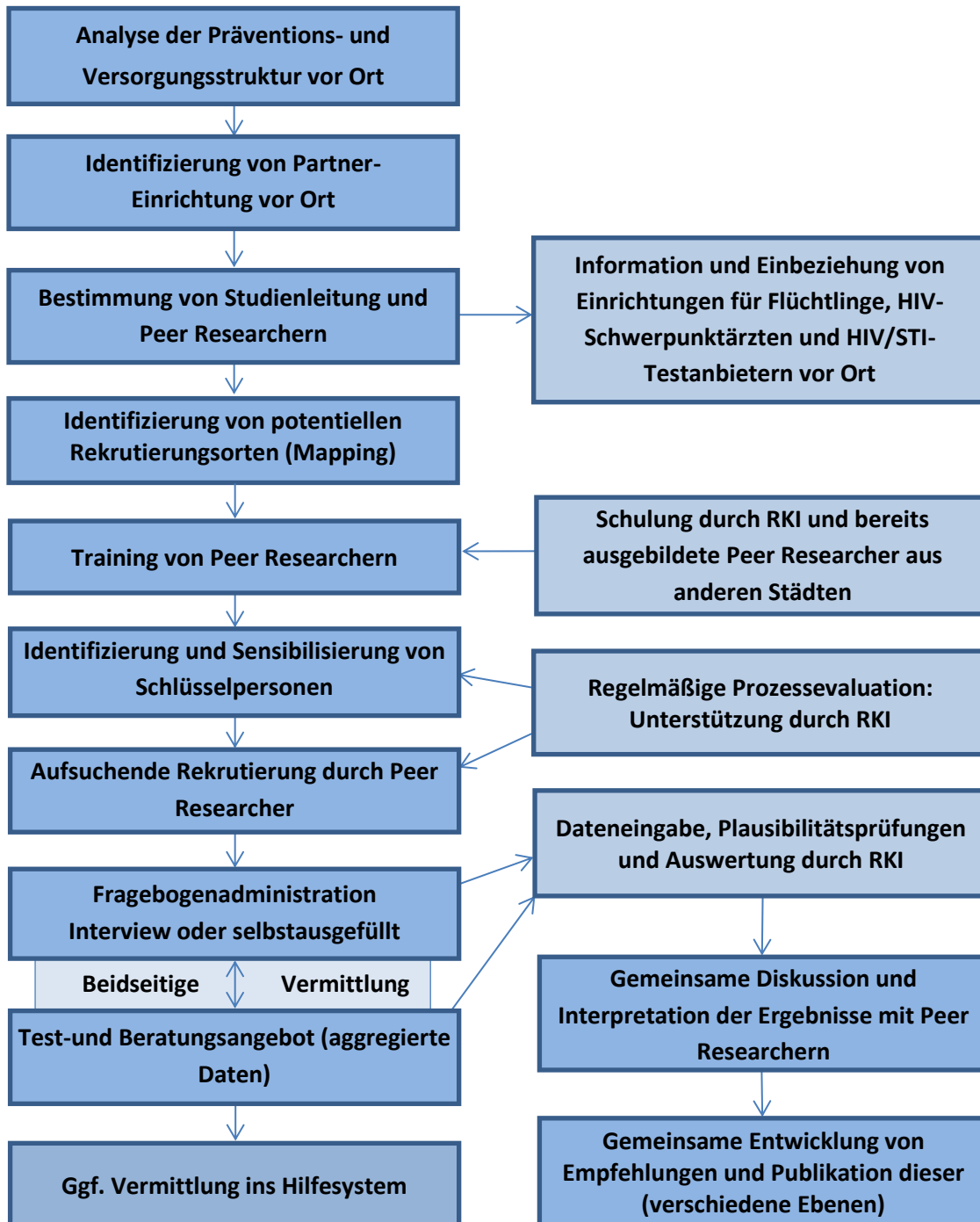
4 Studienablauf und -durchführung

Das Studiendesign wurde in der oben genannten Arbeitsgruppe gemeinschaftlich entwickelt und diskutiert und ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt. Partnerorganisation vor Ort war das Projekt Afrikaherz des Vereins für interkulturelle Arbeit (VIA e.V). Das Projekt Afrikaherz hat zum Ziel den Zugang für afrikanische Migrant/innen zu den gesundheitlichen Angeboten durch Beratung, Begleitung und Aufklärung zu verbessern, insbesondere für HIV positive Menschen und Ihre Angehörigen. Die Einrichtung hat gute Kontakte in verschiedene afrikanische Communities vor Ort. Die Partnerorganisation übernahm die lokale Studienbetreuung und stellte Peer Researcher, also MiSSA, die in ihren Communities aktiv und gut vernetzt sind. Diese wurden von Partnerorganisation, RKI und Peer Researchern aus Vorgängerstädten geschult. Themen der Schulung waren HIV, HEP und STI, Studienziele und -design, Rekrutierungsstrategien, Mapping potentieller Rekrutierungsorte sowie Grundsätze zur Forschungsethik. Insgesamt wurden 16 Peer Researcher (acht Frauen und acht Männer) ausgebildet, die hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Herkunft (verschiedene afrikanische Herkunftsländer, aus denen MiSSA in Berlin leben) und der gesprochenen Sprachen sehr divers waren. Ein Peer Researcher entschied sich nach der Schulung gegen eine Rekrutierung. Schließlich rekrutierten 15 Peer Researcher (acht Frauen und sieben Männer) Teilnehmer/innen für die Studie. Die aufsuchende Rekrutierung der Befragungsteilnehmer/innen erfolgte durch die Peer Researcher aufgrund ihrer spezifischen Zugänge in ihren Communities im Rahmen eines Convenience Sampling. Gleichzeitig gab es wöchentliches Feedback vom RKI über die Anzahl der eingegangenen Fragebögen und soziodemographische Merkmale der Befragungsteilnehmer/innen. Auf diese Weise konnte die Rekrutierung nachjustiert werden, um eine möglichst diverse Gruppe Befragter zu erreichen sowie die Communities in Berlin möglichst gut abzubilden.

Fragebögen konnten entweder durch die Befragten selbst oder im Rahmen eines persönlichen oder telefonischen Interviews durch den Peer Researcher ausgefüllt werden. Hierdurch konnte einerseits möglicher Analphabetismus berücksichtigt werden. Andererseits konnten die Peer Researcher, wenn nötig, einige Fragen in verschiedene afrikanische Sprachen übersetzen und so die Verständlichkeit der Fragen erhöhen. Um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten, konnten diese die ausgefüllten Fragebögen mit Hilfe eines frankierten Rückumschlags direkt an das RKI schicken. Personen, die den Fragebogen im Interview ausfüllten, konnten diesen auch an die Peer Researcher

zurückgeben, die die Fragebögen dann ebenfalls zeitnah an das RKI schickten. Jede/r Teilnehmer/in wurde im Rahmen der Studie auf das anonyme und kostenlose Testangebot der Zentren für sexuelle Gesundheit der Gesundheitsämter in Berlin aufmerksam gemacht und bei Wunsch vermittelt. Befragte erhielten ein Kondom und Informationsmaterialien zum Testangebot bei den Zentren für sexuelle Gesundheit und anderen Trägern sowie zum Beratungsangebot des Projektes AfrikaHerz.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des Studienablaufes vor Ort



5 Datenauswertung

Die Dateneingabe erfolgte am RKI mit Hilfe der Software Voxco. Nach der ersten Dateneingabe wurden alle Eingaben von einer zweiten Person kontrolliert und korrigiert. Plausibilitätsprüfungen wurden durchgeführt. Die Datenauswertung wurde mittels der Software STATA 14 durchgeführt.

Alle Antworten aus dem Bereich der Soziodemographie, Wissen zu HIV, Hepatitis und STI, Inanspruchnahme von Hepatitis-B-Impfung und HIV- und Hepatitis-Testungen, zum sexuellen Verhalten, Verhalten gegenüber HIV-Positiven und Informationswünsche wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Für die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Anteils der Befragten, die ein Einkommen über 1000 Euro im Monat haben, mindestens Mittlere Reife haben oder regulär Krankenversichert sind, wurden Odds Ratio (OR) berechnet. Ein OR bezeichnet ein Quotenverhältnis, das etwas über die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Merkmalen aussagt. Ein OR von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied gibt, ein OR von >1 bedeutet einen positiven Zusammenhang. OR wurden nur im Text aufgeführt, wenn sie signifikant waren, das heißt mit einem p-Wert $\leq 0,05$ einen nur zufälligen Zusammenhang ausschließen.

Für die Einflussfaktoren auf das Wissen zu Hepatitis, HIV und STI, die Inanspruchnahme von Hepatitis B Impfungen und Testungen auf Hepatitis C, HIV und andere STI sowie den Umgang mit HIV-Positiven wurde eine univariable Analyse vorgenommen, um Gruppen, die ein besonders großes Wissensdefizit haben, identifizieren zu können. Es wurde hierfür ebenfalls ein OR berechnet. Folgende Einflussfaktoren wurden berücksichtigt: Geschlecht (Frauen vs. Männer), Alter (≤ 30 Jahre vs. >30 Jahre), Bildung (kein Abschluss/Grund-/Hauptschule vs. Mittlere Reife/Abitur/Universitätsabschluss), Einkommen (<1000 Euro monatliches Einkommen vs. ≥ 1000 Euro monatliches Einkommen), Deutschkenntnisse (weniger gut/keine vs. gut/sehr gut/Muttersprache), Dauer des Aufenthaltes in Deutschland (<5 Jahre vs. ≥ 5 Jahre), Krankenversicherungsstatus (Krankenversicherung vorhanden vs. Keine Krankenversicherung/Behandlungsschein vom Sozialamt als Asylsuchende /Krankenversicherungsstatus unbekannt), Religion (Christentum vs. Muslime), Partnerschaft (feste Partnerschaft vs. keine feste Partnerschaft), Art der Fragebogenadministration (Selbst-ausgefüllt vs. Telefoninterview oder Face-to-Face-Interview).

In einem weiteren Schritt wurde herausgearbeitet, welchen Einfluss die Soziodemographie der Peer Researcher auf die Soziodemographie der Befragten hat und auch dafür OR berechnet.

Zusätzlich zu der Auswertung der Fragebögen, wurden die Daten der Zentren für sexuelle Gesundheit ausgewertet: In den Zentren wurden während und nach Beendigung der Datenerhebung die Kontaktzahlen mit Afrikaner/innen beobachtet, um einschätzen zu können, ob durch die Studiendurchführung eine Steigerung der Kontaktzahlen bewirkt werden konnte. Die Zentren für sexuelle Gesundheit übermittelten die monatliche Anzahl von Afrikaner/innen, die das Beratungs- und Testangebot in Anspruch genommen haben. Die monatlichen Konsultationen sind für alle vier Zentren im Verlauf von August 2015 bis Mai 2016 dargestellt.

6 Ergebnisse der Studienstadt Berlin

Von Anfang Oktober bis Ende Dezember 2015 sind insgesamt 550 Fragebögen am RKI eingegangen, von denen die meisten (n=536) in die Analysen eingeschlossen werden konnten. Gründe für den Ausschluss von Fragebögen waren unvollständig ausgefüllte Fragebögen ($\leq 60\%$ der Fragen beantwortet) (n=10), Alter unter 18 Jahre (n=2), kein Migrationshintergrund aus Subsahara-Afrika (n=1) und Wohnsitz außerhalb Berlins (n=1).

Ursprünglich wurden 450 englisch-, 150 französisch- sowie 100 deutschsprachige Fragebögen an die Peer Researcher ausgegeben; 20 Fragebögen auf Englisch sowie 30 auf Deutsch wurden nachgedruckt und ebenfalls an die Peer Researcher ausgegeben.

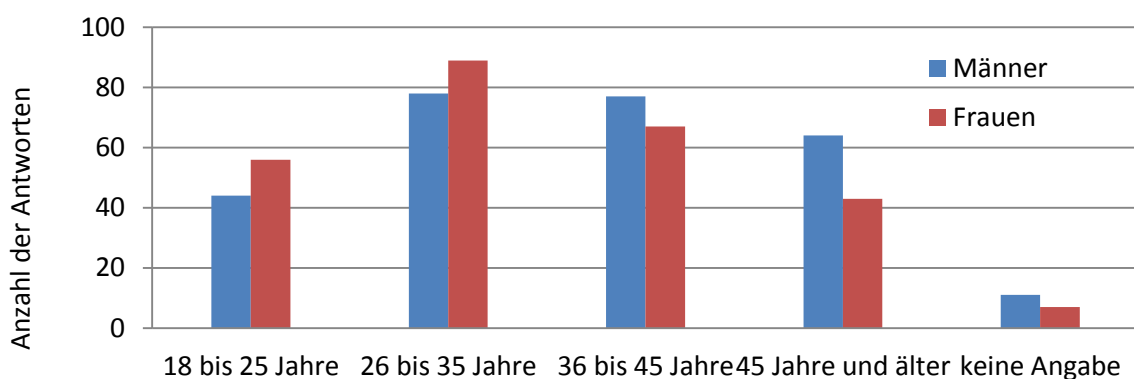
Die Mehrheit der gültigen eingesandten Fragebögen (n=536) wurde von den Befragten selbst ausgefüllt (64%; 343/536), gefolgt von Face-to-Face-Interviews (26%; 139/536) und telefonischen Interviews (10%; 54/536).

Etwa zwei Drittel der ausgefüllten Fragebögen war englischsprachig (68%; 363/536); jeweils etwa ein Sechstel war deutsch- (15%; 83/536) bzw. französischsprachig (17%; 90/536).

6.1 Beschreibung der Studienpopulation

An der Studie haben 262 Frauen (49%; 262/536) und 274 Männer (51%; 274/536) teilgenommen. 57% der offiziell in Berlin gemeldeten MiSSA sind männlich (Stand: 31.12.2013) [10]. Der Altersmedian und Mittelwert aller Befragten liegt bei 35 Jahren (n=518). Frauen waren im Median 33 Jahre alt (n=255), Männer 38 Jahre (n=263). Insgesamt wurden vorwiegend Menschen im reproduktiven Alter erreicht (Abbildung 2). Die Altersspanne reichte bei Frauen von 18 bis 78 Jahren, bei Männern von 18 bis 77 Jahren.

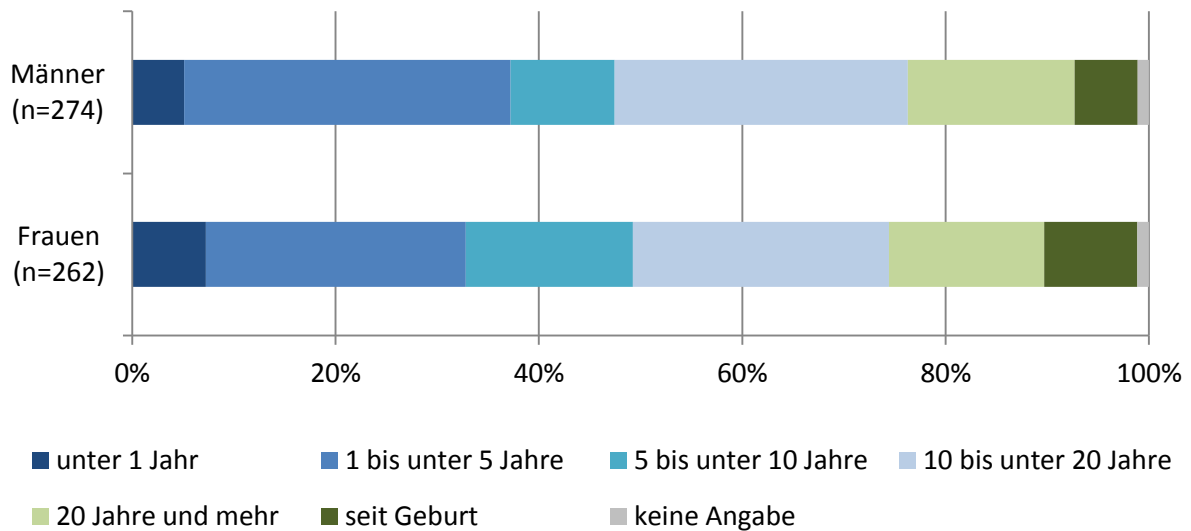
Abbildung 2: Studienteilnehmer/innen nach Altersgruppen und Geschlecht (n=536)



27% (145/536) der Teilnehmer/innen gaben an allein zu leben, 62% (333/536) der Teilnehmer/innen leben mit ihrer Familie oder einer Partnerin/ einem Partner zusammen. Unter den Frauen, gaben 59% (147/250) an, Kinder zu haben.

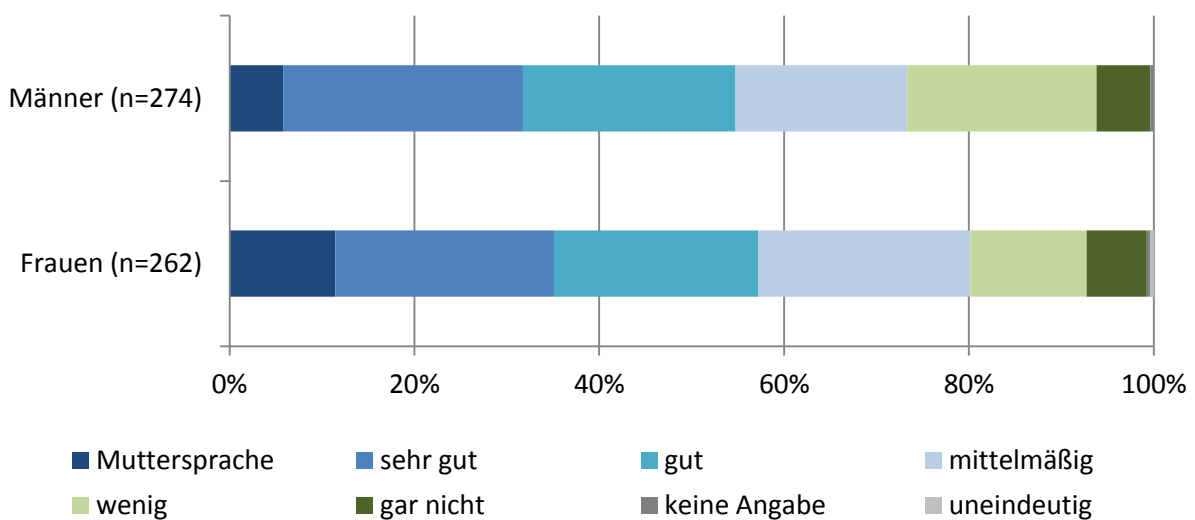
Im Median lebten die Teilnehmer/innen 96 Monate (8 Jahre) in Deutschland, im Mittel 128 Monate, also über 10,5 Jahre (n=489). Zusätzlich lebten 41 Teilnehmer/innen bereits seit Geburt in Deutschland. Etwa jede/r dritte Befragte lebte bis unter fünf Jahre in Deutschland (35%), Männer etwas häufiger als Frauen (Abbildung 3)

Abbildung 3: Studienteilnehmer/innen nach Zeit in Deutschland und Geschlecht (n=536)



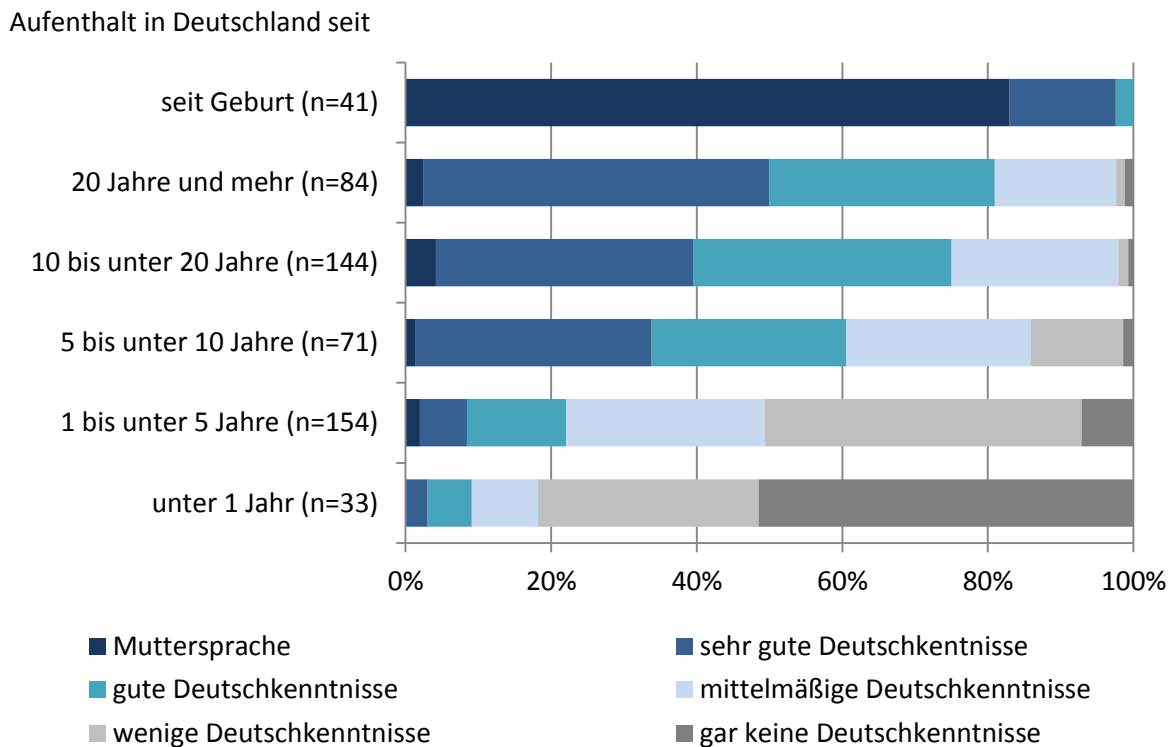
Insgesamt gaben 56% (300/536) der Befragten an, gute oder sehr gute Deutschkenntnisse zu besitzen oder Deutsch als Muttersprache zu sprechen. Unter den Männern gab etwa jeder Vierte an, wenig oder kein Deutsch zu sprechen (26%; 72/274), unter den Frauen etwa ein Fünftel (19%; 50/264) (Abbildung 4).

Abbildung 4: Studienteilnehmer/innen nach Deutschkenntnissen und Geschlecht (n=536)



Mit zunehmender Aufenthaltsdauer vergrößerte sich der Anteil der Befragten, die gut oder sehr gut Deutsch sprachen (Abbildung 5).

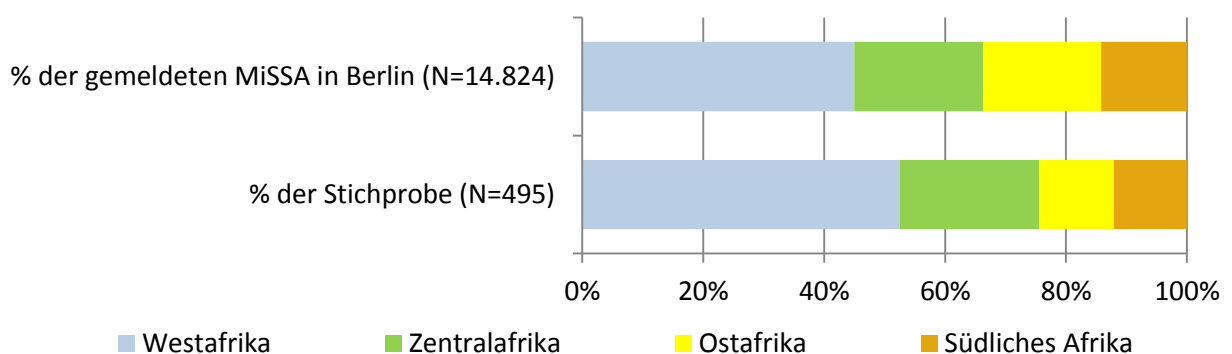
Abbildung 5: Studienteilnehmer/innen nach Deutschkenntnissen und Aufenthaltsdauer (n=527)



Etwas mehr als die Hälfte der Männer (56%; 153/274) und zwei Fünftel der befragten Frauen (41%; 107/262) wurde in einem westafrikanischen Land geboren. Unter den teilnehmenden Männern gaben 23% (63/274) ein zentralafrikanisches Land als Geburtsland an und 19% (51/262) der Frauen. Südliches Afrika wurde von 8,4% (23/274) der Männer und 14% (37/262) der Frauen als Geburtsland angegeben, Ostafrika von 7,7% (21/274) der Männer und 15% (40/262) der Frauen. Frauen wurden häufiger in Deutschland geboren (9,2%; 24/262) als Männer (4,4%; 12/272).

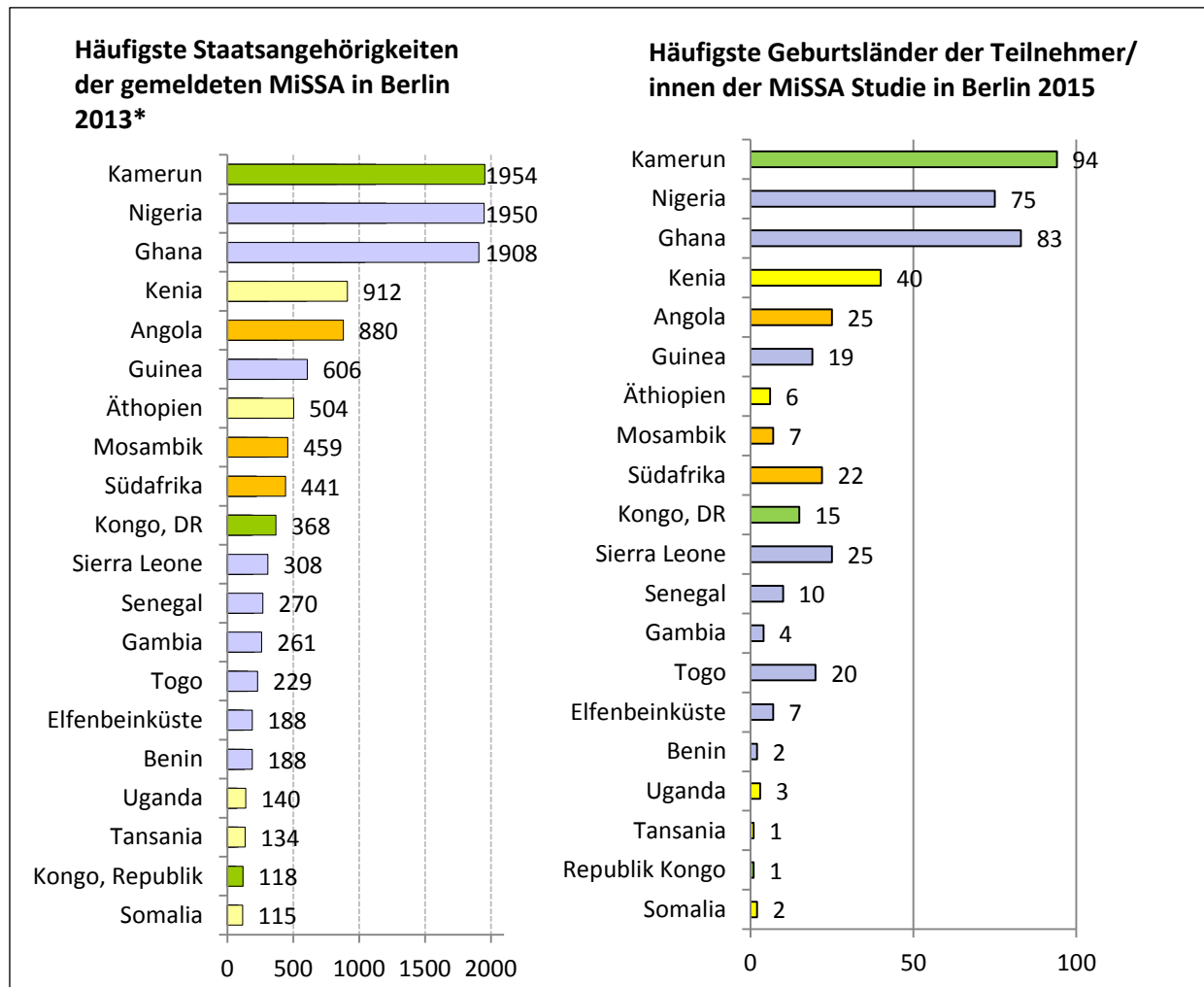
Insgesamt wurden MiSSA aus Westafrika proportional häufiger rekrutiert als es dem Anteil von MiSSA aus Westafrika unter den gemeldeten MiSSA in Berlin entsprach, während der Anteil von MiSSA aus Ostafrika in der Stichprobe kleiner war als der Anteil von MiSSA aus Ostafrika unter den gemeldeten MiSSA in Berlin (Abbildung 6).

Abbildung 6: Prozentualer Anteil der Herkunftsregion innerhalb der Studienteilnehmer/innen und innerhalb der gemeldeten Afrikaner/innen in Berlin (Quelle Statistisches Bundesamt 2015[10])



Menschen mit ost- und südafrikanischen Staatsangehörigkeiten sind dementsprechend leicht unter- und mit westafrikanischen leicht überrepräsentiert. Dies wird ebenfalls beim Vergleich der häufigsten Staatsangehörigkeiten mit den Geburtsländern der Befragten deutlich. Menschen aus Angola, Äthiopien und Mosambik konnten insgesamt gesehen weniger gut erreicht werden (Abbildung 7).

Abbildung 7: Vergleich Staatsangehörigkeiten der gemeldeten Afrikaner/innen in Berlin und der Geburtsländer der Studienteilnehmer/innen

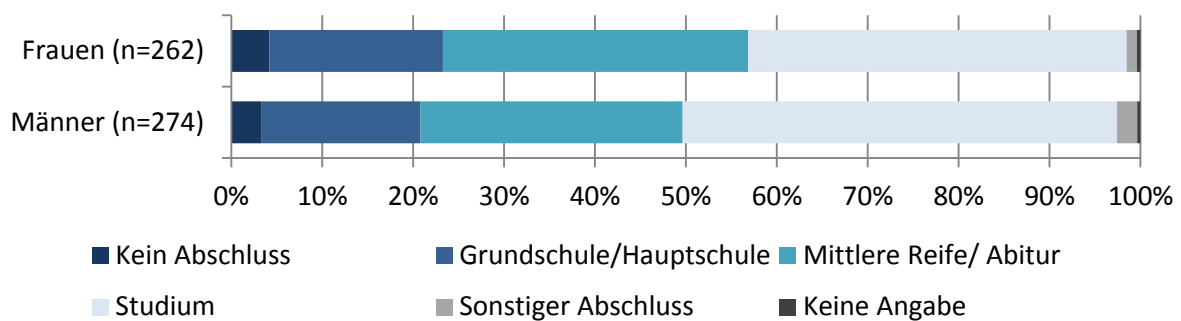


Die häufigsten Geburtsländer der in Berlin Befragten in absteigender Reihenfolge sind Kamerun (n=94), Ghana (n=83), Nigeria (n=75), Kenia (n=40), Deutschland (n=36), Angola (n=25), Sierra Leone (n=25), Südafrika (n=22), Togo (n=20), Guinea (n=19), Kongo DR (n=15), Senegal (n=10), Guinea Bissau (n=9), Burundi (n=7), Mosambik (n=7) und Äthiopien (n=6); aus den übrigen Ländern wurden jeweils weniger als fünf Personen rekrutiert.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten war in der Vergangenheit ins Herkunftsland gereist, seit er bzw. sie in Deutschland lebte (35%; 190/536), die Häufigkeit erstreckte sich von einer bis zu 80 Reisen. Sechzehn Personen, die angegeben hatten seit Geburt in Deutschland zu leben, waren ebenfalls ins Herkunftsland der Eltern bzw. eines Elternteils gereist (39%; 16/41).

Fast die Hälfte der Teilnehmer/innen (45%; 240/536) gaben ein Studium als höchsten Bildungsabschluss an, etwa ein Drittel der Befragten besaß die mittlere Reife oder Abitur (31%; 167/536), knapp ein Fünftel hatte die Grundschule oder Hauptschule besucht (18%, 98/536), 3,7% (20/536) hatten keinen Abschluss, 1,7% (9/536) andere Abschlüsse und 0,4% (2/536) machten keine Angaben. Männer hatten häufiger als Frauen ein Studium abgeschlossen (Abbildung 8). Zwischen Männern und Frauen gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Bildungsabschlüsse (Mittlere Reife/Abitur/Studium vs. Grund- oder Hauptschule/kein Abschluss).

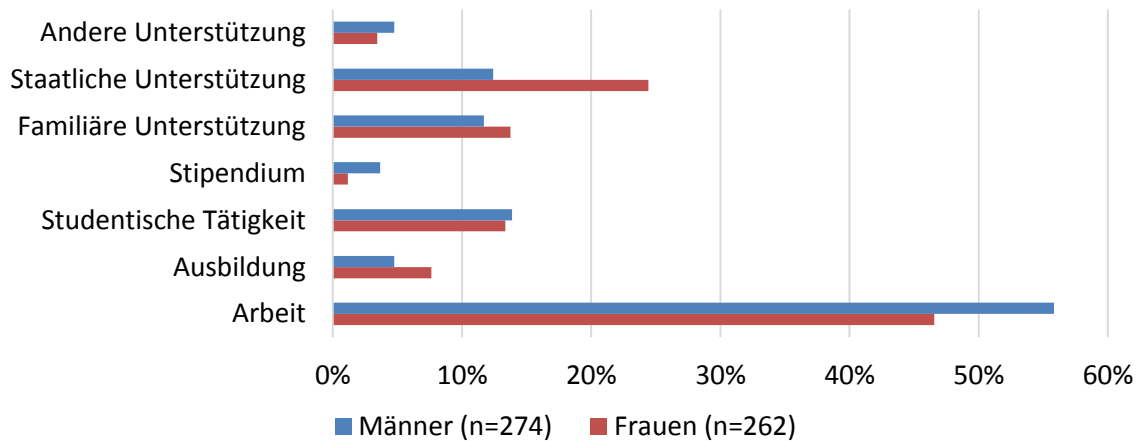
Abbildung 8: Studienteilnehmer/innen nach Bildungsabschluss und Geschlecht (n=536)



Insgesamt hatten 70% der Befragten (373/536) ein eigenes Einkommen durch Arbeit, Ausbildung oder studentische Tätigkeit: Ihren Lebensunterhalt bestritt über die Hälfte der Befragten durch Arbeit (51%; 275/536), 14% (73/536) gaben an, einer studentischen Beschäftigung nachzugehen und sechs Prozent (33/536) hatten ein Einkommen im Rahmen ihrer Ausbildung. Von den Befragten, die ihr Einkommen selber generierten, waren 4% (16/373) zusätzlich auf staatliche Unterstützung angewiesen. Insgesamt war unter den Befragten etwa ein Fünftel (18%; 98/536) auf staatliche Unterstützung angewiesen, weitere 15% erhielten Unterstützung von ihrer Familie (13%; 68/536) bzw. durch ein Stipendium (2%; 13/536). Männer berichteten häufiger zu arbeiten als Frauen (55%; 153/274 vs. 47%; 122/262; OR 1,52; 95%-KI 1,08-2,15), Frauen erhielten häufiger staatliche Unterstützung (25%; 64/262 vs. 13%; 34/274; OR 0,45; 95%-KI 0,28-0,71) (

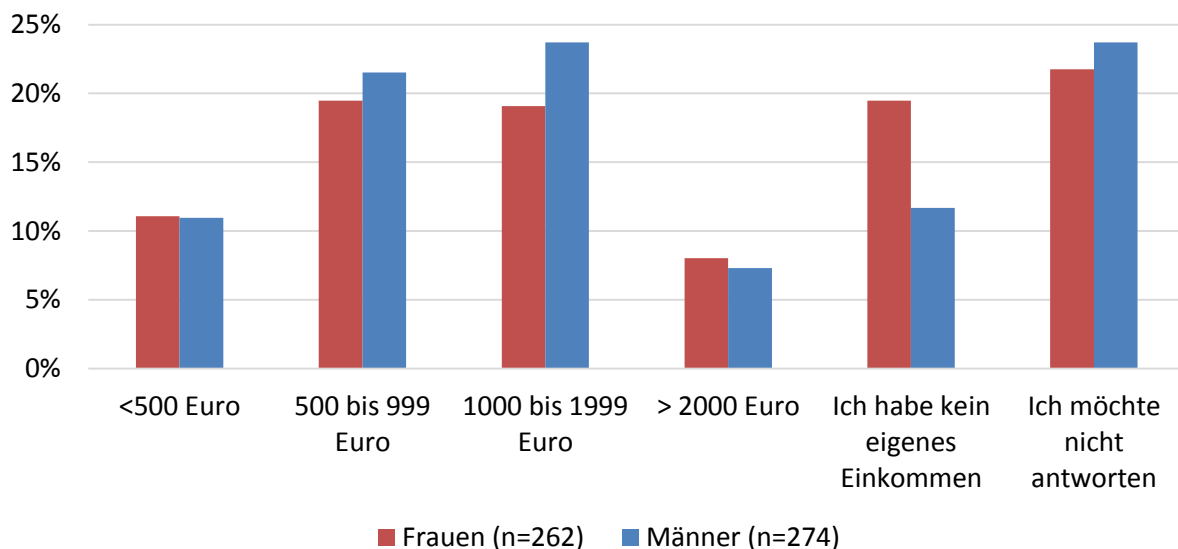
Abbildung 9).

Abbildung 9: Studienteilnehmer/innen nach Art des Lebensunterhalts gruppiert nach Geschlecht, Prozent der Männer und Frauen (n=536)



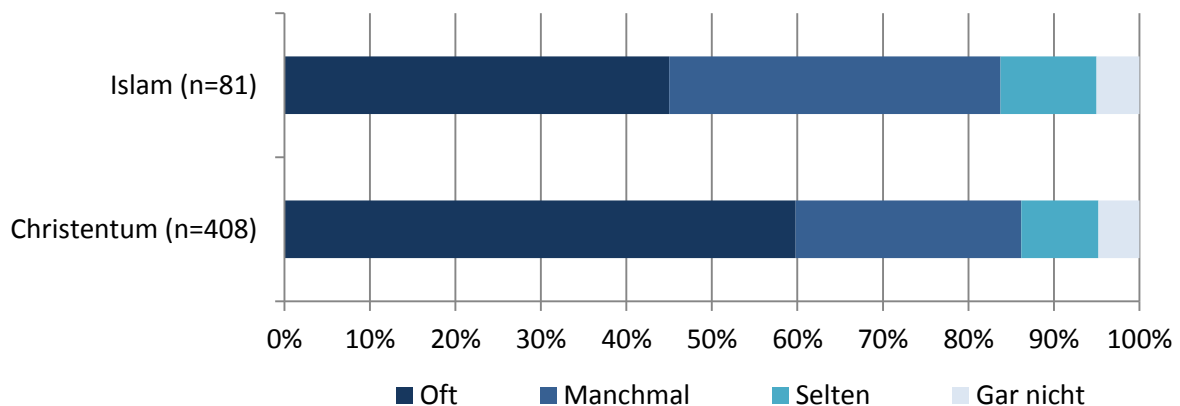
Vierundzwanzig Prozent (128/536) der Befragten haben keine oder uneindeutige Angaben zur Höhe ihres Einkommens gemacht. Unter den Befragten, die gültige Antworten gaben, haben 41% (169/408) ein Einkommen unter 1000 Euro. Frauen haben häufiger kein eigenes Einkommen angegeben (Abbildung 10). Zwischen Männern und Frauen gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Anteils der männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen, die über 1000 Euro pro Monat zur Verfügung hatten.

Abbildung 10: Studienteilnehmer/innen nach Höhe des monatlichen Nettoeinkommens gruppiert nach Geschlecht, Prozent der Männer und Frauen (n=536)



Hinsichtlich der Religionszugehörigkeit gaben 76% (408/536) der Befragten an, Christ/innen zu sein, 15% (81/536) gaben an muslimischen Glaubens zu sein, 1,3% (7/536) gaben eine andere Glaubensrichtung an und 6,9% (37/536) gaben an keiner Glaubensgemeinschaft anzugehören. Personen christlichen Glaubens gaben häufiger an, regelmäßig am Gemeindeleben teilzunehmen (Abbildung 11), insgesamt waren 44% (238/536) aller Studienteilnehmer/innen Christ/innen, die oft am Gemeindeleben teilnahmen.

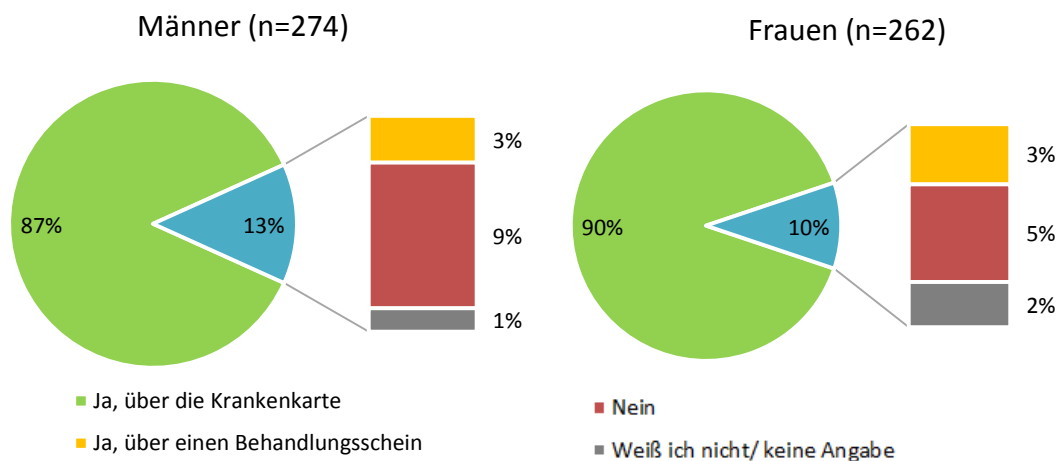
Abbildung 11: Studienteilnehmer/innen nach Häufigkeit der Teilnahme am Gemeindeleben, Christ/innen (n=408) und Muslime/Muslimas (n=81) im Vergleich



6.2 Gesundheitsversorgung

Von den Befragten waren 88% (472/536) regulär krankenversichert, 3% (16/536) benötigten einen Behandlungsschein vom Sozialamt, wenn sie einen Arzt aufsuchen wollten und 7% (38/536) hatten weder einen Behandlungsschein noch eine Art von Krankenversicherung; 1,9% (10/536) kannten ihren Krankversicherungsstatus nicht (Abbildung 12). Hinsichtlich des Anteils regulär krankenversicherter unter den Befragten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

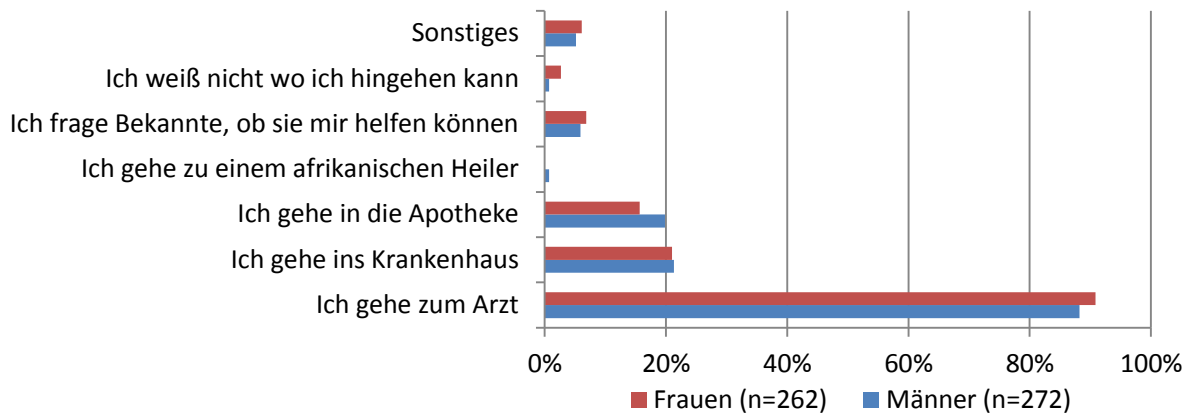
Abbildung 12: Studienteilnehmer/innen nach Krankenversicherungsstatus und Geschlecht (n=536)



Die Mehrheit der Studienteilnehmer/innen berichtete, bei gesundheitlichen Problemen zuerst zum Arzt zu gehen (89%; 478/536). Während krankenversicherte Befragte zu 97% (459/472) eine Ärztin/einen Arzt oder das Krankenhaus in Anspruch nehmen würden, würden unter den Nicht-Versicherten und von der Ausstellung eines Behandlungsscheins Abhängigen nur 61% (36/59) einen

Arzt oder ein Krankenhaus in Anspruch nehmen. Männer gingen etwas häufiger zunächst in eine Apotheke, während Frauen etwas häufiger direkt einen Arzt aufsuchten (Abbildung 13).

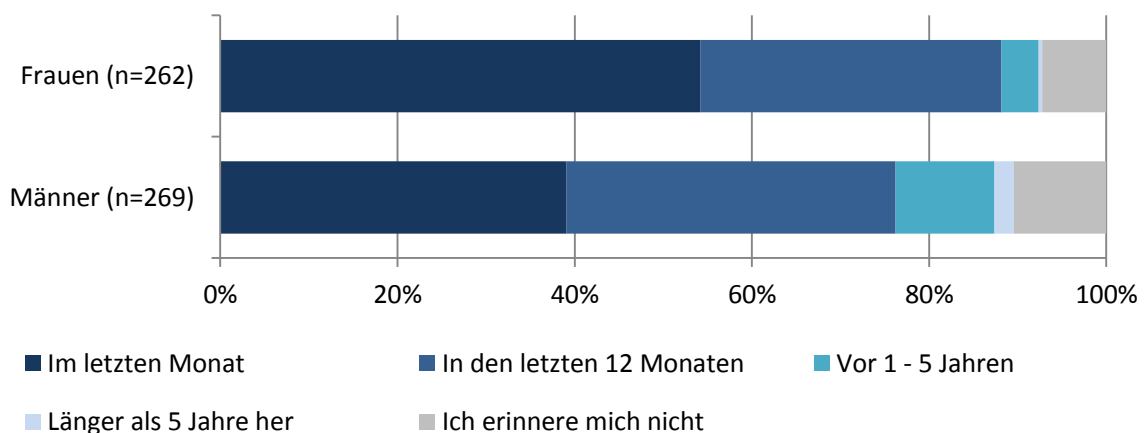
Abbildung 13: Durch die Studienteilnehmer/innen genutzte Hilfsangebote bei gesundheitlichen Problemen nach Geschlecht (n=536)



Nahezu die Hälfte der Befragten war im vergangenen Monat beim Arzt oder im Krankenhaus (46%; 247/536), weitere 35% (189/536) waren im letzten Jahr dort. Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Behandlungsschein (n=59) waren signifikant weniger häufig im letzten Monate beim Arzt oder im Krankenhaus als krankenversicherte Befragte (n=468) (27%; 16/59 vs. 49%; 227/468; OR 0,39; 95%-KI 0,21-0,71); häufiger wussten Menschen ohne reguläre Versicherung nicht, wann sie zuletzt einen Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht hatten (28%; 17/59 vs. 6.4%; 30/468; OR 5,9; 95%-KI 3,01-11,59).

Frauen (54%; 142/262 vs. 39%; 105/269; OR 1,85; 95%-KI 1,31-2,61) waren häufiger im vergangenen Monat oder Jahr beim Arzt als Männer (Abbildung 14).

Abbildung 14: Zeitpunkt des letzten Arztbesuches bzw. Krankenhausaufenthaltes bei den Studienteilnehmer/innen (n=531)



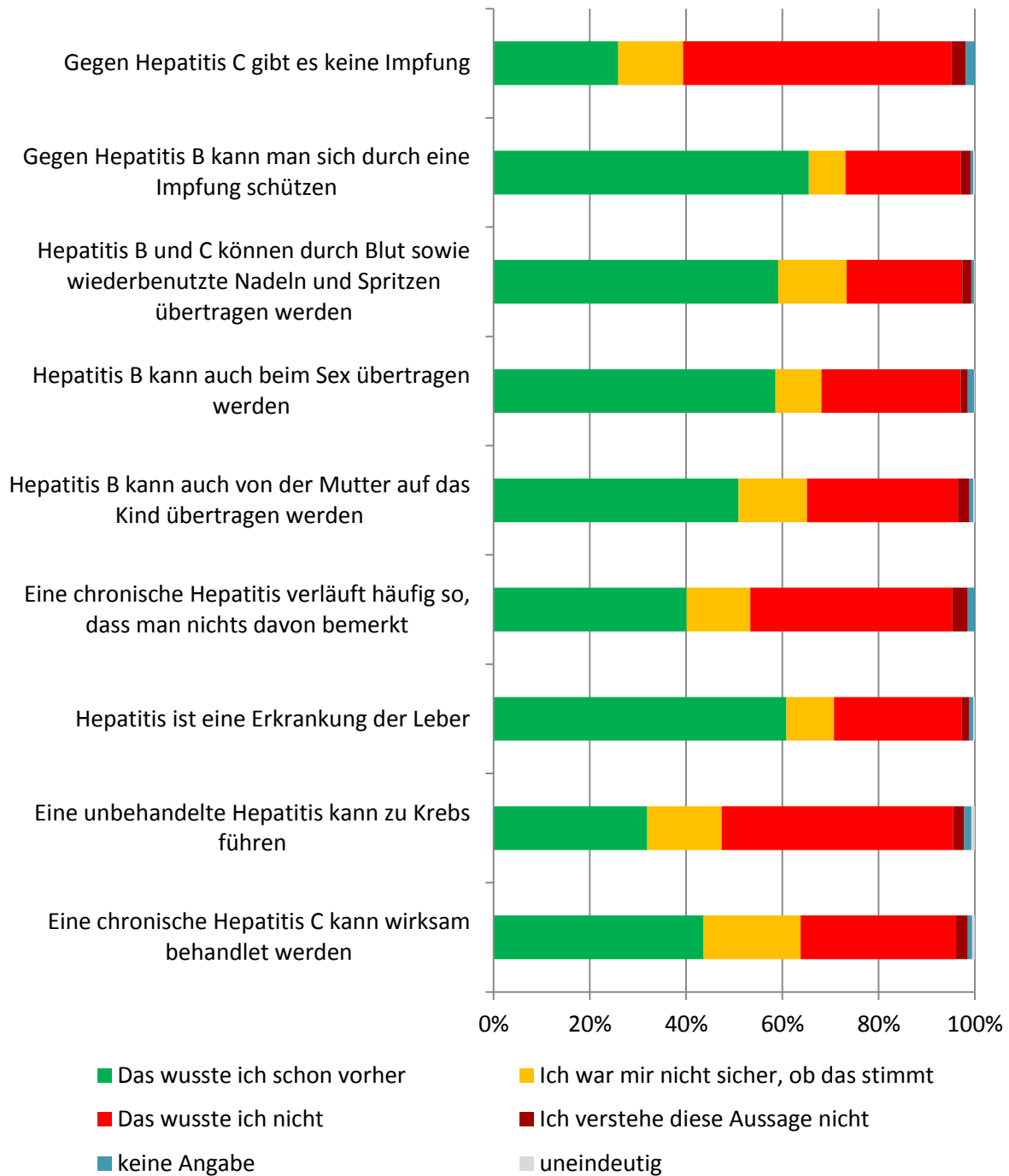
6.3 Wissen zu Hepatitiden, HIV und STI

Bei den Wissensfragen zu HIV, viralen Hepatitiden und anderen STI konnten die Befragten angeben, ob ihnen die präsentierten, wahren Informationen schon bekannt waren oder nicht.

Hepatitis B und C

Etwa 60% der Befragten wussten, dass es sich bei einer Hepatitis um eine Lebererkrankung handelt (61%; 326/536) und Hepatitis B und C durch Blutkontakt (59%; 317/536) und Sex (59%; 314/536) übertragen werden können. Die Hälfte der Befragten wusste, dass Hepatitis auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann (51%; 273/536). Der Verlauf der Erkrankung (32%; 171/536) und Möglichkeiten der Behandlung (44%; 234/536) waren einem Drittel bis der Hälfte der Befragten bekannt. Während nur ein Viertel wusste, dass es keine Impfung gegen Hepatitis C gibt (26%; 139/536), wussten über zwei Drittel, dass eine Impfung gegen Hepatitis B verfügbar ist (65%; 351/536) (Abbildung 15).

Abbildung 15: Wissen der Studienteilnehmer/innen über Hepatitis B und C Prävention, Übertragungswege und Verlauf (n=536)



In der univariablen Auswertung (dargestellt in Tabelle A1 im Tabellenanhang) zeigten sich verschiedene Einflussfaktoren auf das Wissen über Hepatitis B und C, der Krankenversicherungsstatus war der stärkste Einflussfaktor:

Teilnehmer/innen mit Krankenversicherungskarte wussten alle oben dargestellten Aussagen zu Hepatitis B und C signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit Behandlungsschein oder ohne Krankenversicherung oder mit unbekanntem Versicherungsstatus.

Teilnehmer/innen mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen wussten acht von neun Aussagen zur Hepatitis B und C signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit weniger guten Deutschkenntnissen, einzig die Aussage „Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber“ wussten Menschen mit schlechteren Deutschkenntnissen nicht signifikant seltener.

Sieben von neun Aussagen zu Hepatitis B und C wussten Teilnehmer/innen mit höherem Bildungsabschluss (entsprechend mindestens Mittlere Reife) signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit niedrigerem Bildungsabschluss; dass eine unbehandelte Hepatitis zu Krebs führen kann und dass eine chronische Hepatitis behandelt werden kann wussten Teilnehmer/innen mit höherer Bildung nicht signifikant häufiger.

Teilnehmer/innen, die mindestens fünf Jahre in Deutschland sind wussten sieben von neun Aussagen signifikant häufiger als Teilnehmer/innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland lebten; nicht signifikant häufiger bekannt waren die Aussagen „Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber“ und „eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen“.

Teilnehmer/innen mit einem monatlichen Einkommen über 1000 Euro wussten sieben von neun Aussagen zur Hepatitis signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit einem monatlichen Einkommen unter 1000 Euro; nicht dazu gehörten die Übertragungswege durch Sex und von der Mutter auf das Kind.

Frauen wussten fünf von neun Aussagen zur Hepatitis B und C signifikant häufiger als Männer; dass Hepatitis eine Erkrankung der Leber ist, dass Hepatitis B und C auch beim Sex und auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden kann, dass eine Hepatitis unbemerkt verlaufen kann und, dass man sich gegen Hepatitis B mit einer Impfung schützen kann.

Teilnehmer/innen über 30 Jahren wussten signifikant häufiger, dass Hepatitis eine Erkrankung der Leber ist und wirksam behandelt werden kann. Teilnehmer/innen unter 30 Jahren wussten signifikant häufiger, dass Hepatitis beim Sex übertragen werden kann.

Das Bestehen einer festen Partnerschaft, Religionszugehörigkeit und Ausfüllmodus hatten keinen Einfluss auf das Wissen zu Hepatitis C (Tabelle A1 im Tabellenanhang).

HIV

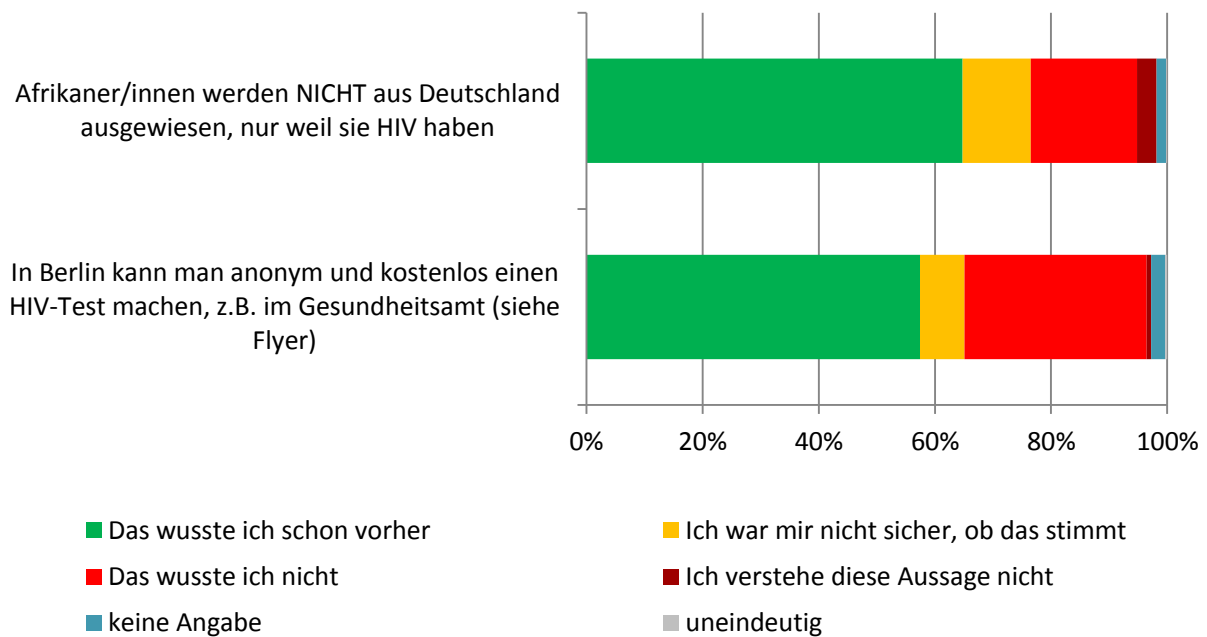
Das Wissen zu HIV ist im Vergleich zu Hepatitis besser, obgleich auch hier Unsicherheiten bestanden. Nahezu 100% der Teilnehmer/innen wussten, dass HIV beim Sex übertragen werden kann, dass andere STI das Risiko sich beim Sex anzustecken erhöhen, war knapp 60% der Teilnehmer/innen bekannt. Über 90% der Befragten wussten, dass HIV durch ein Virus verursacht ist und auch in Deutschland existiert und durch einen Test identifiziert werden kann. Über 80% wussten, dass eine HIV Infektion nicht sichtbar sein muss und nicht heilbar ist (Abbildung 16).

Abbildung 16: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu HIV Erreger, Übertragungswegen und Krankheitsverlauf (n=536)



Weniger als zwei Drittel der Teilnehmer/innen wussten, dass man in Berlin anonym und kostenlos einen HIV-Test durchführen lassen kann und dass Migrant/innen nicht aufgrund eines positiven HIV Tests ausgewiesen werden können (Abbildung 17).

Abbildung 17: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu HIV Testangeboten in Berlin und Aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen (n=536)



In der univariablen Auswertung (dargestellt in Tabelle A2 im Tabellenanhang) zeigten sich verschiedene Einflussfaktoren auf das Wissen über HIV; Bildung war der stärkste Einflussfaktor:

Von den zwölf in Abbildung 16 und Abbildung 17 dargestellten Aussagen waren neun Teilnehmer/innen mit höherem Bildungsabschluss (entsprechend mindestens Mittlere Reife) signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit niedrigerem Bildungsabschluss bekannt; dass HIV sexuell übertragbar ist, dass es einen HIV Test gibt und dass man sich in Berlin beim Gesundheitsamt testen lassen kann, wussten Teilnehmer/innen mit höherer Bildung nicht signifikant häufiger.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für das Wissen über HIV war die Aufenthaltsdauer, die in unterschiedlichen Themenbereichen das Wissen gegensätzlich beeinflusste. Teilnehmer/innen, die mindestens fünf Jahre in Deutschland lebten, wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland lebten, dass es HIV und Aids auch in Deutschland gibt, dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann. Teilnehmer/innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland lebten, wussten signifikant häufiger, dass das Vorhandensein einer STI das Infektionsrisiko für HIV erhöht und dass es Medikamente gibt, die HIV-positiven Menschen helfen gesund zu bleiben.

Frauen wussten signifikant häufiger als Männer, dass man nicht sieht, ob jemand HIV-positiv ist, dass HIV nicht heilbar ist, dass es Medikamente gibt und dass das Risiko an TB zu erkranken bei einer HIV Infektion erhöht ist.

Teilnehmer/innen mit guten oder sehr guten Deutschkenntnissen wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit weniger guten Deutschkenntnissen, dass es HIV und Aids auch in Deutschland gibt, dass man nicht sieht ob jemand HIV hat, dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann.

Teilnehmer/innen mit einem monatlichen Einkommen über 1000 Euro wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit einem monatlichen Einkommen unter 1000 Euro, dass eine STI das Risiko erhöht sich mit HIV anzustecken, dass HIV das Risiko erhöht an einer Tuberkulose zu erkranken, dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann.

Teilnehmer/innen in fester Partnerschaft wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen ohne Partnerschaft, dass es HIV und Aids auch in Deutschland gibt, dass HIV das Risiko erhöht an einer Tuberkulose zu erkranken, dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann.

Teilnehmer/innen mit Krankenversicherungskarte wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen mit Behandlungsschein oder ohne Krankenversicherung oder mit unbekanntem Versicherungsstatus, dass es HIV und Aids auch in Deutschland gibt, dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann.

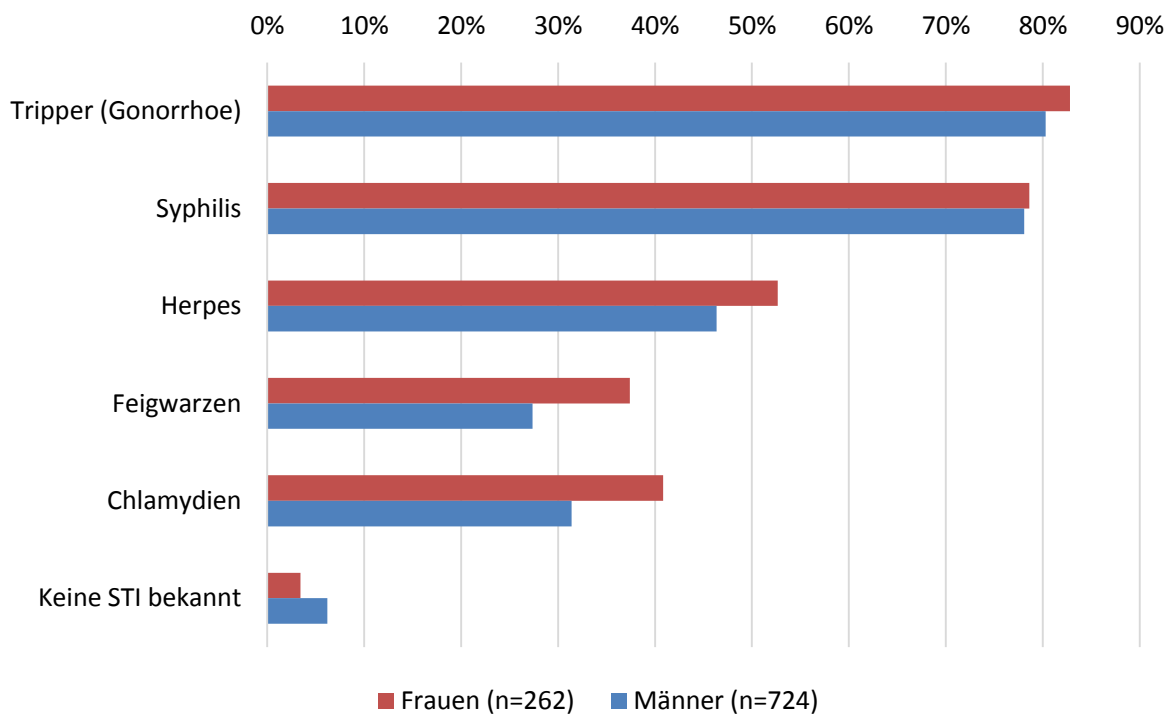
Christ/innen wussten signifikant häufiger als Muslime/Muslimas, dass man nicht sieht, ob jemand HIV hat, dass es HIV und Aids auch in Deutschland gibt und dass Afrikaner/innen nicht aufgrund einer HIV Diagnose ausgewiesen werden können.

Teilnehmer/innen über 30 Jahren wussten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen unter 30 Jahren, dass HIV das Risiko erhöht, an einer Tuberkulose zu erkranken und dass man sich beim Gesundheitsamt auf HIV testen lassen kann. Teilnehmer/innen unter 30 Jahren wussten hingegen signifikant häufiger, dass man nicht sieht, ob jemand HIV hat (vgl. Tabelle A2 im Tabellenanhang).

STI

Während Gonorrhö (82%; 437/536) und Syphilis (78%; 420/536) etwa vier Fünftel der Befragten bekannt waren, traf dies bei Herpes auf etwa die Hälfte (49%; 265/536) und bei Chlamydien (38%; 203/536) und Feigwarzen (32%; 173/536) auf ein Drittel zu. Fünf Prozent (25/536) der Teilnehmer/innen gaben an, keine der genannten STI zu kennen. Frauen kannten alle abgefragten STI häufiger als Männer (Abbildung 18).

Abbildung 18: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu STI nach Geschlecht (n=536)



In der univariablen stratifizierten Auswertung (dargestellt in Tabelle A3 im Tabellenanhang) zeigten sich verschiedene Einflussfaktoren auf das Wissen über STI.

Während der Unterschied im Wissen über STI bei Frauen und Männern nur für die häufigere Bekanntheit von Feigwarzen unter den Frauen signifikant war, kannten Teilnehmer/innen mit höherer Bildung alle genannten STI außer Tripper signifikant häufiger und gaben signifikant seltener an, keine der genannten STI zu kennen als Teilnehmer/innen mit einem weniger hohen Bildungsabschluss.

Teilnehmer/innen mit höherem Einkommen waren Herpes und Feigwarzen häufiger bekannt als Teilnehmer/innen mit niedrigerem Einkommen.

Während Teilnehmer/innen unter 30 Jahren Tripper signifikant seltener kannten als Teilnehmer/innen über 30 Jahren, waren den Teilnehmer/innen unter 30 Jahren Syphilis, Herpes, Feigwarzen und Chlamydien signifikant häufiger bekannt als Teilnehmer/innen über 30 Jahren.

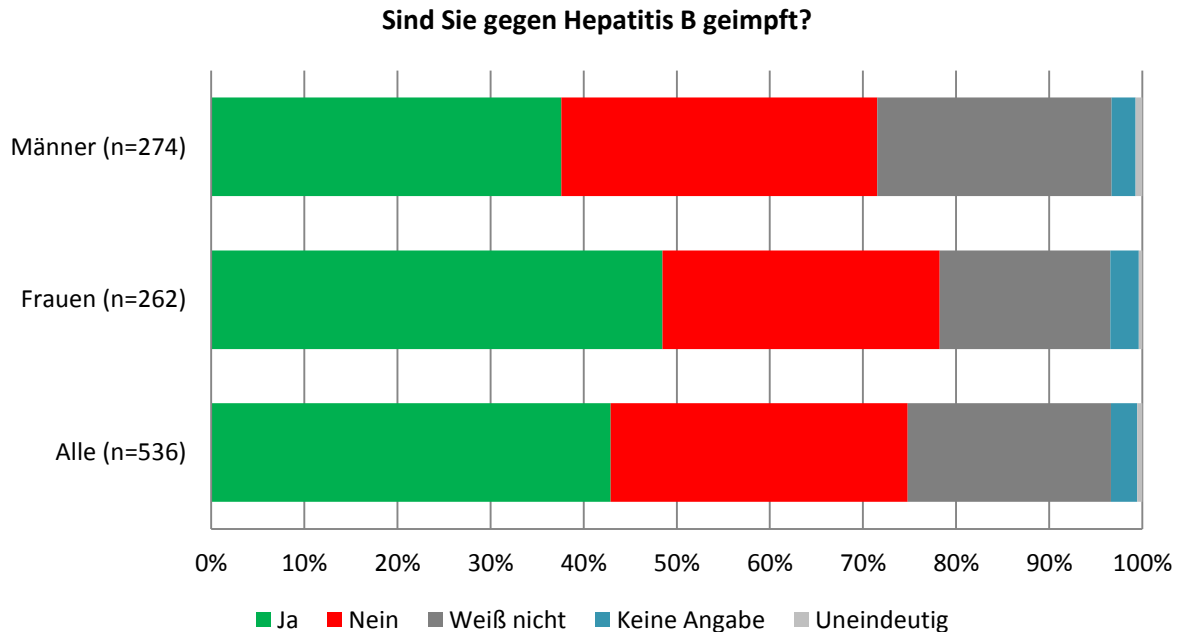
Unter den Teilnehmer/innen mit schlechteren Deutschkenntnissen und den Teilnehmer/innen mit weniger als fünf Jahren Aufenthalt in Deutschland war Tripper häufiger bekannt als bei den Teilnehmer/innen mit besseren Deutschkenntnissen bzw. mit mehr als fünf Jahren Aufenthalt in Deutschland.

Das Leben in Partnerschaft und der Krankenversicherungsstatus hatten keinen Einfluss auf die Bekanntheit verschiedener STI (vgl. Tabelle A3 im Tabellenanhang).

6.4 Hepatitis B Impfverhalten

Insgesamt waren 43% (230/536) der Befragten geimpft gegen Hepatitis B (Abbildung 19).

Abbildung 19: Hepatitis B Impfstatus der Teilnehmer/innen nach Geschlecht



In der univariablen Auswertung zeigte sich, dass die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, Deutschkenntnisse, Einkommen, Versicherungsstatus, Religionszugehörigkeit sowie Reisen ins Herkunftsland einen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein einer Hepatitis B Impfung haben:

Teilnehmer/innen, die in der Vergangenheit nicht in ihr Herkunftsland zurückgereist sind (41%; 155/134), waren signifikant seltener geimpft als Teilnehmer/innen, die in ihr Herkunftsland zurückgereist sind, für die also eine altersunabhängige Impfempfehlung gemäß STIKO besteht (64%; 165/257) (OR 0,39; 95%-KI 0,25-0,60).

Teilnehmer/innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland lebten (44%; 61/137) waren signifikant seltener gegen Hepatitis B geimpft als Teilnehmer/innen, die mehr als fünf Jahre in Deutschland lebten (64%; 166/259) (OR 0,45; 95%-KI 0,29-0,69).

Teilnehmer/innen mit guten Deutschkenntnissen (63%; 144/229) waren signifikant häufiger gegen Hepatitis B geimpft als Teilnehmer/innen mit schlechteren Deutschkenntnissen (50%; 85/170) (OR 1,69; 95%-KI 1,13-2,53).

Teilnehmer/innen mit einem Einkommen unter 1000 Euro pro Monat (49%; 90/184) waren signifikant seltener gegen Hepatitis B geimpft als Teilnehmer/innen mit einem Einkommen über 1000 Euro pro Monat (67%; 83/124) (OR 0,47; 95%-KI 0,29-0,76).

Teilnehmer/innen mit Krankenversicherung (59%; 214/360) waren signifikant häufiger gegen Hepatitis B geimpft als Teilnehmer/innen ohne Krankenversicherung, mit Behandlungsschein oder mit unklarem Versicherungsstatus (36%; 13/36) (OR 2,59; 95%-KI 1,27-5,28).

Christ/innen (60%; 189/315) waren signifikant häufiger gegen Hepatitis B geimpft als Muslime/Muslimas (41%; 23/56) (OR 2,15; 95%-KI 1,21-3,84).

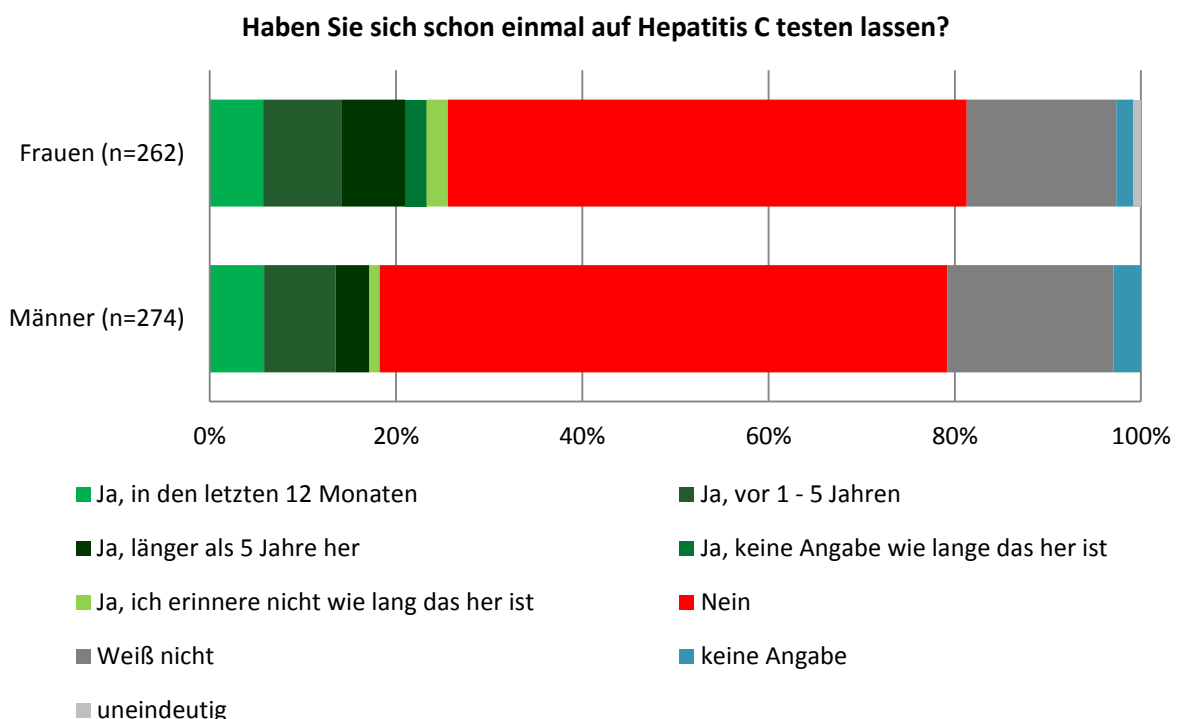
Geschlecht, Altersgruppe, Höhe des Bildungsabschlusses, Art der Fragebogenadministration sowie das Bestehen einer festen Partnerschaft zeigten keinen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein einer Hepatitis B Impfung.

6.5 HCV-, HIV- und STI-Testverhalten

HCV

Insgesamt haben sich 22% (117/536) jemals auf Hepatitis C testen lassen. Männer und Frauen haben sich zu jeweils 14% innerhalb der letzten fünf Jahre testen lassen, zusätzlich haben sich 6,8% (18/262) der Frauen und 3,6% (10/274) der Männer vor über 5 Jahren testen lassen. Insgesamt haben sich Frauen (26%; 67/262) häufiger testen lassen als Männer (18%; 50/274) (Abbildung 20).

Abbildung 20: Studienteilnehmer/innen nach HCV-Testung und Geschlecht (n=536)



In der univariablen Analyse haben Frauen, Teilnehmer/innen über 30 Jahren, mit höherer Bildung (Mittlere Reife/Abitur und Studium), mit Aufenthalt in Deutschland über fünf Jahren, guten Deutschkenntnissen (Muttersprache, sehr gut, gut), höherem Einkommen (> 1.000 € netto im Monat) oder fester Partnerschaft signifikant häufiger einen Test auf Hepatitis C durchführen lassen:

Männer (19%; 50/266) waren signifikant seltener auf Hepatitis C getestet als Frauen (26%; 67/255) (OR 0,65; 95%-KI 0,43-0,98).

Teilnehmer/innen unter 30 Jahren (13%; 24/181) waren signifikant seltener auf Hepatitis C getestet als Teilnehmer/innen über 30 Jahren (27%; 86/322) (OR 0,42; 95%-KI 0,26-0,69).

Teilnehmer/innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland lebten (17%; 31/185), waren signifikant seltener auf Hepatitis C getestet als Teilnehmer/innen, die über fünf Jahre in Deutschland lebten (25%; 84/331) (OR 0,59; 95%-KI 0,37-0,94).

Teilnehmer/innen mit guten Deutschkenntnissen (26%; 75/289) waren signifikant häufiger auf Hepatitis C getestet als Teilnehmer/innen mit schlechteren Deutschkenntnissen (18%; 41/229) (OR 1,61; 95%-KI 1,05-2,47).

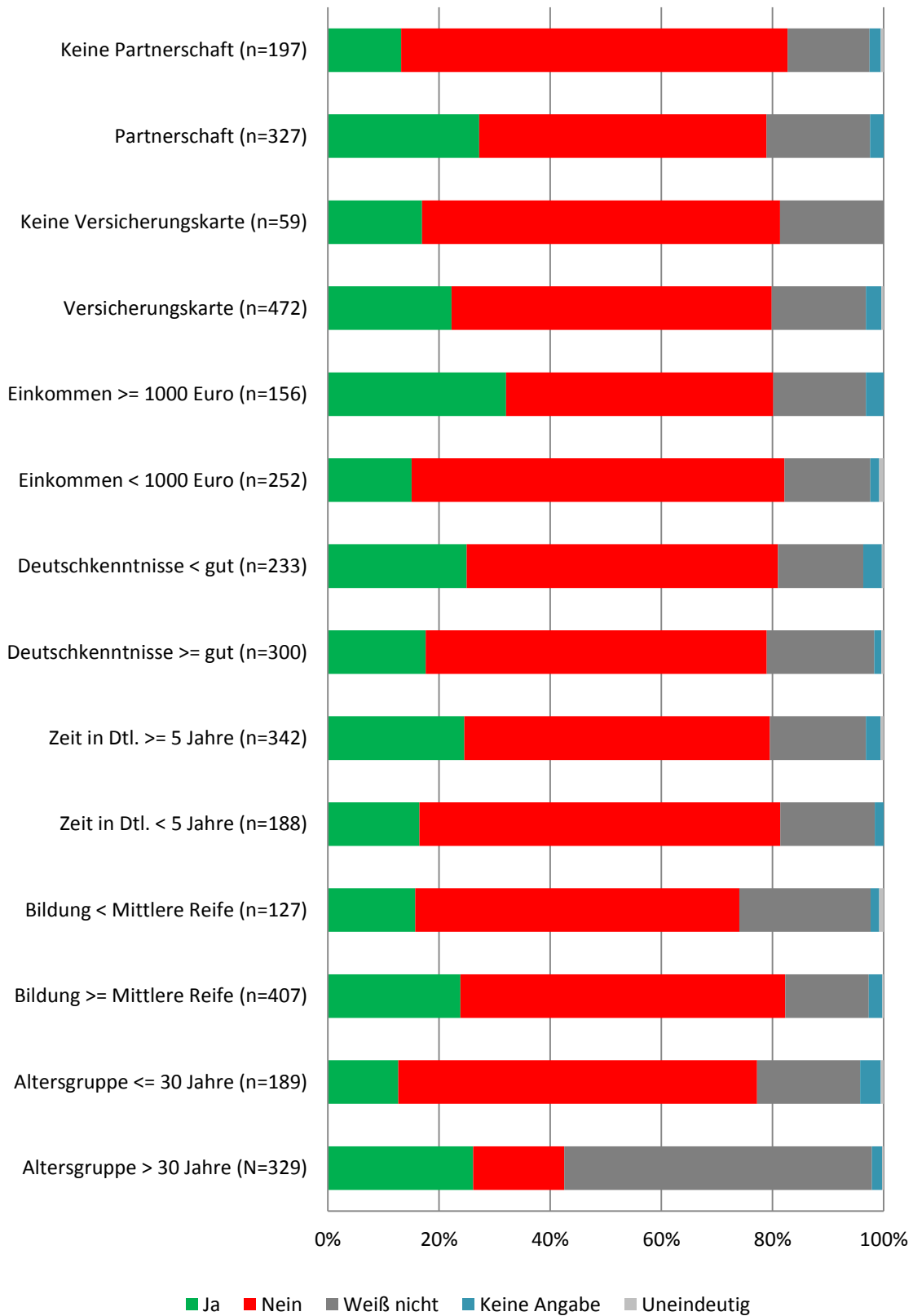
Teilnehmer/innen mit einem Einkommen unter 1000 Euro monatlich (15%; 38/246) waren signifikant seltener auf Hepatitis C getestet als Teilnehmer/innen mit einem Einkommen über 1000 Euro monatlich (33%; 50/151) (OR 0,37; 95%-KI 0,23-0,60).

Teilnehmer/innen in fester Partnerschaft (28%; 89/319) waren signifikant häufiger auf Hepatitis C getestet als Teilnehmer/innen ohne feste Partnerschaft (13%; 26/192) (OR 2,47; 95%-KI 1,53-3,99).

Der Bildungshintergrund, Krankenversicherungsstatus und Religionszugehörigkeit der Teilnehmer/innen sowie die Art der Fragebogenadministration hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Durchführung eines Testes auf Hepatitis C in der Vergangenheit.

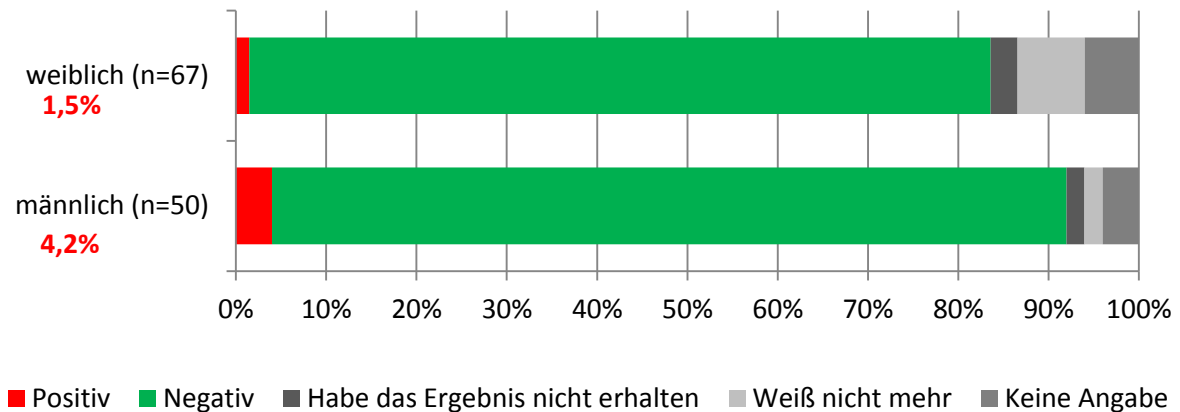
Abbildung 21: Studienteilnehmer/innen nach HCV-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=536)

Haben sie sich schon einmal auf Hepatitis C testen lassen?



Unter den Teilnehmer/innen, die einen Test auf Hepatitis C hatten durchführen lassen, berichteten insgesamt 3,0% (3/99) positiv für Hepatitis C getestet worden zu sein, von drei positiv getesteten Teilnehmer/innen waren zwei Männer und eine Frau (Abbildung 22).

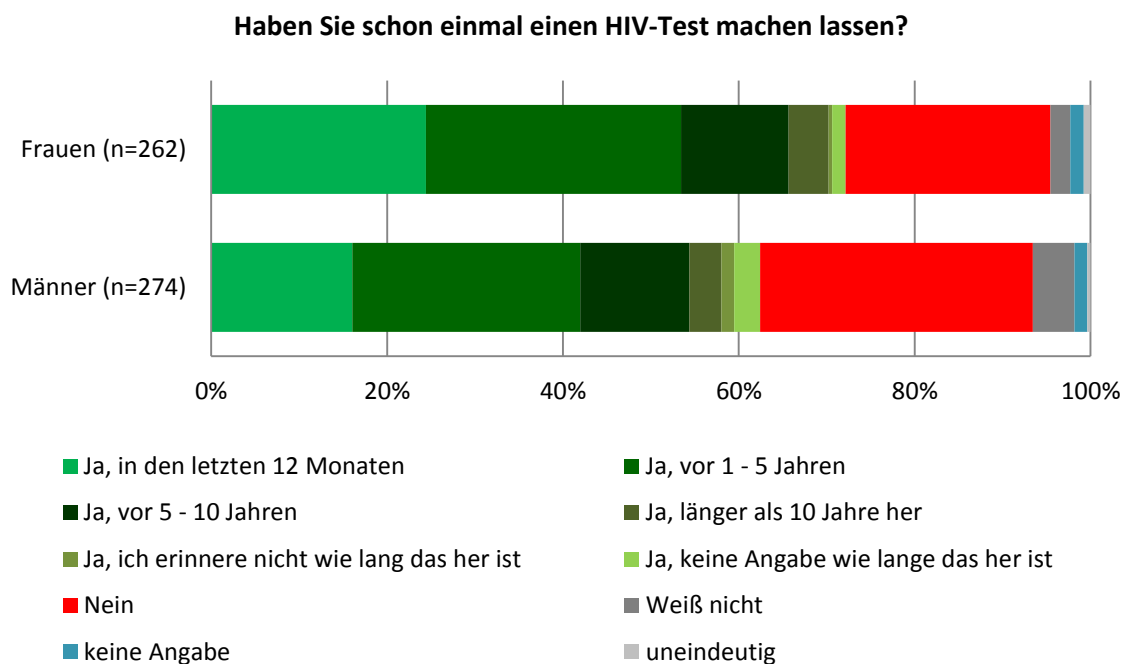
Abbildung 22: Selbst-berichtete Testergebnis der Teilnehmer/innen auf Hepatitis C (n=99)



HIV

Jemals einen HIV-Test durchführen lassen hatten 67% (360/536) der Befragten. Die Befragten, die sich testen lassen haben, haben dies in 71% (243/343) der Fälle in Deutschland getan, 24% (82/343) in ihrem Heimatland und 5% (18/343) in einem anderen Land. Frauen (72%; 189/262) hatten häufiger als Männer (62%; 171/274) einen HIV-Test durchführen lassen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Studienteilnehmer/innen nach HIV-Testung und Geschlecht (n=536)



In der univariablen stratifizierten Analyse hatten Frauen (und unter den Frauen, Frauen mit Kindern), Teilnehmer/innen über 30 Jahren, mit höherer Bildung, höherem Einkommen, Krankenversicherung oder fester Partnerschaft häufiger einen Test auf HIV durchführen lassen (Abbildung 24).

Männer (64%; 171/269) hatten signifikant seltener als Frauen (74%; 189/256) einen HIV Test durchführen lassen (OR 0,62; 95%-KI 0,43-0,90). Frauen mit Kindern haben (88%; 127/144) signifikant häufiger als Frauen ohne Kinder (51%; 51/100) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 7,18; 95%-KI 3,78-13,62).

Teilnehmer/innen unter 30 Jahren (54%; 98/182) hatten signifikant seltener als Teilnehmer/innen über 30 Jahre (77%; 249/325) einen HIV Test durchführen lassen (OR 0,36; 95%-KI 0,24-0,52).

Teilnehmer/innen mit niedrigerer Schulbildung (61%; 76/124) hatten signifikant seltener als Teilnehmer/innen mit höherer Schulbildung (71%; 284/400) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 0,65; 95%-KI 0,42-0,98).

Teilnehmer/innen mit einem Einkommen unter 1000 Euro monatlich (63%; 157/248) hatten signifikant seltener als Teilnehmer/innen mit einem Einkommen über 1000 Euro monatlich (81%; 123/151) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 0,39; 95%-KI 0,24-0,64).

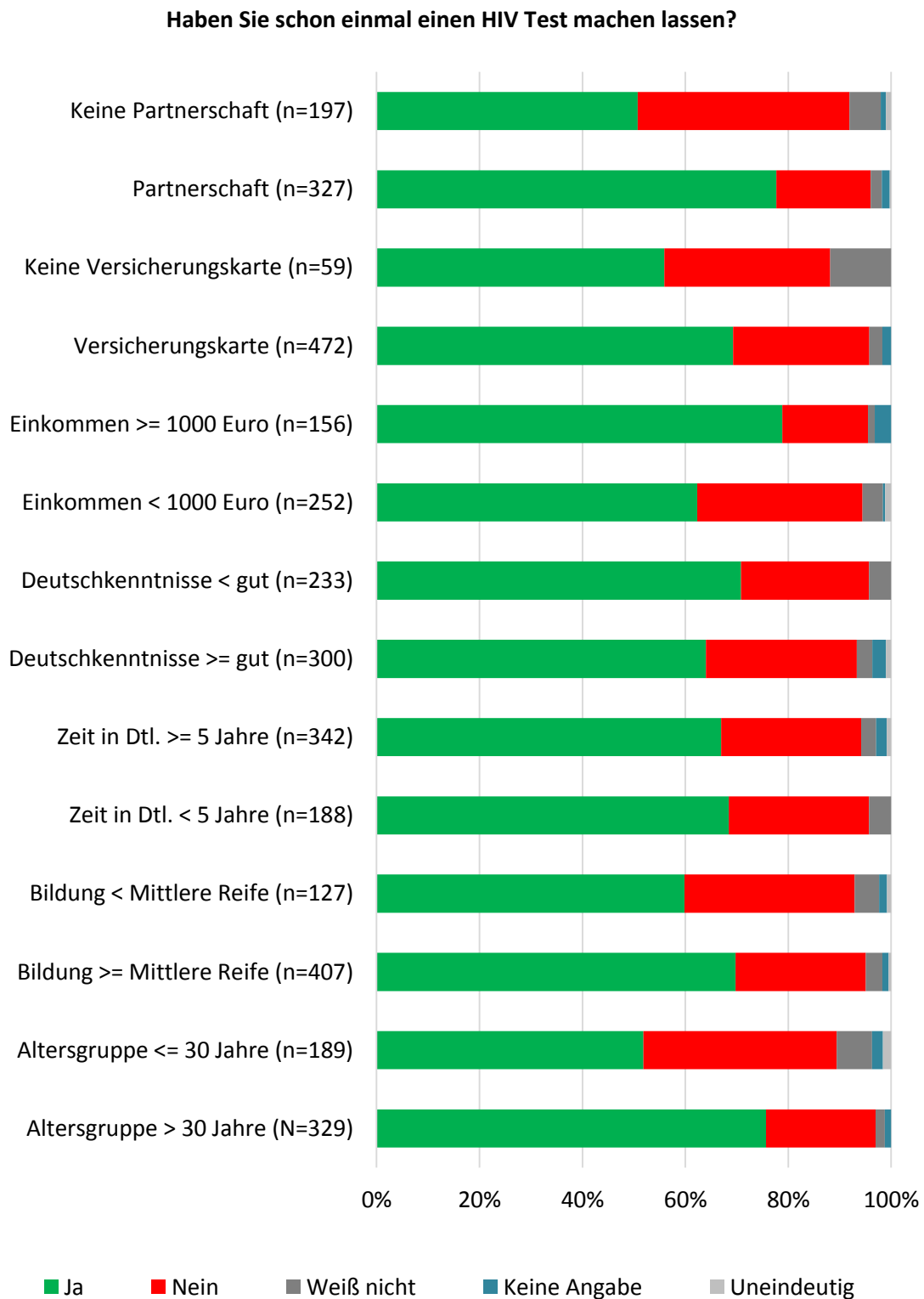
Teilnehmer/innen mit Krankenversicherung (70%; 325/461) hatten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen ohne Krankenversicherung oder mit Behandlungsschein oder unklarem Versicherungsstatus (56%; 33/59) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 1,88; 95%-KI 1,08-3,27).

Teilnehmer/innen in fester Partnerschaft (79%; 254/321) hatten signifikant häufiger als Teilnehmer/innen ohne feste Partnerschaft (52%; 100/193) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 3,53; 95%-KI 2,39-5,21).

Christ/innen (72%; 285/398) hatten signifikant häufiger als Muslime/Muslimas (57%; 46/80) einen HIV-Test durchführen lassen (OR 1,86; 95%-KI 1,14-3,05).

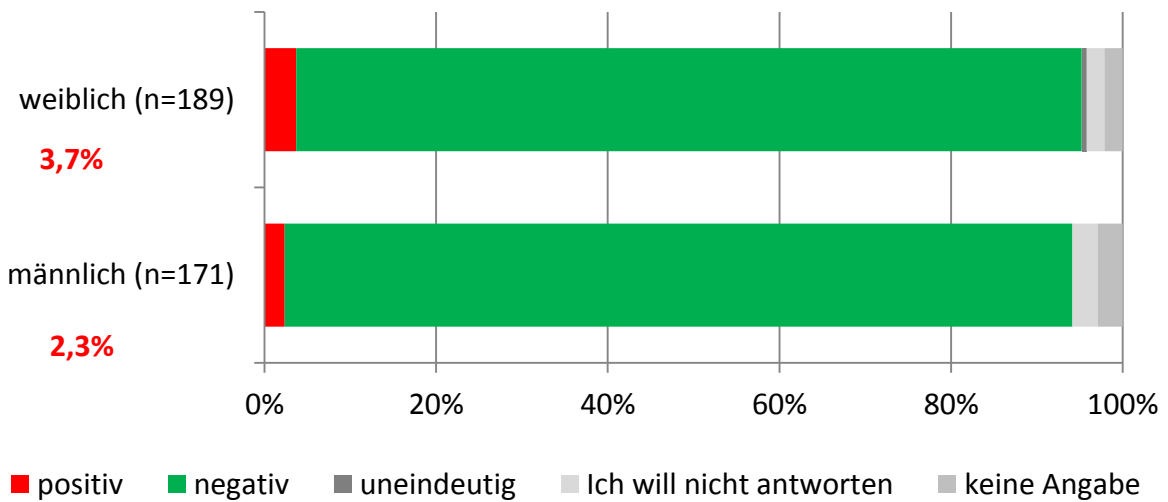
Die Zeit in Deutschland, Deutschkenntnisse und die Art der Fragebogen Administration hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Durchführung eines HIV Testes in der Vergangenheit.

Abbildung 24: Studienteilnehmer/innen nach HIV-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=536)



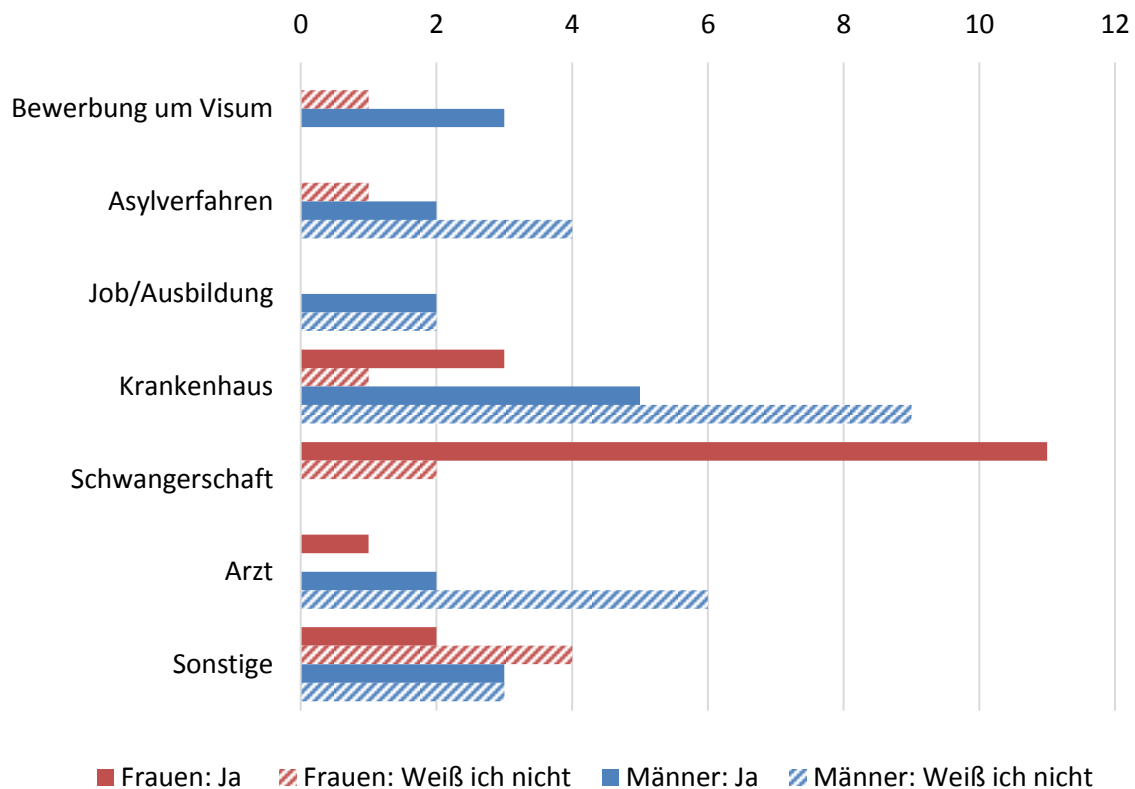
Unter den Teilnehmer/innen, die einen Test auf HIV haben durchführen lassen, berichteten insgesamt 3,1% (11/360) positiv für HIV getestet worden zu sein, von elf positive getesteten Teilnehmer/innen waren vier Männer und sieben Frau (Abbildung 25Abbildung 22).

Abbildung 25: Selbst-berichtete Testergebnisse der Teilnehmer/innen auf HIV (n=360)



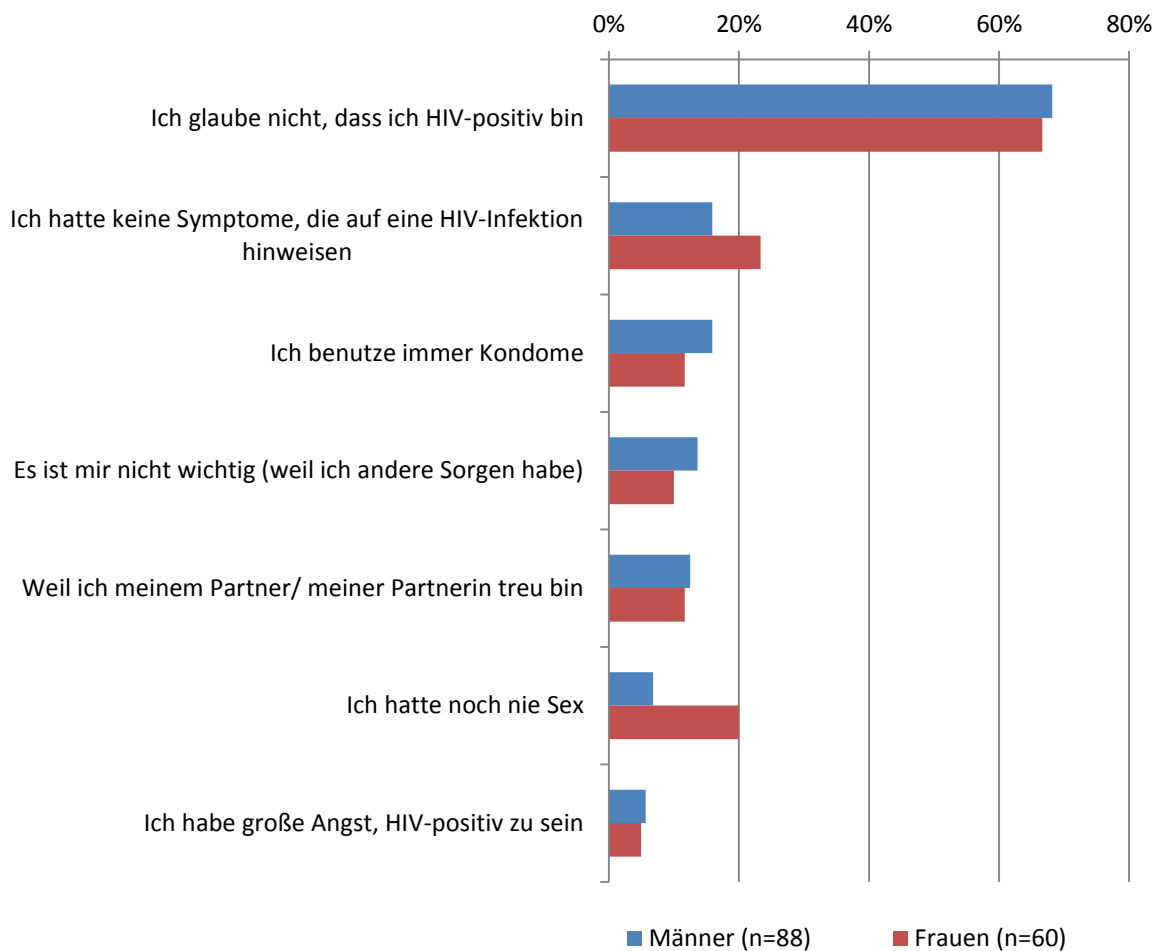
Des Weiteren wurden die Studienteilnehmer/innen gefragt, ob sie jemals ohne Einverständnis auf HIV getestet worden wären, 6,3% (34/536) antworteten mit „Ja“ und 21% (113/536) mit „Weiß nicht“. Während viele Teilnehmer/innen, die ohne ihr Einverständnis getestet worden sind, keine Angaben zu der Testsituation machten (54%; 80/147), waren die häufigsten genannten Situationen im Rahmen von Gesundheitsversorgung beim Arzt im Krankenhaus und während der Schwangerschaftsvorsorge (60%; 40/67) (Abbildung 26).

Abbildung 26: Situationen der Testung auf HIV ohne Einverständnis nach Geschlecht (n=67)



Unter denjenigen, die bisher keinen HIV-Test durchführen ließen, haben 68% (100/148) als Grund angegeben, dass Sie nicht glauben HIV-positiv zu sein und 19% (28/148), dass sie keine Symptome hätten, die auf eine HIV-Infektion hinweisen würde. Frauen gaben häufiger als Männer an, keine HIV-Symptome zu haben (23%; 14/60 vs. 16%; 14/88) oder noch nie Sex gehabt zu haben (20%; 12/60 vs. 6,8%; 6/88) (Abbildung 27).

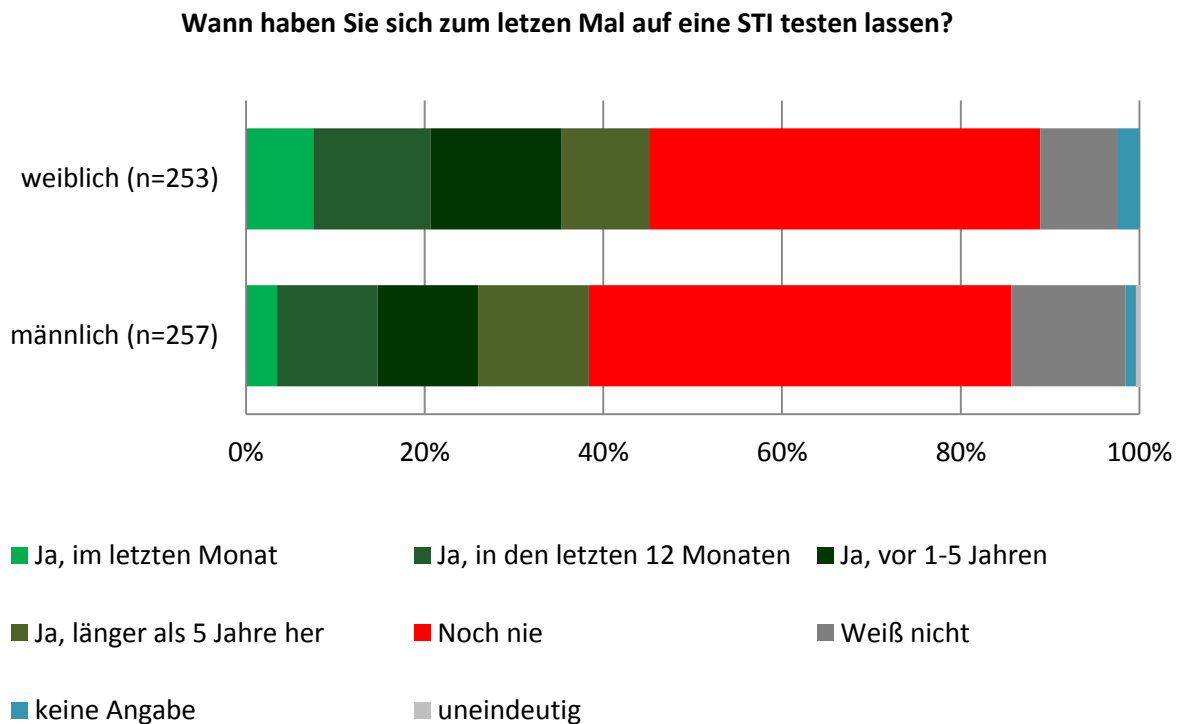
Abbildung 27: Gründe bisher keinen HIV Test durchgeführt zu haben (nur Angaben, die >5% der Befragten genannt haben → 108 von 148 Angaben dargestellt)



STI

Unter allen Teilnehmer/innen, die mindestens eine STI kannten (n=510), hatten 42% (213/510) in der Vergangenheit einen Test auf STI durchführen lassen, unter den Männern 34% (99/257), unter den Frauen 45% (114/253) (Abbildung 28).

Abbildung 28: Studienpopulation nach STI-Testung und Geschlecht (n=510)



In der univariablen stratifizierten Analyse ließen Frauen mit Kindern, Teilnehmer/innen über 30 Jahren, mit höherer Bildung, höherem Einkommen, Krankenversicherung oder fester Partnerschaft häufiger einen Test auf STI durchführen (Abbildung 29).

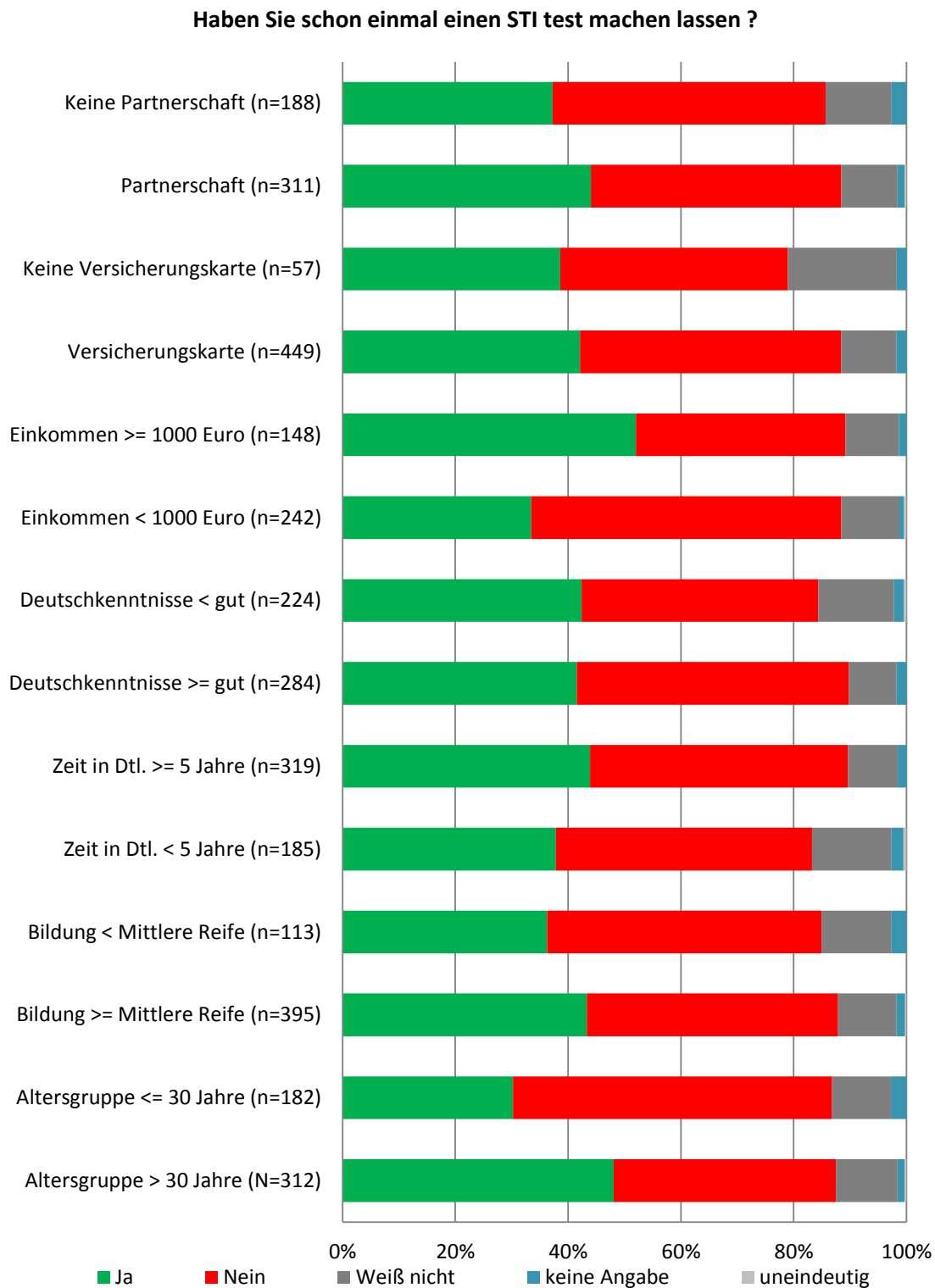
Während Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Durchführung eines STI-Tests in der Vergangenheit hatte, wurden Frauen mit Kindern (54%; 72/133) signifikant häufiger als Frauen ohne Kinder (35%; 35/101) auf STI getestet (OR 2,23; 95%-KI 1,31-3,79).

Teilnehmer/innen unter 30 Jahren (31%; 55/177) ließen signifikant seltener als Teilnehmer/innen über 30 Jahre (49%; 150/307) einen STI-Test durchführen (OR 0,47; 95%-KI 0,32-0,70).

Teilnehmer/innen mit einem Einkommen unter 1000 Euro monatlich (34%; 81/239) hatten signifikant seltener als Teilnehmer/innen mit einem Einkommen über 1000 Euro monatlich (53%; 177/146) einen STI-Test durchführen lassen (OR 0,46; 95%-KI 0,30-0,70).

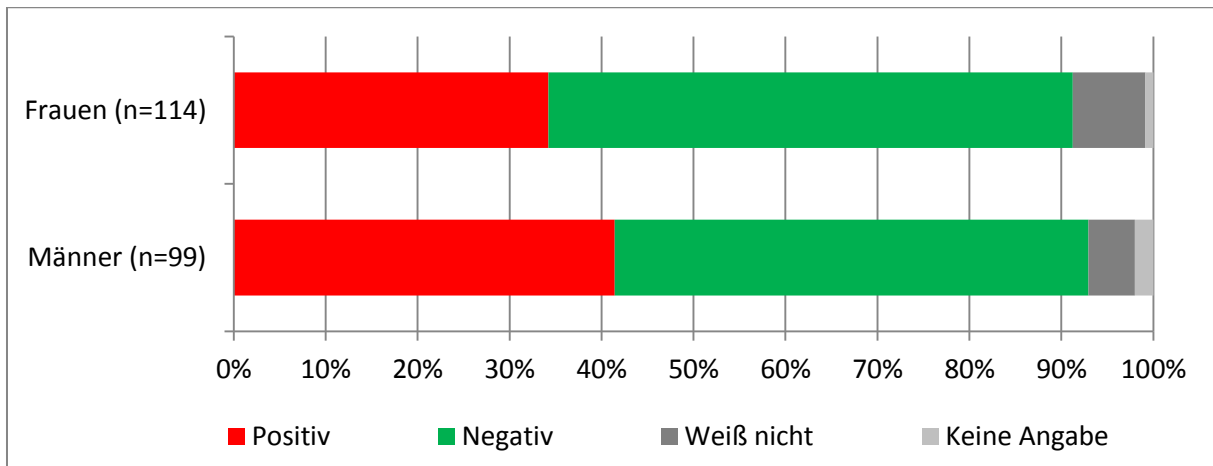
Geschlecht, Bildung, die Zeit in Deutschland, Deutschkenntnisse, Religion, das Bestehen einer Partnerschaft sowie der Versicherungsstatus und die Art der Fragebogen Administration hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Durchführung eines STI-Testes in der Vergangenheit.

Abbildung 29: Studienteilnehmer/innen nach STI-Testung und Altersgruppen, Bildung, Zeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus und Partnerschaft (n=510)



Unter den Teilnehmer/innen, die einen Test auf STI gemacht hatten, wurden insgesamt 38% (80/213) jemals positiv für eine STI getestet, von 80 positiv getesteten Teilnehmer/innen waren 41 Männer und 39 Frauen (Abbildung 30).

Abbildung 30: Testergebnisse der Teilnehmer/innen auf eine STI (n=213)

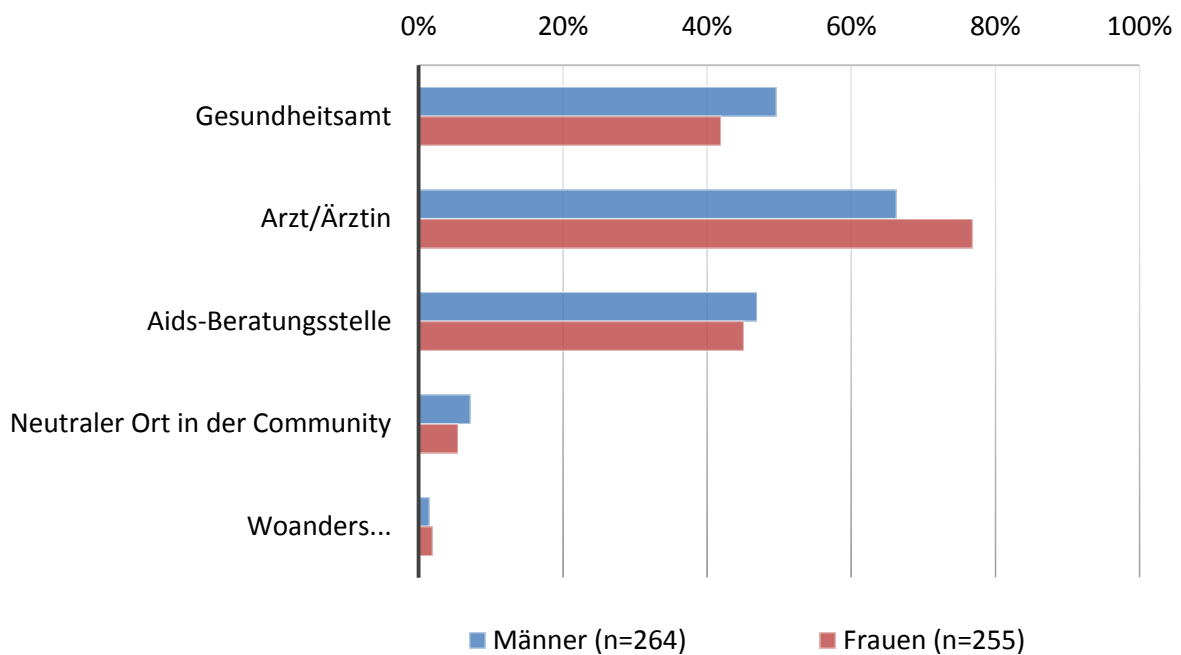


Ort der Testung

Auf die Frage, wo sich die Teilnehmer/innen auf HIV und andere sexuelle übertragbare Infektionen testen lassen würden, gaben 71% (371/519) an, sie würden sich bei einem Arzt/einer Ärztin testen lassen und jeweils 46% (239/519) gaben an, sich bei einer Aids-Beratungsstelle oder im Gesundheitsamt testen lassen zu wollen. Während sich Frauen häufiger als Männer in einer Arztpraxis testen lassen würden, würden Männer sich häufiger als Frauen im Gesundheitsamt testen lassen (Abbildung 31).

Abbildung 31: Von den Studienteilnehmer/innen angegebene favorisierte Orte der Testung auf HIV und STI, Mehrfachangaben möglich (n=519)

Wo würden Sie sich auf HIV oder eine sexuell übertragbare Krankheit testen lassen wollen?

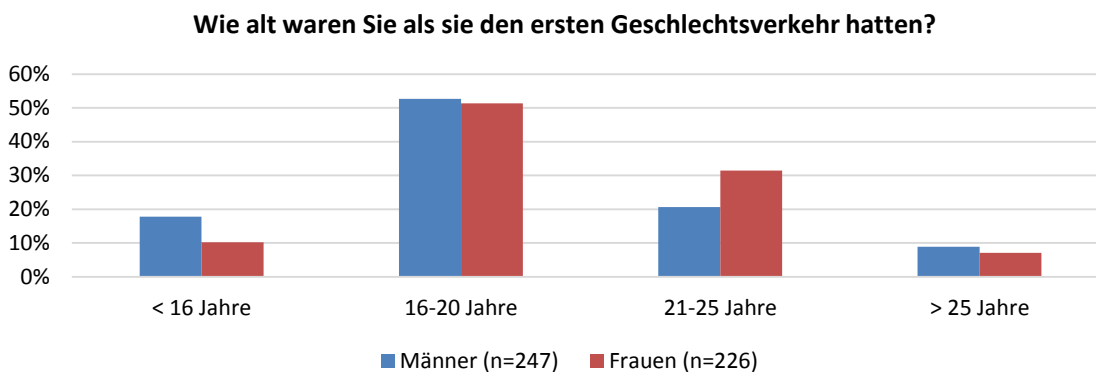


6.6 Sexualität und Verhalten

Unter den Teilnehmer/innen hatten 6,2% (33/536) noch nie Sex, darunter 8,8% (23/262) der Frauen 3,6% (10/274) der Männer. Unter den verbleibenden 503 Teilnehmer/innen fühlen sich 84% (421/503) zum jeweils gegensätzlichen Geschlecht hingezogen, 10% (51/503) der Teilnehmer/innen mochten die Frage nicht beantworten oder haben keine oder uneindeutige Angaben gemacht. Unter den Teilnehmer/innen, die eindeutige Angaben zu Ihrer Sexualität gemacht haben (n=441), gaben 97% (236/242) der Männer und 93% (185/199) der Frauen an, sich zum jeweils anderen Geschlecht hingezogen zu fühlen und 1,2% (3/242) Männer und 3,5% (7/199) Frauen gaben an, sich zum jeweils gleichen Geschlecht hingezogen zu fühlen. 1,1% (3/242) der Männer und 1,3% (3/199) der Frauen gaben an sich eher aber nicht ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen zu fühlen.

Etwa die Hälfte der Teilnehmer/innen, die bereits Sex hatten (n=473), waren zum Zeitpunkt des ersten sexuellen Kontaktes zwischen 16 und 20 Jahre alt (52%; 246/473) (Abbildung 32).

Abbildung 32: Teilnehmer/innen nach Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (n=473)



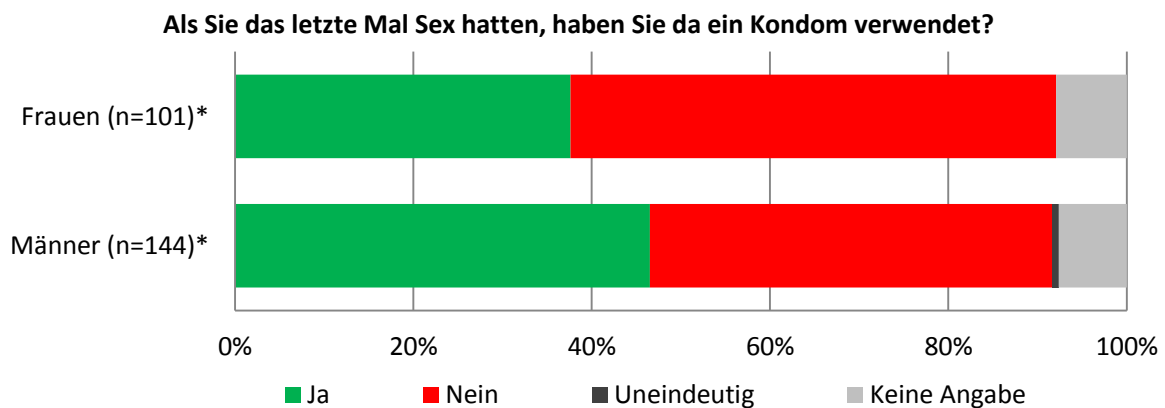
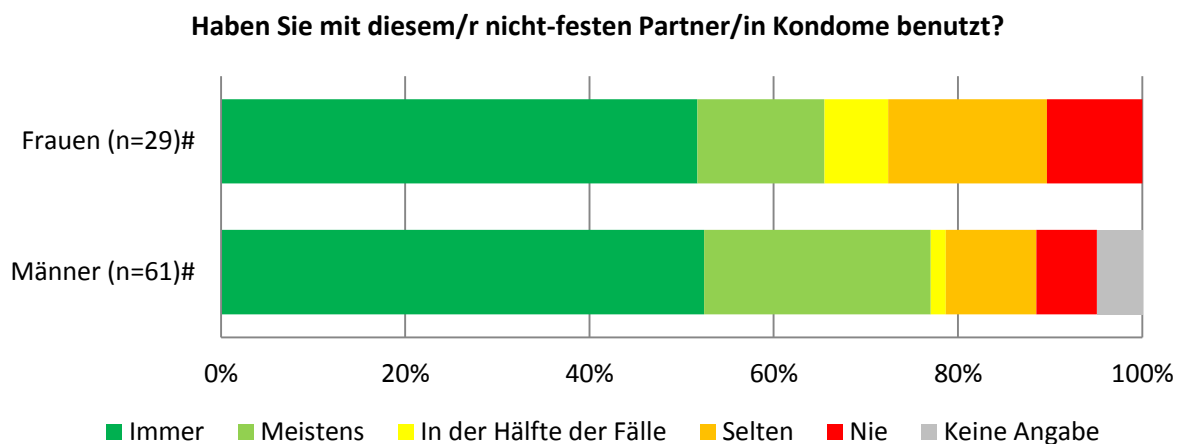
Etwa vier Fünftel der sexuell aktiven Studienteilnehmer/innen hatten in den vergangenen zwölf Monaten Sex (82%; 404/494). Männer hatten signifikant häufiger nicht-feste Sexpartner/innen als Frauen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Sexualverhalten der Studienteilnehmer/innen innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht

	Männer		Frauen		OR	95%-KI
Sexuell aktiv (N=494)	212	81,5%	192	82,1%	0,97	0,61-1,53
- Sex mit festen Partner/innen (N=390)	169	82,0%	158	85,9%	0,75	0,43-1,30
- Herkunft der festen Sexpartner/innen (n=320)						
aus dem Herkunftsland	79	48,2%	92	59,0%	0,65	0,41-1,01
aus Deutschland	55	33,5%	39	25,0%	1,51	0,93-2,46
aus einem anderen Land	37	22,6%	25	16,0%	1,53	0,87-2,68
- Sex mit nicht-festen Partner/innen (n=374)	61	31,1%	29	16,3%	2,32	1,41-3,83
- Sex mit festen UND nicht-festen Partner/innen (n=320)	49	29,7%	20	12,9%	2,32	1,39-3,86

Mit nicht-festen Partner/innen „immer“ Kondome zu benutzen gaben insgesamt 52% (47/90) der Teilnehmer/innen an, die Sex mit nicht-festen Partnern hatten. Unter den befragten Frauen gaben 28% (8/29) an, selten oder nie Kondome mit nicht-festen Partnern zu benutzen, unter den Männern gaben dies 17% (10/61) an (Abbildung 33). Männer, die entweder keine Partnerschaft hatten oder auch mit nicht-festen Partner/innen Sex hatten, hatten zu 46% (67/144) kein Kondom verwendet als sie das letzte Mal Sex hatten; Frauen, die entweder keine Partnerschaft hatten oder auch mit nicht-festen Partner/innen Sex hatten, hatten zu 38% (38/101) kein Kondom verwendet (Abbildung 33).

Abbildung 33: Kondomgebrauch der Studienteilnehmer/innen



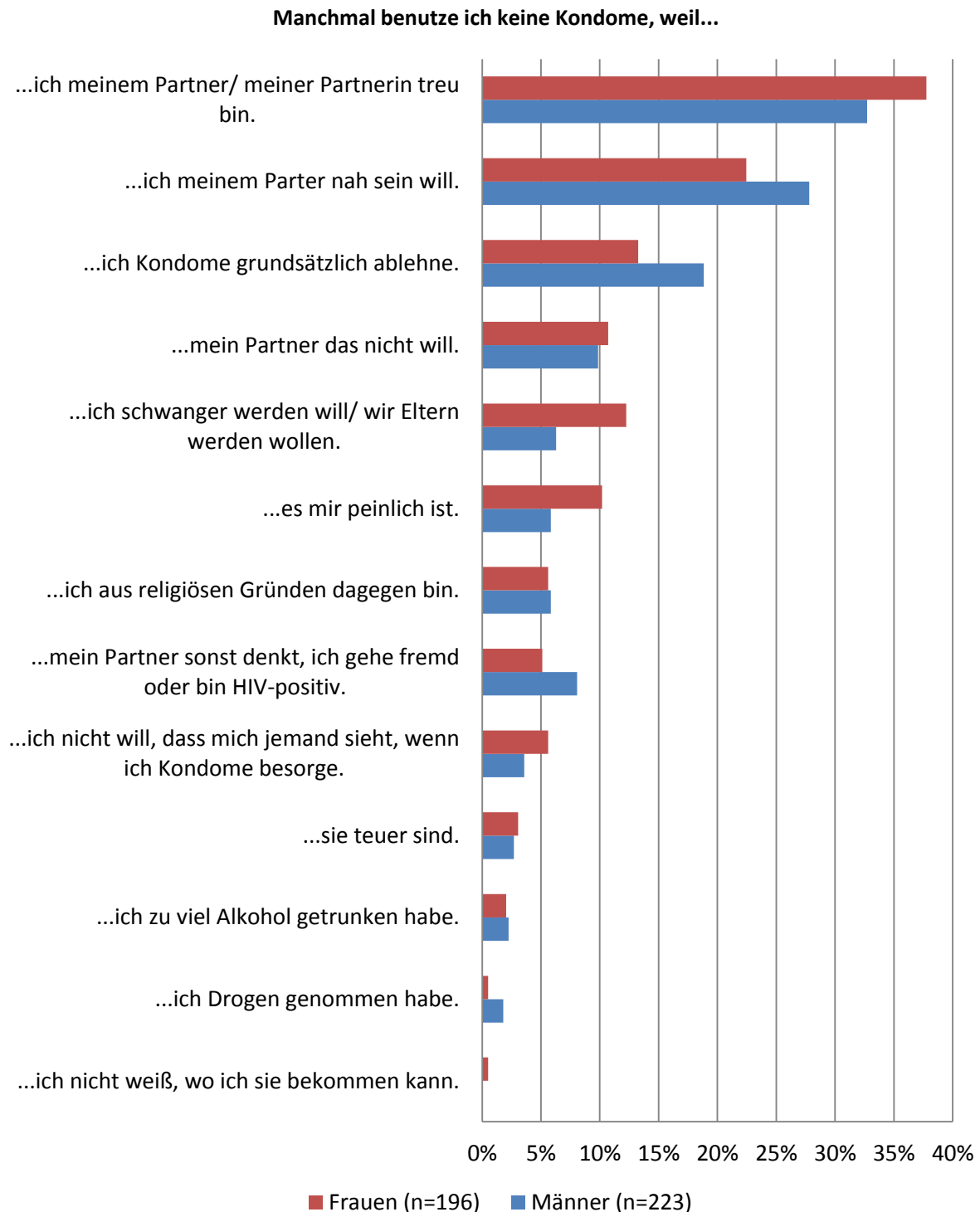
Teilnehmer/innen mit Sex außerhalb der Partnerschaft

* Teilnehmer/innen ohne feste Partner oder Sex außerhalb der Partnerschaft

Unter den Teilnehmer/innen machten 419 Personen 533 Angaben, warum sie manchmal auf Kondome verzichteten (Abbildung 34). Zusätzlich sagten 71 von 419 Personen (17%), sie würden immer Kondome benutzen; 15% (30/196) der Frauen und 18% (41/223) der Männer. Von den Personen, die angegeben haben, immer Kondome zu benutzen, hatten 7% (5/71) kein Kondom beim letzten Sex verwendet.

Der wichtigste von den Studienteilnehmer/innen genannte Grund dafür, manchmal auf Kondome zu verzichten, war Treue gegenüber der Partnerin/ dem Partner (35%; 147/419), gefolgt von dem Wunsch, ihr/ihm nahe sein zu wollen (25%; 106/419) und einer grundsätzlichen Ablehnung von Kondomen (16%; 68/419). Männer (19%; 42/223) lehnten Kondome häufiger als Frauen (13%; 26/196) grundsätzlich ab, während Frauen (12%; 24/196) häufiger als Männer (6%; 14/223) auf Kondome verzichteten, weil sie ein Kind bekommen möchten (Abbildung 34).

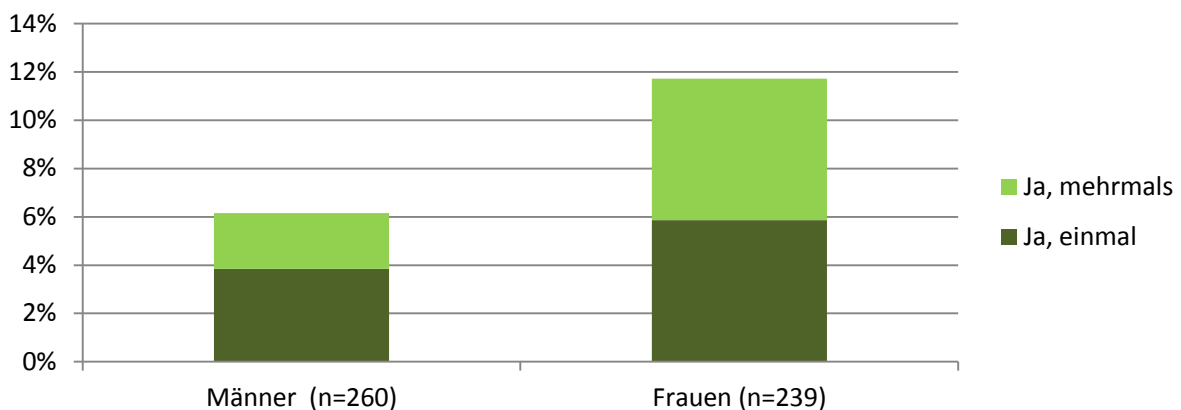
Abbildung 34: Gründe manchmal keine Kondome zu benutzen (533 Angaben von 419 Personen)



6.7 Sexualisierte Gewalt

Ein Vulnerabilitätsfaktor für eine Infektion mit HIV, Hepatitis oder anderen STI ist sexualisierte Gewalt, nach deren Erleben ebenfalls gefragt wurde. Von 499 Teilnehmer/innen, die die Frage nach sexualisierter Gewalt beantworteten, waren 8,8% (44/499) jemals zum Sex gezwungen worden. Etwa jede achte Frau berichtete, ein- oder mehrmals zum Sex gezwungen worden zu sein (12%; 28/239). Unter den Männern berichtete etwa jeder siebzehnte von ein- oder mehrmaligem Zwang (6,1%; 16/269) (Abbildung 35). Ein Viertel der betroffenen Frauen (25%; 7/28) und die Hälfte der betroffenen Männer (50%; 8/16) ist in Deutschland zum Sex gezwungen worden.

Abbildung 35: Studienpopulation nach erlebter sexualisierter Gewalt (n=44)



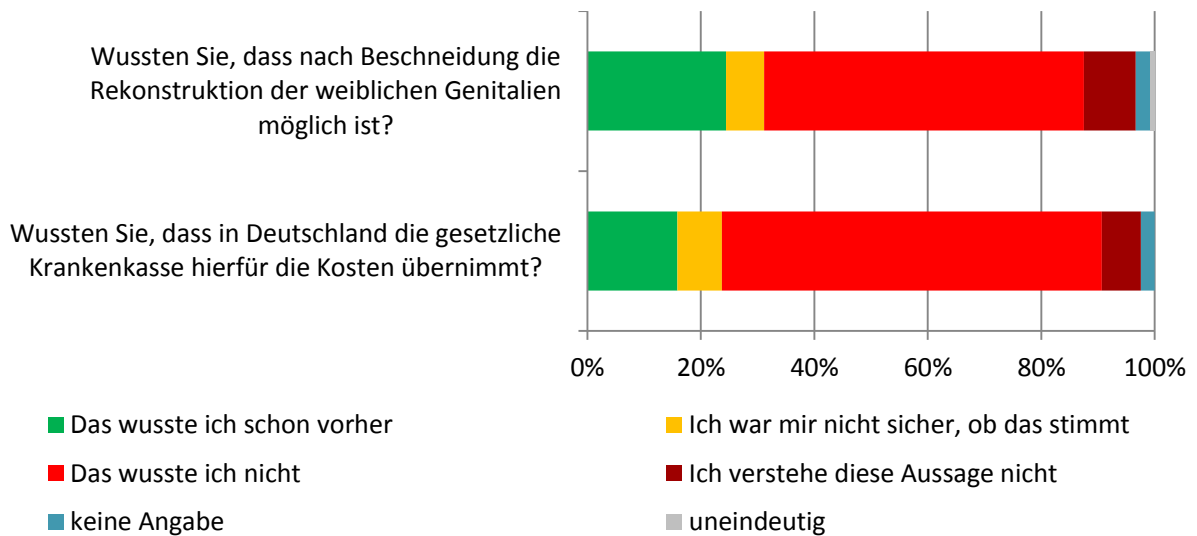
6.8 Beschneidung bei Frauen und Männern

Die Mehrheit der befragten Männer war beschnitten (83%; 228/274).

Etwa ein Sechstel der befragten Frauen gaben an, beschnitten zu sein (14%; 37/536). Am häufigsten waren Frauen zwischen 36 und 45 Jahren beschnitten (21%; 14/67), am seltensten die Altersgruppe zwischen 18 und 25 Jahren (7,1%; 4/56). Keine der Frauen, die in Deutschland geboren waren, war beschnitten. Achtundsiebzig Prozent (29/37) der beschnittenen Frauen waren in einem westafrikanischen Land geboren, die meisten davon in Nigeria (n=12) und Guinea (n=5). Von den befragten Muslimas waren 43% (15/35) beschnitten, von den befragten Christinnen 9,8% (21/215).

Bei den in Abbildung 36 präsentierten Statements handelt es sich um wahre Aussagen und die Befragten sollten angeben, ob ihnen dies bereits bekannt war. Etwa ein Viertel der Befragten wusste, dass die Rekonstruktion der weiblichen Genitalien nach Beschneidung möglich ist (24%; 131/526). Dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten übernimmt, wusste etwa ein Sechstel (15%; 85/536) (Abbildung 36). Frauen wussten häufiger, dass eine Rekonstruktion möglich ist (28%; 73/262) als Männer (21%; 58/274) und dass die Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden können (21%; 55/262 vs. 11%; 30/274).

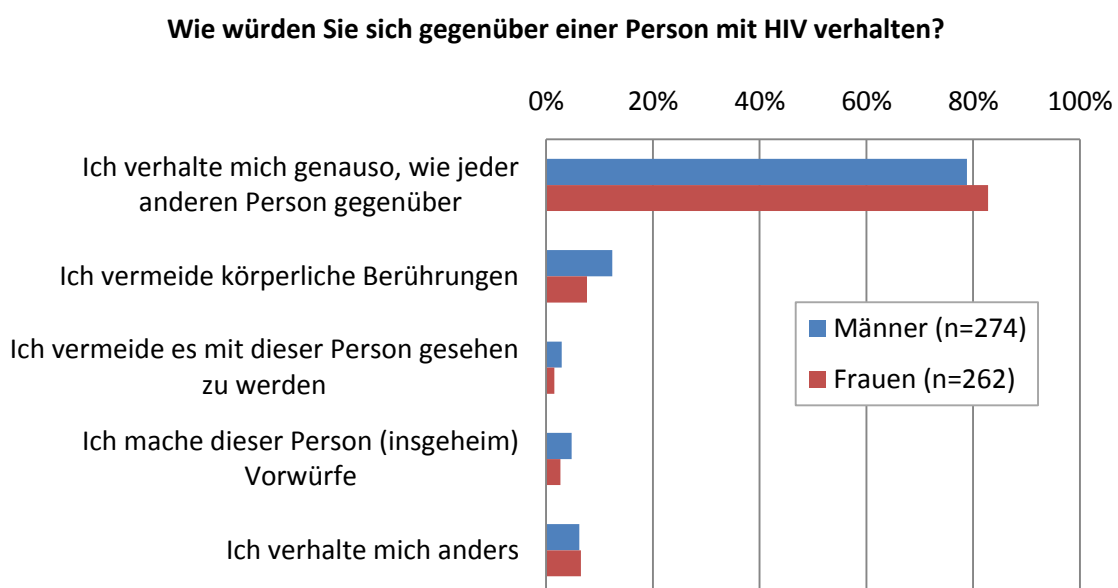
Abbildung 36: Wissen der Studienpopulation zu weiblicher Beschneidung (n=536)



6.9 Verhalten gegenüber HIV-Positiven

Über vier Fünftel der Teilnehmer/innen gaben an, sich gegenüber HIV-positiven Menschen genauso wie gegenüber anderen Menschen zu verhalten. Männer gaben etwas häufiger als Frauen an, Berührungen zu vermeiden oder insgeheim Vorwürfe gegenüber dieser Person zu hegen (Abbildung 37). Unter den insgesamt 34 Personen, die angegeben hatten, sich anders zu verhalten, gaben 23 an, wie sie sich verhalten würden: sechs gaben an vorsichtiger zu sein, drei Angst zu haben, zwei, nicht zu wissen, wie sie sich verhalten würden und zwei würden Blutkontakt vermeiden. Alle anderen Antworten wurden jeweils nur einmal genannt und reichten von „freundlicher“ bis zu „nicht mit der Person reden“.

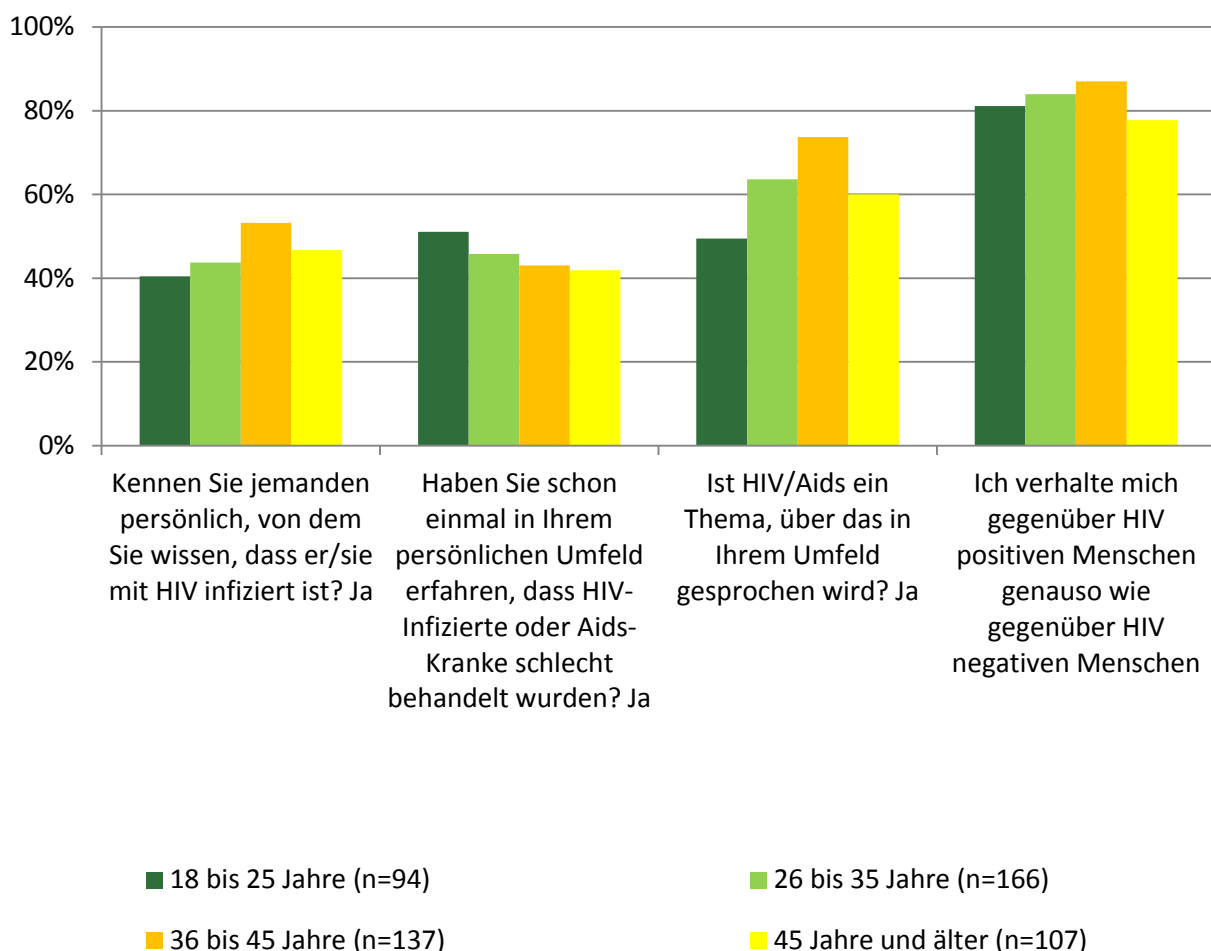
Abbildung 37: Verhalten der Studienteilnehmer/innen gegenüber HIV-positiven Menschen (n=536)



Einen signifikanten Unterschied zwischen normalem und eher stigmatisierendem Verhalten gab es nicht zwischen Männern und Frauen, Teilnehmer/innen über und unter 30 Jahren, Teilnehmer/innen mit unterschiedlichen Aufenthaltsdauern in Deutschland, Deutschkenntnissen, Einkommen, Versicherungsstatus oder Religion; auch die Art der Fragebogenadministration zeigte keinen signifikanten Einfluss auf das angegebene Verhalten. Sich normal zu verhalten, berichteten seltener Befragte mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (77%; 90/117 vs. 85%; 318/375); OR=0,60; 95%-KI 0,36-1,00). Studienteilnehmer/innen, die jemanden mit HIV persönlich kannten (91%; 211/232), gaben signifikant häufiger als Menschen, die keine HIV-positive Person kannten (76%; 195/258) an, sich normal zu verhalten (OR 3,25; 95%-KI 1,91-5,52).

Insgesamt gaben 45% der Teilnehmer/innen an, jemanden zu kennen, der/die HIV-positiv ist. Menschen zwischen 36 und 45 Jahren gaben am häufigsten an, jemanden mit HIV zu kennen und HIV als Thema wahrzunehmen, über das im Umfeld gesprochen wird (Abbildung 38).

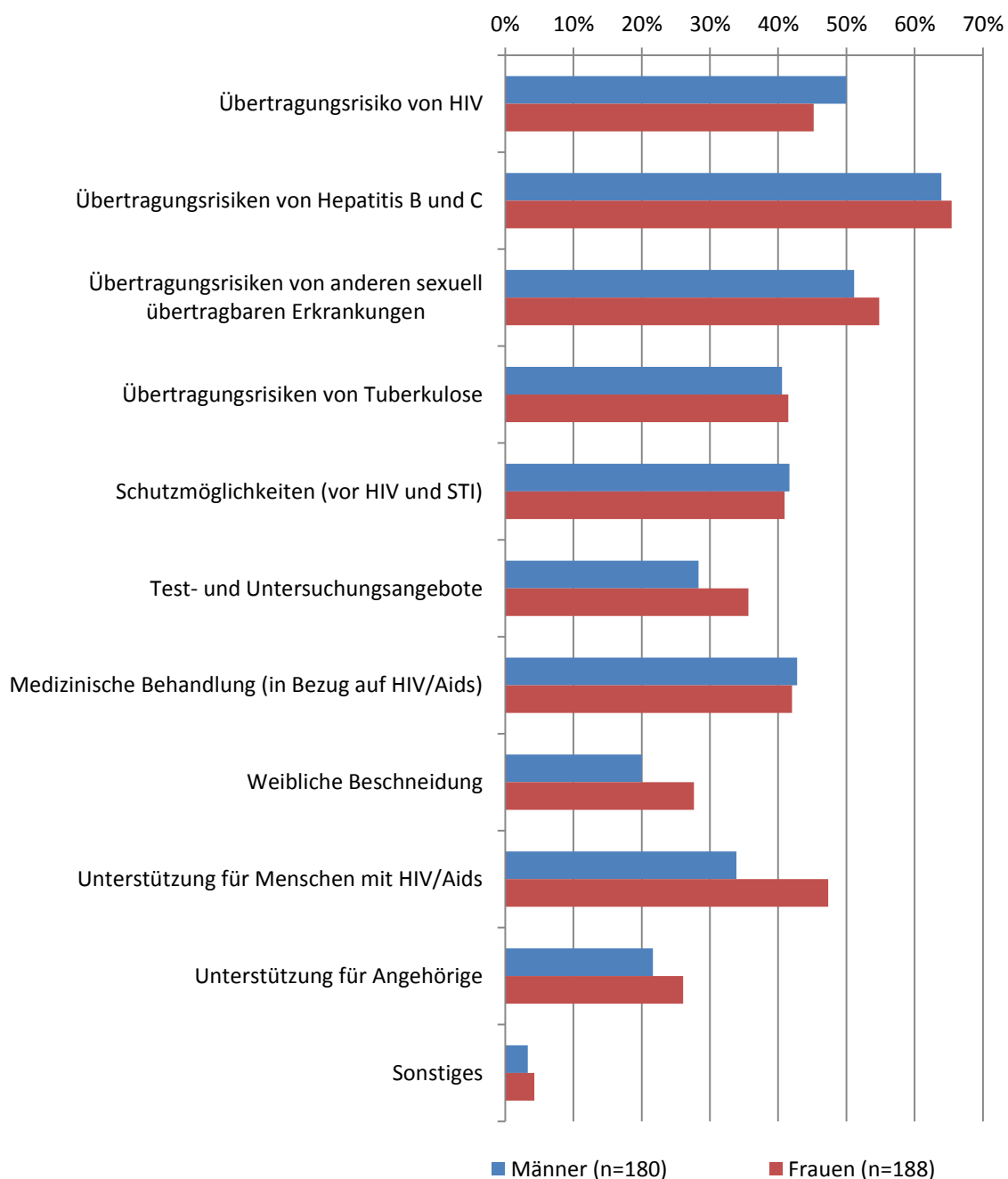
Abbildung 38: Stigma gegenüber HIV-positiven Personen nach Alter (n=504)



6.10 Informationswünsche der Befragten

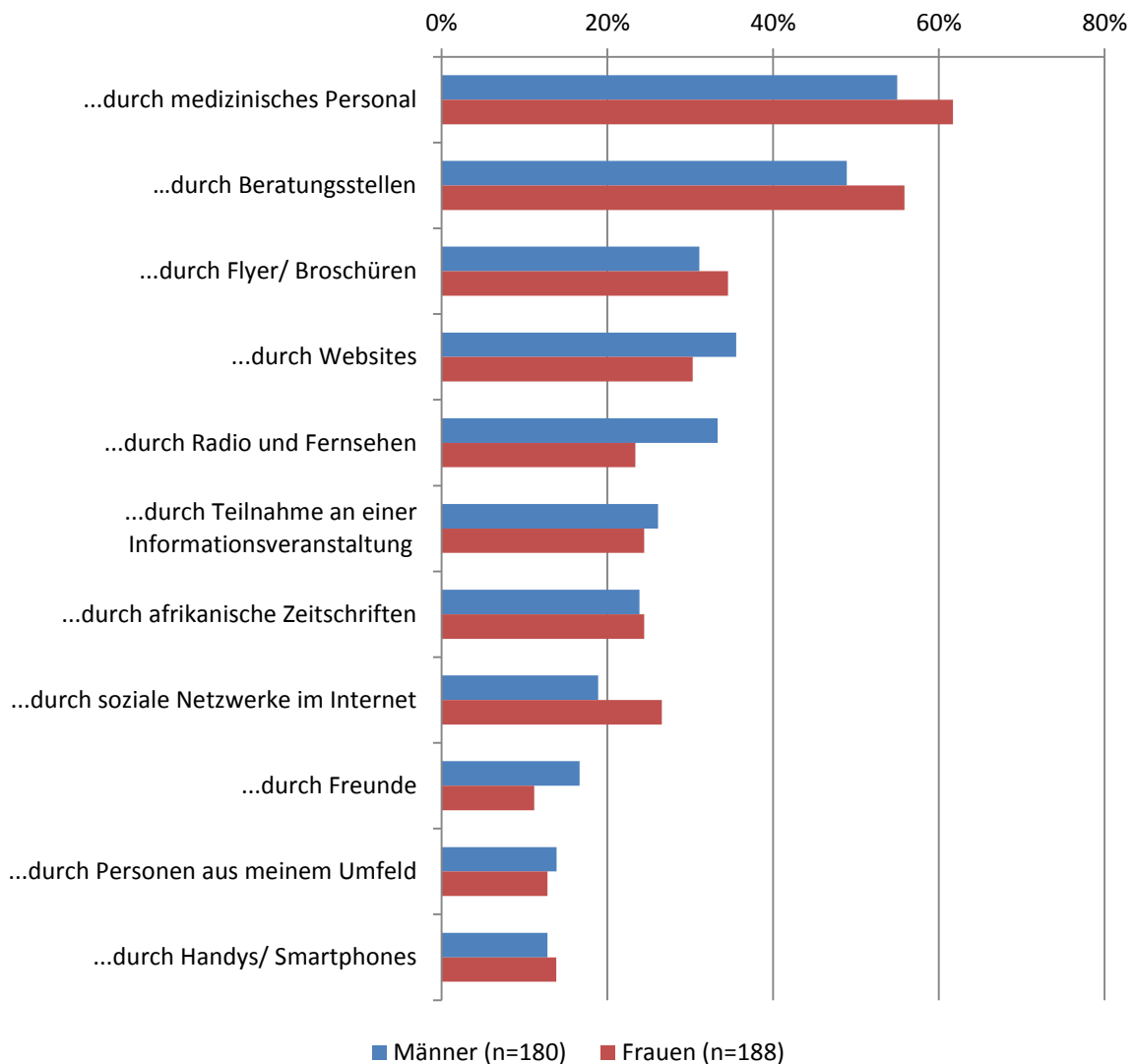
Über zwei Drittel der Befragten gaben Informationswünsche an (69%; 368/536). Von den Teilnehmer/innen mit Informationswünschen wünschten sich fast zwei Drittel mehr Informationen zu Übertragungsrisiken von Hepatitis B und C (65%; 238/368), gefolgt von Übertragungsrisiken für andere STI (53%; 195/368), Übertragungsrisiken für HIV (47%; 175/368), Therapiemöglichkeiten für HIV (42%; 156/368), Schutzmöglichkeiten vor HIV (41%; 152/368) und Übertragungsrisiken für Tuberkulose (41%; 151/368). Frauen wünschten sich häufiger als Männer zudem Informationen zu Unterstützungsangeboten für Menschen mit HIV (47%; 89/188 vs. 34%; 61/180) und Testangeboten (36%; 67/188 vs. 28%; 51/180) (Abbildung 39).

Abbildung 39: Informationswünsche der Studienteilnehmer/innen (n=368)



Die am häufigsten gewünschte Informationsquelle stellte medizinisches Personal dar (58%; 215/368), gefolgt von Beratungsstellen (52%; 193/368), Flyer/Broschüren und Webseiten (jeweils 33%; 121/368). Frauen nannten medizinisches Personal (61%; 116/188 vs. 55%; 99/180) und Beratungsstellen (56%; 105/188 vs. 49%; 88/180) häufiger als Männer (Abbildung 40).

Abbildung 40: Gewünschte Informationswege der Studienteilnehmer/innen (n=368)



6.11 Unterschiede in der Beantwortung der Fragen nach Ausfüllmodus

Da die Art der Fragebogenadministration einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen haben kann, wurde in allen univariablen Analysen im Hinblick auf Wissen zu viralen Hepatitiden, HIV und anderen STI, der Inanspruchnahme von Testangeboten und Verhalten gegenüber HIV-Positiven auf eine mögliche Beeinflussung der Antwort durch den Ausfüllmodus (Interview und Telefonbefragung vs. Selbstausfüllung) kontrolliert.

In der univariablen Analyse hatte die Art der Fragebogenadministration keinen Einfluss auf das Wissen zu Hepatitis sowie die Inanspruchnahme von Hepatitis B Impfung.

Teilnehmer/innen, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten, wussten häufiger als Teilnehmer/innen, die interviewt worden sind, was Feigwarzen sind (37%; 123/332 vs. 27%; 50/185; OR 1,64; 95%-KI 1,10-2,42) und das Afrikaner/innen nicht ausgewiesen werden können aufgrund einer HIV-Diagnose (70%; 235/336 vs. 58%; 112/193; OR 1,70; 95%-KI 1,17-2,46); weitere Unterschiede zeigten sich nicht in Hinblick auf das Wissen zu HIV und STI.

Die Inanspruchnahme von Testungen auf HIV, Hepatitis C und STI wurde in der univariablen Analyse nicht beeinflusst durch die Art der Fragebogenadministration.

In Hinblick auf sexuelle Präferenzen und Sexualverhalten zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Teilnehmer/innen, die den Fragebogen selbst ausgefüllt hatten und denen, die interviewt worden sind für Homosexualität, Sex außerhalb der Partnerschaft und Kondomgebrauch.

Auch die Angaben zum Verhalten gegenüber HIV-Positiven wurden nicht beeinflusst durch die Art der Fragebogenadministration.

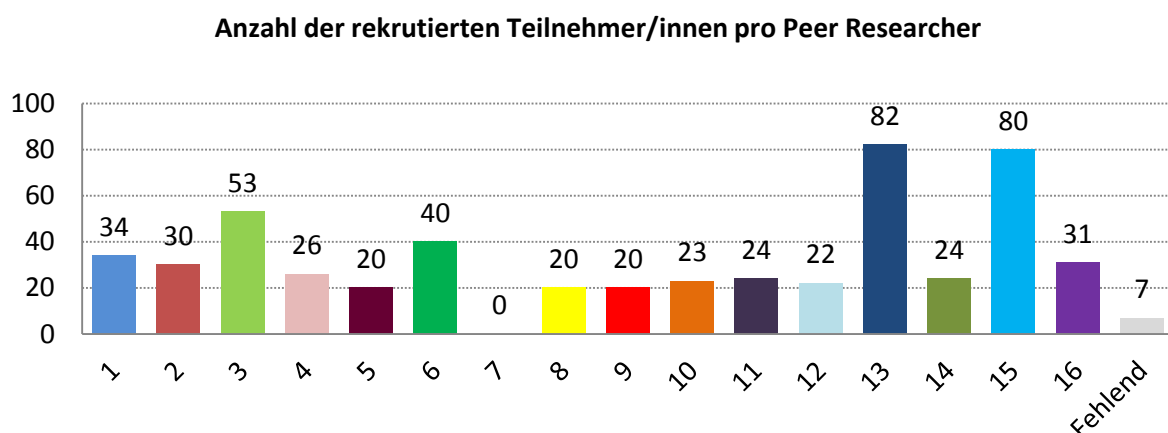
Neben dem Ausfüllmodus selbst könnte im Interview bei sensiblen Fragen wie beispielsweise zu Beschneidung oder Sexualität auch das Geschlecht des interviewenden Peer Researchers einen Einfluss hinsichtlich des Antwortverhaltens haben. Es ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten gegenüber weiblichen und männlichen Peer Researchern in Hinblick auf Sexualverhalten, sexualisierte Gewalt und Beschneidung identifizieren.

6.12 Einfluss des soziodemographischen Hintergrundes der Peer Researcher auf die Zusammensetzung der Stichprobe

Die 15 Peer Researcher waren zwischen 22 und 54 Jahren alt; acht Frauen und sieben Männer. Jeweils drei Peer Researcher kamen aus Ghana und Sierra Leone, jeweils zwei aus Kamerun und Burundi und jeweils ein Peer Researcher aus Angola, Elfenbeinküste, Kenia, Nigeria und Südafrika.

Die 15 aktiven Peer Researcher rekrutierten unterschiedlich viele Teilnehmer/innen, zwischen 20 und 82 Personen (Abbildung 41).

Abbildung 41: Anzahl der rekrutierten Teilnehmer/innen pro Peer Researcher (Peer Researcher 1-16)

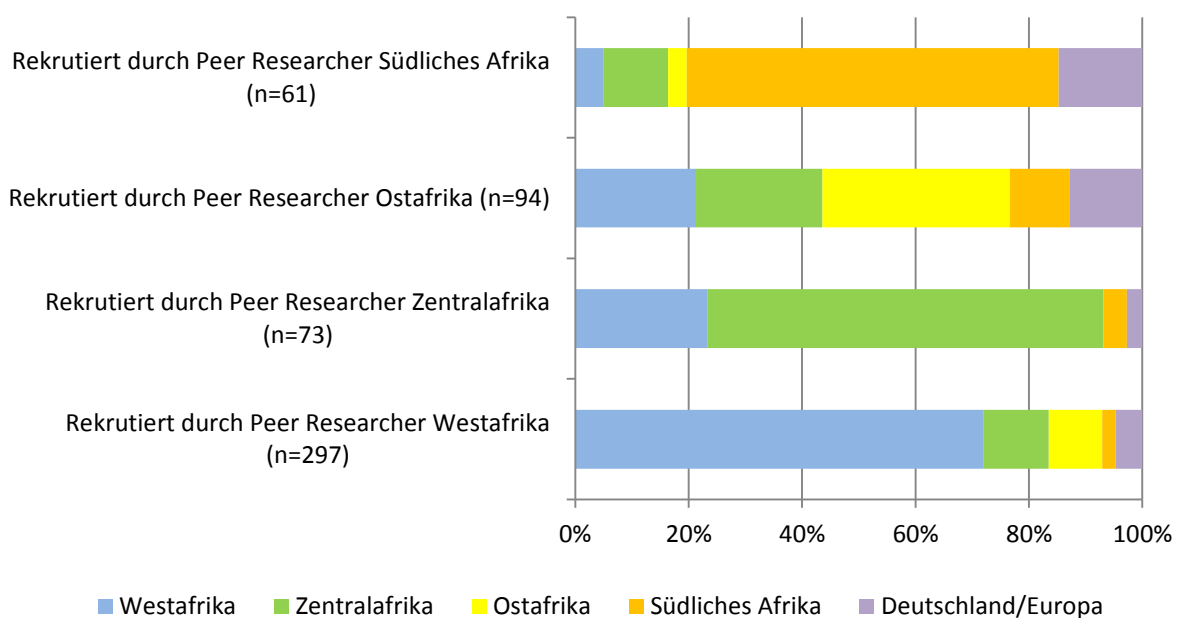


Die männlichen Peer Researcher erreichten zu 59% Männer (119/203 durch Männer rekrutierte Teilnehmer/innen); weibliche Peer Researcher erreichten zu 53% Frauen (174/326 durch Frauen rekrutierte Teilnehmer/innen); Männliche Peer Researcher rekrutierten also signifikant häufiger Männer als weibliche Peer Researcher (OR 1,6; 95%-KI 1,1-2,3).

Auch hinsichtlich des Alters haben Peer Researcher eher Befragungsteilnehmer/innen derselben Altersgruppe erreichen können. Peer Researcher im Alter bis einschließlich 30 Jahren rekrutierten häufiger als ältere Peer Researcher Befragungsteilnehmer/innen, die bis einschließlich 30 Jahre alt waren (43%; 94/217 vs. 32%; 94/296; OR=1,64; 95%-KI 1,14-2,36).

Peer Researcher rekrutierten vorwiegend unter Personen, die aus den gleichen Regionen kamen, wie sie selbst (Abbildung 42).

Abbildung 42: Herkunftsregionen der Peer Researcher und der durch sie rekrutierten Teilnehmer/innen

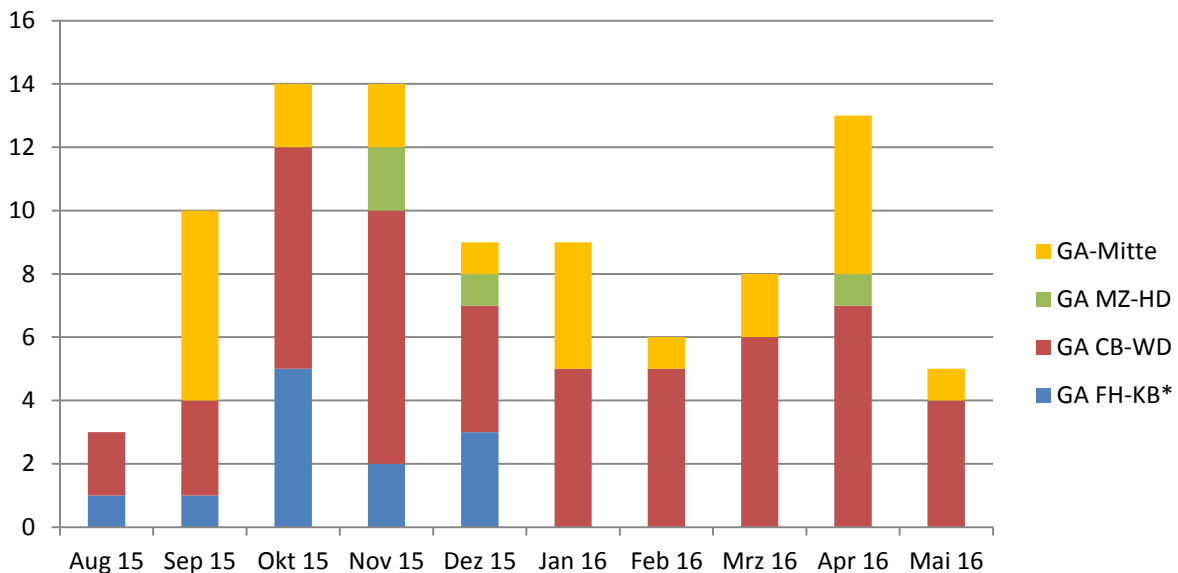


6.13 Inanspruchnahme des Testangebots bei den Zentren für sexuelle Gesundheit in Berlin

Im Fragebogen wurde auf das kostenlose und anonyme Beratungs- und HIV-Testangebot der vier Zentren für sexuelle Gesundheit in Berlin hingewiesen: Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf (GA-CW), Gesundheitsamt Marzahn-Hellersdorf (GA-MH), Gesundheitsamt Mitte (GA-Mitte) und Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg (GA-FH-KB). Die Anzahl der Inanspruchnahme von Testung und Beratung durch Afrikaner/innen stieg während des Studienzeitraumes in allen Zentren leicht an (Abbildung 43). Ob der Anstieg kausal mit der Durchführung der Studie in Zusammenhang steht ist unklar. Auch die zunehmende Anzahl Asylsuchender in Berlin seit August 2015 oder eine zunehmende Bekanntheit des Angebots unabhängig von der MiSSA-Studie könnten Erklärungen für den Anstieg sein. Einige Zentren sahen auch insgesamt eine zunehmende Inanspruchnahme des HIV-Test-Angebotes in dem beobachteten Zeitraum. Ein Zentrum konnte im August 2015 keine HIV Tests

anbieten aber zu Beginn des Jahres 2016 seine Kapazitäten HIV-Tests durchzuführen erweitern, so dass mehr Tests durchgeführt werden konnten. Lediglich eine Person gab in einem Zentrum im Oktober explizit an, aufgrund der MiSSA Studie einen HIV Test durchzuführen.

Abbildung 43: Anzahl der Kontakte mit Afrikaner/innen pro Monat in den Zentren für sexuelle Gesundheit in Berlin, August 2015- Mai 2016



*Zahlen nur bis März 2016 verfügbar

7 Diskussion

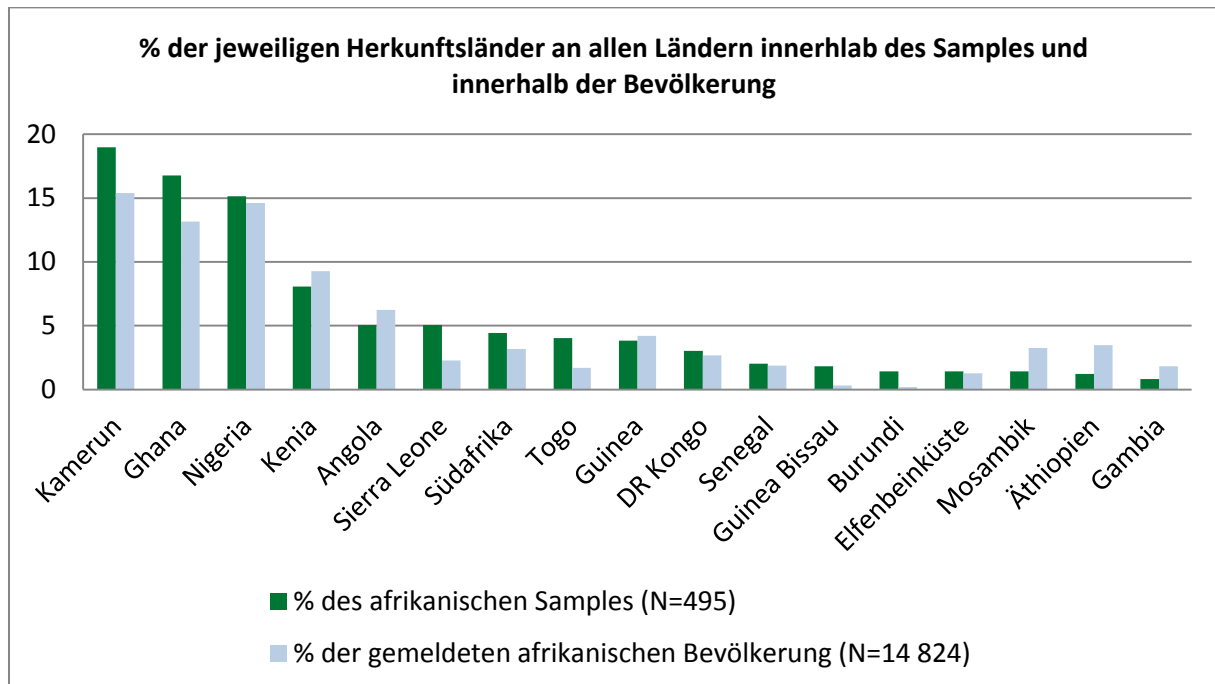
Die präsentierten Ergebnisse wurden den Peer Researchern vorgestellt und gemeinsam diskutiert und interpretiert. Im Folgenden werden diese Überlegungen skizziert und die Ergebnisse im Kontext von anderen wissenschaftlichen Studien diskutiert.

7.1 Soziodemographische Aspekte

Mit der MiSSA-Studie in Berlin wurde eine sehr heterogene Gruppe von Afrikaner/innen erreicht, die die großen afrikanischen Communities in Berlin gut widerspiegelt. Männer und Frauen wurden etwa gleich häufig erreicht und hinsichtlich der Altersverteilung wurden Migrant/innen aus allen Lebensabschnitten des Erwachsenenalters, vorwiegend jedoch innerhalb des reproduktiven Alters erreicht, wie für das Thema der sexuell übertragbaren Erkrankungen erwünscht.

Im Hinblick auf die Geburtsländer der Befragten sind die großen Communities in Berlin gut erreicht worden; dies trifft insbesondere auf Personen zu, die in Kamerun, Nigeria, Ghana, Kenia und Guinea geboren wurden [11]. Personen aus Äthiopien, Mosambik, Gambia und Angola sind hingegen unterrepräsentiert (Abbildung 44). Im Verlauf der Rekrutierung wurde versucht, gezielt Menschen aus diesen Ländern vermehrt zu erreichen, jedoch gestaltete sich insbesondere die Rekrutierung von Migrant/innen aus Äthiopien aufgrund fehlender Begegnungsmöglichkeiten als schwierig.

Abbildung 44: Vergleich des prozentualen Anteils der Herkunftsländer in der Stichprobe an allen Ländern in der Stichprobe mit dem prozentualen Anteil der Staatsbürgerschaft an allen afrikanischen Staatsbürgerschaften in Berlin [11]



Die Hälfte der Teilnehmer/innen lebte bereits mindestens acht Jahre in Deutschland und sprach entsprechend gut Deutsch (56% der Teilnehmer/innen hatten gute oder sehr gute Deutschkenntnisse oder sprachen Deutsch als Muttersprache).

Ein größerer Anteil als in anderen Studienstädten hatte ein Studium abgeschlossen (Berlin 45%; Hamburg 28%; Köln 32%) und insgesamt war das Bildungsniveau der Teilnehmer/innen sehr hoch, nur etwa ein Fünftel hatte keinen oder einen Grund- oder Hauptschulabschluss. Ein Bildungsbias, also eine Verzerrung der Studienergebnisse durch weniger erreichte Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, ist also ebenso wie bei anderen nationalen und internationalen Studien mit vergleichbarem Personenkreis, vorhanden: Bei PaKoMi Hamburg hatte mehr als ein Drittel der Befragten (37%) einen Studienabschluss [6]. Auch in der britischen Bass Line-Studie von 2008 waren Teilnehmer/innen mit hoher Bildung (74%) überrepräsentiert [9]. Die Peer Researcher berichteten, dass die überdurchschnittlich hohe Bildung der Studienpopulation eventuell auch durch die unterschiedliche Zusammensetzung der verschiedenen afrikanischen Communities in Deutschland zu erklären sei, und in Berlin möglicherweise besonders viele Migrant/innen (vor allem aus Kamerun) lebten, die zum Studium nach Deutschland gekommen sind.

In Bezug auf den Lebensunterhalt und das verfügbare monatliche Nettoeinkommen wurde deutlich, dass Männer häufiger arbeiten als Frauen, Frauen hingegen häufiger staatliche Unterstützung benötigten. Zwar zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Hinblick auf die Höhe des Einkommens (<1000 Euro/>1000 Euro monatlich), so dass sich nicht sofort ein Gender Pay Gap zeigt (Frauen verdienen genauso viel wie Männer), jedoch gaben mehr Frauen an gar kein eigenes Einkommen zu haben und somit in finanzieller Abhängigkeit zu leben.

Der überwiegende Anteil der Teilnehmer/innen sind Christ/innen. Der niedrige Anteil Muslime/Muslimas in der Stichprobe wurde durch eine strategische Nachrekrutierung versucht zu erhöhen, indem einzelne Peer Researcher sehr gezielt und erfolgreich Muslime angesprochen und rekrutiert haben. Insgesamt vermuteten die Peer Researcher für Berlin auch in der Grundgesamtheit der Afrikaner/innen in Berlin einen deutlich kleineren Anteil an Muslimen als Christ/innen bedingt durch die großen Communities aus Kamerun, Ghana und Kenia, die überwiegend christlich geprägt sind.

7.2 Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung

Nur wenige der Teilnehmer/innen waren nicht regulär krankenversichert oder nur über einen Behandlungsschein versorgt. Da der Anteil nicht regulär krankenversicherter in Berlin unbekannt ist, ist es nicht möglich die Repräsentativität dieses Anteils einzuschätzen, es erschwert jedoch Aussagen über die nicht-versicherten Migrant/innen in Berlin zu treffen. Während der Prozessevaluationen wurde über die Rekrutierung erst kürzlich in Berlin angekommener Migrant/innen wie beispielsweise Asylsuchende diskutiert, die einen Krankenschein benötigen für die nicht-notfallmäßige medizinische Versorgung; die hohe Vulnerabilität, die schwere Erreichbarkeit und die begrenzten Möglichkeiten im Falle eines medizinischen Problems Unterstützung bieten zu können, haben jedoch große Hindernisse bei der Rekrutierung dargestellt.

Der häufige Kontakt der Teilnehmer/innen mit Ärzt/innen und Krankenhäusern – fast die Hälfte aller Befragten war im vergangenen Monat mindestens einmal bei Ärzt/innen oder im Krankenhaus – kann eine Möglichkeit der Informationsvermittlung und Testung sein. Dies gilt insbesondere für MiSSA, die eine reguläre Krankenversicherung besitzen und für Frauen.

7.3 Wissen, Verhalten, Stigma und Informationsbedarfe

Hepatitis B und C

Das Wissen der Teilnehmer/innen in Hinblick auf virale Hepatitiden war in den meisten Bereichen besser als in den Studienstädten Hamburg, München und Köln und kann durch den hohen Bildungsstand der Teilnehmer/innen in Berlin bedingt sein. Positiv beeinflusst wurde das Wissen vor allem durch das Vorhandensein von Krankenversicherung, höhere Bildung, sowie gute Deutschkenntnisse und Aufenthaltsdauer über fünf Jahre. Der positive Effekt dieser Faktoren auf das Wissen kann bedeuten, dass das Wissen zu Hepatitis vorwiegend in Deutschland erworben wurde, möglicherweise vermittelt durch den Krankenversicherungsstatus (z. B. durch Informationen der Krankenkasse oder durch häufigeren Kontakt mit dem Gesundheitswesen). Die Peer Researcher berichteten, dass das Interesse an Hepatitis groß war und an sie zum Teil schwierige Fragen zu den verschiedenen viralen Hepatitiden gestellt worden sind.

Gleichzeitig waren Schutzmöglichkeiten wie die Impfung gegen Hepatitis B nur knapp zwei Dritteln bekannt und weniger als die Hälfte der Teilnehmer/innen war geimpft. Möglicherweise hat jedoch ein Teil der Befragten eine Hepatitis B durchgemacht (und es besteht entsprechend keine

Impfindikation); Hepatitis B und C weisen in den Herkunftsländern in der Regel eine sehr hohe Prävalenzen auf [18, 19]. Die ausbaufähige Durchimpfungsrate sowie die seltene Testung auf Hepatitis C (weniger als ein Viertel war jemals getestet worden) erklärten die Peer Researcher mit dem fehlenden Wissen über Impfeempfehlungen und Konsequenzen einer Hepatitis-Diagnose; vielfach würde Hepatitis B und C mit „einer Kinderkrankheit, bei der man gelb wird und Durchfall hat“ (Hepatitis A) verwechselt werden und nicht als chronische und potentiell bedrohliche Erkrankung wahrgenommen.

Die selbst-berichtete Prävalenz von Hepatitis C-Infektionen bezieht sich ausschließlich auf den vergleichsweise kleinen Anteil, der jemals einen Hepatitis C-Test vornehmen lassen hat und ist zudem verzerrt durch die Rekrutierung im unmittelbaren Umfeld unseres lokalen Projektpartners Afrikaherz, der Betroffene und Angehörige zu HIV berät und die Hepatitis C-Prävalenz unter HIV-Positiven höher sein kann. Die erhobene Prävalenz sowohl für HIV als auch für Hepatitis könnte zusätzlich überschätzt sein, weil Menschen, die eine Infektion fürchten, eher einen Test vornehmen und deshalb unter den Getesteten wahrscheinlich mehr Positive sind als unter den Nicht-Getesteten.

Dass durch die Peer Researcher geäußerte große Interesse der Befragten an Hepatitis spiegelt sich in den Angaben zu Informationswünschen wieder, Informationen zu Übertragungsrisiken von Hepatitis B und C wurden am häufigsten als Informationsbedarf benannt.

HIV

Insgesamt war das Wissen zu HIV-Übertragungswegen sowie über die Existenz eines Tests und Medikamenten unter den Befragten sehr gut. Die meisten dieser allgemeinen Informationen zu HIV wussten Menschen mit höherer Bildung häufiger als Menschen mit niedriger Bildung. Dass man eine HIV-Infektion nicht sehen kann, es Medikamente gibt, aber HIV nicht heilbar ist wussten Frauen häufiger als Männer. Dass STI das Risiko erhöhen sich mit HIV zu infizieren, wussten Menschen, die erst kürzer in Deutschland waren häufiger als Menschen, die schon über fünf Jahre in Deutschland leben, so dass sich vermuten lässt, dass STI und ihre Risiken eventuell in einigen afrikanischen Ländern präsenter sind als in Deutschland.

Die Information, dass es HIV auch in Deutschland gibt, dass man sich kostenlos und anonym beim Gesundheitsamt testen lassen kann, und dass eine HIV Diagnose kein Ausweisungsgrund ist, war unter anderem Teilnehmer/innen, die schon länger als fünf Jahre in Deutschland leben sowie Teilnehmer/innen, die gut Deutsch sprechen und Teilnehmer/innen, die krankenversichert sind, häufiger bekannt als denen, die kürzer in Deutschland leben, weniger gut Deutsch sprechen und nicht krankenversichert sind. Gerade das kostenlose und anonyme Testangebot, das in verschiedenen mehrsprachigen Sprechstunden durch die Zentren für sexuelle Gesundheit angeboten wird, und die Unabhängigkeit des Aufenthaltsstatus vom HIV Status ist jedoch eine wichtige Information für neu-ankommende, schlecht deutsch-sprechende und Migrant/innen mit unsicherem Aufenthaltsstatus. Die Peer Researcher äußerten, dass die Information, dass eine HIV-Diagnose allein kein Grund für eine Ausweisung ist, breiter verfügbar sein sollte und dass die Informationen wo man

sich wann testen lassen kann und die dabei entstehenden Kosten für Menschen, die nicht mittellos sind, transparenter sein sollten.

Ähnlich der Testquote in den anderen Studienstädten und Studien [12,15] hatten sich in Berlin etwa zwei Drittel der Teilnehmer/innen bereits auf HIV testen lassen. Männer, Teilnehmer/innen unter 30 Jahren, mit niedrigerer Bildung, geringerem Einkommen, ohne Krankenversicherung und ohne Partnerschaft hatten sich seltener testen lassen. Frauen hatten sich zwar insgesamt häufiger testen lassen als Männer, in der Subgruppenanalyse konnte jedoch gezeigt werden, dass nur ein Teil der Frauen tatsächlich häufiger als Männer getestet war, nämlich Frauen mit Kindern, während Frauen ohne Kinder seltener als Männer einen HIV-Test haben durchführen lassen. Als präferierten Anbieter der Testung gaben Frauen häufiger als Männer ihre/n Arzt/ihre Ärztin an, möglicherweise, da sie schon an eine Arztpraxis angebunden sind und ein Vertrauensverhältnis zum Arzt/zur Ärztin besteht. Die Peer Researcher warnten jedoch, dass ein gezieltes Ansprechen von Afrikaner/innen auf HIV-Testung in Arztpraxen, insbesondere, wenn noch kein Vertrauensverhältnis besteht, zu einer Verstärkung von Stigmatisierung führen könnte. Mögliche Testangebote sowohl in Arztpraxen als auch in Gesundheitsämtern und Beratungsstellen sollten diskriminierungsfrei sein. Medizinisches Personal wurden auch als Medium möglicher Informationsweitergabe häufig genannt – die Peer Researcher erklärten in diesem Zusammenhang, dass die Teilnehmer/innen nicht zu speziellen Fachärzten gehen wollen würden, sondern bei ihren Hausärzt/innen oder Frauenärzt/innen beraten werden wollten. Obwohl viele Informationen über HIV bereits bekannt waren, war das Informationsbedürfnis zu HIV sehr groß und sowohl zu Übertragungsrisiken als auch zu Schutzmöglichkeiten, Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützungsangebote für Menschen mit HIV und Aids wurde weiterer Informationsbedarf geäußert.

Die selbst-berichtete Prävalenz von HIV unter den Teilnehmer/innen, die einen HIV Test durchgeführt hatten, war mit 3,1% deutlich höher als die durchschnittliche Prävalenz in Deutschland. Diese erhobene Prävalenz selbst-berichteter Diagnosen kann stark abweichen von der tatsächlichen Prävalenz in der afrikanischen Bevölkerung in Berlin, da die Rekrutierung teilweise im Umfeld des lokalen Projektpartners Afrikaherz vorgenommen wurde und im Umfeld einer HIV-Beratungsstelle mit einer ungewöhnlichen hohen Anzahl HIV-Positiver Menschen zu rechnen ist. Die tatsächliche Prävalenz ist deshalb wahrscheinlich geringer.

STI

Neben Hepatitis und HIV wurde auch das Wissen zu verschiedenen STI erhoben. Während Gonorrhö und Syphilis über drei Viertel der Befragten bekannt waren, kannte nur die Hälfte der Befragten Herpes und etwa ein Drittel Feigwarzen und Chlamydien; eine ähnliche Verteilung zeigte sich in den anderen Studienstädten. In der von der BZgA durchgeführten Studie „Aids im öffentlichen Bewusstsein“ in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands waren Syphilis, Gonorrhö, Hepatitis und Herpes über 90% der Frauen und Männer bekannt. Von Chlamydien hatten 53% der Frauen, aber nur 37% der Männer gehört, von Feigwarzen 41% der Frauen und 26% der Männer [20]. Insgesamt scheint damit das Wissen zu STI unter den Befragten weniger gut zu sein als in der

Allgemeinbevölkerung, was jedoch aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmodi täuschen kann. In der BZgA-Studie wurden STI zunächst ungestützt, also ohne das Vorlesen der Namen der STI, erfragt und anschließend bei Unbekanntheit unter Nennung der Namen danach gefragt, ob die Befragten bereits von diesen STI gehört hätten. Dieses Vorgehen sowie zusätzlich die Erhebung als computergestütztes Telefoninterview kann durchaus zu einer Überschätzung der Bekanntheit der STI durch sog. *priming* sowie durch sozial erwünschtes Antwortverhalten führen. In der MiSSA-Studie wurden alle fünf STI sowie die Kategorie „Ich kenne keine davon“ direkt vom Interviewer vorgelesen bzw. konnten vom Befragten gelesen werden. Teilnehmer/innen mit höherer Bildung kannten alle Krankheiten außer Gonorrhö häufiger als Teilnehmer/innen mit niedrigerer Bildung. Menschen über 30 Jahren, mit schlechten Deutschkenntnissen und weniger als fünf Jahren Aufenthalt in Deutschland kannten Gonorrhö deutlich häufiger. Die insgesamt große Bekanntheit von Gonorrhö und die besondere Bekanntheit bei Teilnehmer/innen über 30 führten die Peer Researcher darauf zurück, dass viele ältere Teilnehmer/innen Gonorrhö aus ihrem Herkunftsland kennen würden; eine Beobachtung, die plausibel erscheinen lässt, warum ebenfalls das erhöhte Risiko für HIV beim Vorhandensein einer STI Teilnehmer/innen, die erst kürzer in Deutschland sind, bekannter war. Sowohl in Hinblick auf die Bekanntheit der verschiedenen STI als auch in Hinblick auf die Testhäufigkeit gaben die Peer Researcher zu bedenken, dass vielfach in gynäkologischen Praxen STI-Tests durchgeführt werden, ohne dass der konkrete Erreger nach dem gesucht wird benannt wird und so eine Chance verpasst wird Informationen weiter zu geben. So gaben Teilnehmer/innen unter 30 Jahren zu 44% an von Chlamydien noch nicht gehört zu haben, obwohl seit 2011 Frauen bis einschließlich 25 Jahren jährlich in gynäkologischen Praxen auf Chlamydien gescreent werden sollten.

Sexualverhalten und Risikosituationen

Männer gaben häufiger an, wechselnde Sexpartner/innen zu haben, Frauen gaben jedoch häufiger inkonsistenten Kondomgebrauch an. Die häufigeren angegebenen Sexpartner/innen außerhalb der Partnerschaft bei Männern, könnten vorgestellte Männlichkeitsnormen widerspiegeln, die seltenere Kondombenutzung bei Frauen eventuell Scheu die Kondombenutzung einzufordern. Der am häufigsten genannte Grund für den Verzicht auf Kondome war sexuelle Treue gegenüber dem Partner, wobei innerhalb der Stichprobe jeder dritte Mann und jede achte Frau auch außerhalb der festen Partnerschaft Sex hatte. Insgesamt gaben nur die Hälfte der Teilnehmer/innen an mit nicht-festen Partner/innen Kondome zu benutzen. Kondombenutzung wurde von einigen Peer Researchern als ein stark tabuisiertes Thema beschrieben. Zudem könnte die wahrgenommene Abwesenheit von HIV und Infektionskrankheiten als Thema in der Öffentlichkeit in Deutschland im Vergleich zu vielen afrikanischen Ländern zu einem Prozess der Verdrängung des Risikos führen und damit zu seltenerer Benutzung von Kondomen. Auch im Rahmen der Rekrutierung wurde die Tabuisierung von Kondomen insbesondere in religiösen Settings daran deutlich, dass Peer Researcher die Kondome zum Teil aus den Incentive-Tütchen entfernt haben, bevor sie mit dem Fragebogen und dem Informationsmaterial auf potentielle Teilnehmer/innen zugegangen sind.

Sexualisierte Gewalt haben etwa doppelt so viele Frauen wie Männer erlebt, insgesamt fast jede 10. Person in der Stichprobe. Während die überwiegende Anzahl der Gewalterfahrungen im

Herkunftsland gemacht wurde, war auch ein Viertel der betroffenen Frauen und die Hälfte der betroffenen Männer in Deutschland von sexualisierter Gewalt betroffen.

Stigma

Vier Fünftel der Befragten berichtete, sich gegenüber Menschen mit HIV genauso zu verhalten, wie gegenüber allen anderen auch, Teilnehmer/innen mit höherer Bildung und Teilnehmer/innen, die jemanden kannten, der oder die HIV-positiv ist, verhielten sich häufiger gegenüber HIV-Positiven so wie gegenüber anderen Menschen. Da nur 45% der Studienteilnehmer/innen angaben, jemanden mit HIV zu kennen, kann der hohe Akzeptanzwert („Ich verhalte mich genauso wie jeder anderen Person gegenüber.“) vielleicht nur als theoretisch gewertet werden. Die Peer Researcher berichteten, dass die Antwort, sich genauso zu verhalten wie gegenüber anderen Menschen möglicherweise stark durch die soziale Erwünschtheit der Antwort beeinflusst war. Vergleichsdaten zum Verhalten gegenüber HIV-Positiven für die deutsche Allgemeinbevölkerung gibt es nicht. Lediglich eine Frage des World-Value Surveys adressiert die Thematik indirekt. Es wird gefragt, ob man jemanden mit Aids NICHT als Nachbar haben will; 25% der deutschen Befragten (2012) gaben an, dies nicht zu wollen [21].

Informationsbedarfe

Die identifizierten Informationsbedarfe in Bezug auf Virushepatitiden, STI und auch HIV deckten sich mit den subjektiven Präventionsbedürfnissen der Befragten. Bei der Implementierung von Präventionsangeboten könnten Virushepatitiden als Türöffner dienen, denn die Peer Researcher berichteten, dass diese Informationen auf sehr großes Interesse bei den Befragten stießen und diese sehr neugierig waren. Generell sollten ebenfalls Themen sexueller Gesundheit in breitere Gesundheitsthemen eingebettet werden, um so das Tabu vom Thema Sexualität und damit zusammenhängenden Infektionen zu verringern.

Informationsmedien sollten zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und die unmittelbare Erfahrungswelt der Teilnehmer/innen darin Eingang finden. Die Peer Researcher ergänzten zu den angegebenen Informationswegen, dass Informationen zu STI und HIV von medizinischem Personal nicht an jeden (vermeintlich) afrikanischen Patienten ohne Anlass von Ärzt/innen im Erstkontakt weiter gegeben werden sollten, da dies als diskriminierend und stigmatisierend empfunden werden könnte. Vielmehr könne es sinnvoll sein Hausärzt/innen von Afrikaner/innen für das Thema zu sensibilisieren und im Rahmen eines bereits bestehenden Arzt-Patient-Vertrauensverhältnisses bedarfsangepasst Informationen zu vermitteln. Viele Teilnehmer/innen hätten die letzte Frage zudem als Wunschmöglichkeit an die Peer Researcher wahrgenommen und würden gerne zu Informationsveranstaltungen oder Workshops gehen, die im Nachgang der Studie organisiert werden könnten. Peer Researcher, Beratungsstellen und Teilnehmer/innen artikulierten den Wunsch einer Verstetigung der Informationsweitergabe in den Communities durch ausgebildete Mitglieder der Communities (wie Peer Researcher) und die Einbettung der Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten in breitere gesundheitliche Themen.

7.4 Limitationen

Durch die aufsuchende Rekrutierung im Rahmen eines Convenience Samplings kann keine Repräsentativität gewährleistet werden. Zudem ist nur die gemeldete afrikanische Community in Hinblick auf Staatsangehörigkeit und Geschlechterverteilung bekannt, weitere soziodemographische Merkmale sind unbekannt; und über den zahlenmäßigen Umfang von in Berlin lebenden aber nicht in Berlin gemeldeten Afrikaner/innen gibt es keine verlässlichen Daten. Die Repräsentativität ist daher sowohl durch die Unsicherheiten betreffend die Grundgesamtheit an Menschen mit afrikanischem Migrationshintergrund in Berlin eingeschränkt als auch durch die nicht zufällige Stichprobe. Durch regelmäßige Evaluationen und Zwischenauswertungen wurde versucht, die Rekrutierung zu steuern und somit die großen afrikanischen Communities in Berlin zu erreichen. Zwar konnten die großen afrikanischen Communities, soweit in den Meldedaten abgebildet, proportional in der Studienstichprobe reproduziert werden, eine Repräsentativität im statistischen Sinne kann jedoch nicht gewährleistet werden. Vorannahmen für statistische Messwerte wie OR können deshalb eventuell nicht erfüllt werden und Proportionen sowie Konfidenzintervalle können eher eine Tendenz als eine statistische Wirklichkeit abbilden.

Bei allen statistischen Analysen handelt es sich um univariable Auswertungen, die ein Confounding durch andere Einflussfaktoren möglich machen, d.h. möglicherweise ist nicht der gemessene Einflussfaktor (z.B. Geschlecht) die tatsächliche Ursache der gemessenen Unterschiede (z. B. Proportion der Teilnehmer/innen, die Sex mit nicht-festen Partnern hatten) sondern ein weiterer Faktor (z.B. Alter) ist für den gemessenen Unterschied verantwortlich.

Zusätzlich können die gemessenen Ergebnisse durch verschiedene Verzerrungen verfälscht sein. Dazu gehören der sogenannte „Recall Bias“, der Effekt, dass sich Menschen nicht sicher an lange zurückliegende Ereignisse erinnern können, z. B. HIV-Test in der Schwangerschaftsvorsorge bei Frauen deren Schwangerschaft schon sehr lange zurück liegt. Eine weitere potentielle Verzerrung ergibt sich aus der Verzerrung durch soziale Erwünschtheit. Dies bedeutet, dass insbesondere Personen, die im Interview befragt wurden und den Fragebogen nicht selber allein ausgefüllt haben, 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, weshalb der Einfluss der Fragebogenadministration in einem eigenen Kapitel untersucht worden ist und dort vergleichsweise gering erschien. Es wäre jedoch auch möglich, dass die Verzerrung durch soziale Erwünschtheit die Antworten der gesamten Studienpopulation betrifft – unabhängig von der Art der Fragebogenadministration, da die Befragung durch das RKI und die mögliche Entwicklung von Präventionsmaßnahmen auf Grundlage dieser Befragung möglicherweise als sozialer Druck in eine bestimmte Richtung zu antworten wahrgenommen wurde von den Teilnehmer/innen.

8 Kommunikation der Ergebnisse und Entwicklung von Empfehlungen

Am 9. März 2016 fand im Robert Koch Institut die Abschlussveranstaltung der Studienstadt Berlin statt. Eingeladen waren Peer Researcher, Community-Vertreter/innen, Praxispartner/innen, Vertreter/innen des ÖGD sowie Vertreter/innen aus verschiedenen Migrationsdiensten und Test- und Beratungsstellen in Berlin. Zunächst wurden die Ergebnisse der Studienstadt Berlin vorgestellt und anschließend in Kleingruppen (nach dem Zufallsprinzip zusammengesetzt aus den Teilnehmer/innen der Abschlussveranstaltung) die folgenden drei Fragestellungen diskutiert:

- Welche Präventionsbotschaften benötigen wir für die afrikanische Community?
- Wie können diese Informationen spezifisch für die afrikanische Community vermittelt werden?
- Welche Ansprechpartner/innen müssen eingebunden werden?

Die Ergebnisse der Kleingruppendiskussion wurden am Ende der Abschlussveranstaltung vorgestellt und im Plenum diskutiert und sind im Folgenden dargestellt.

8.1 Welche Präventionsbotschaften benötigen wir für die afrikanische Community in Berlin?

In der ersten Gruppe wurde zunächst die Notwendigkeit diskutiert im Rahmen eines Community Consultings, mögliche Präventionsfelder und -botschaften mit den afrikanischen Communities, Schlüsselpersonen und religiösen Respektpersonen zu diskutieren und zu erarbeiten.

Als wichtige Präventionsbotschaften wurden die Möglichkeit der anonymen Testung auf HIV und STI in den Zentren für sexuelle Gesundheit und weiteren Test- und Beratungsstellen in Berlin sowie die Information, dass eine HIV Diagnose kein Ausweisungsgrund ist benannt. Um die Bereitschaft sich testen zu lassen zu erhöhen, sollte zudem bekannter gemacht werden, dass es gut wirksame Therapien gibt für alle STI, die entweder eine deutliche Erhöhung der Lebensqualität ermöglichen im Falle von Hepatitis und HIV oder einen schnelle Heilung im Falle anderer STI gewährleisten.

Durch die Gruppe notierte Stichpunkte:

- Community Consulting
 - Workshop mit Community
 - Religious Leaders
- HIV Diagnose kein Grund für Ausweisung
- Die meisten STI sind heilbar, in jedem Fall besser sich untersuchen zu lassen
- Durch Behandlung (HBV, HIV) kann Lebensqualität erhalten bleiben
- Weiterinformation über die anonymen Untersuchungsmöglichkeiten

8.2 Wie können die Informationen spezifisch für die afrikanische Community vermittelt werden?

Es wurden zum einen unterschiedliche Orte benannt, die für die Präventionsarbeit in afrikanischen Communities von Bedeutung sein können, so zum Beispiel Kirchen aber auch Afroshops oder soziale Events. Unter dem Stichwort „Hingehen wo die Leute sind“ wurde betont, dass eine aufsuchende und angepasste Informationsvermittlung am erfolgversprechendsten ist. Sowohl das Wissen als auch

die Bedürfnisse könnten sehr unterschiedlich sein in verschiedenen Gruppen und bei Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern – „Afrika ist kein Land“.

Als adäquate Medien der Informationsweitergabe wurden Flyer und Poster benannt, die beispielsweise in Afroshops verteilt werden könnten. Auch eine App, die mit der afrikanischen Community und dem Afrikanische Gesundheits- und HIV-Netzwerk in Deutschland (AGHNID) entwickelt werden könnte, wurde gewünscht, um eine gezielte Informationsabfrage durch die Nutzer/innen zu ermöglichen.

Als wichtigste Chance der Informationsvermittlung wurde sowohl von den Mitgliedern der afrikanischen Community als auch von den Mitarbeiter/innen des ÖGDs und anderen Beratungsstellen die Ausbildung und dauerhafte Einstellung von Community Health Workers benannt, da das persönliche Gespräch eine Vertrauensbasis und Informationstiefe schafft, die durch andere Medien nicht herstellbar ist. Die Ausbildung und Anstellung der bereits sehr gut geschulten Peer Researcher der vorliegenden Studie in weiteren Gesundheits- und Präventionsfeldern wurde als Ziel formuliert.

Durch die Gruppe notierte Stichpunkte:

- Flyer Verteilen
- Kirche als Ort der Informationsweitergabe
- Peer Researcher als Community Health Worker ausbilden und einstellen
 - o persönliches Gespräch
 - o Keyperson in the African Community
- Soziale Events nutzen
- Afroshops (Poster aufhängen)
- App entwickeln
 - o Netzwerk afrikanischer Organisationen einbinden (AGHNID)
 - o Community Nähe
 - o Was brauche ich genau?
 - o bundesweit
- „hingehen wo die Leute sind“
- Afrika ist kein Land/Wissen von Land zu Land unterschiedlich
- Afrikaner/innen/Community Health Workers mit langfristigen Jobperspektiven versorgen
- Projekte laufen bereits z.B. in Hamburg, Info DAH Broschüre Best Practice von Afroshop Projekt

8.3 Welche Ansprechpartner/innen (Einrichtungen, Community-Organisationen, lokale Netzwerke usw.) müssen eingebunden werden?

Um die Präventionsbotschaften in die Communities zu tragen, wurden afrikanische Vereine genannt, die eingebunden werden müssen, wenn es um Prävention in afrikanischen Communities geht. Auch kirchliche Gemeinden und Moscheen wurden genannt, ebenso wie afrikanische Botschaften. Wichtig wurde eine Zusammenarbeit sowohl mit medizinischem Personal als auch mit Beratungsstellen,

Gesundheitsämtern, den Aidshilfen in Berlin und bundesweit, Migrant/innen-Beratungsstellen sowie dem Landesverband Berlin von Organisationen, tätig in den Bereichen Aids, Hepatitiden, STI (LABAHS e.V.) befunden. Eine Einbindung der Thematik in die Strategie des BMG für STI wurde als wünschenswert benannt.

Durch die Gruppe notierte Stichpunkte:

- medizinisches Personal/ Einrichtungen
- afrikanische Vereine
- religiöse Organisationen
- Gesundheitsämter
- Aidshilfen (Berlin und Deutschland)
- MigrantInnenberatungsstellen
- Zanzu (BzGA Webseite)
- LABAHS (12 Projekte)
- afrikanische Botschaften
- Einbindung in die STI/HIV Strategie des BMGs

9 Tabellenanhang

Tabelle A 1: Wissen der Studienteilnehmer/innen zu Hepatitis; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus (signifikante Ergebnisse fett und kursiv)

Wissen zu Hepatitis nach Geschlecht „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=530)	151	55,9%	175	67,7%	0,62	0,43-0,88
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=532)	156	57,4%	161	61,9%	0,87	0,58-1,17
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=528)	142	53,0%	172	66,2%	0,58	0,41-0,82
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=530)	120	44,6%	153	58,6%	0,58	0,40-0,80
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=528)	96	35,7%	119	45,9%	0,65	0,46-0,93
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=524)	82	30,7%	89	35,6%	0,84	0,58-1,21
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=528)	111	41,3%	123	47,5%	0,78	0,55-1,10
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen. (N=531)	159	58,9%	192	73,6%	0,51	0,36-0,74
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=526)	61	22,9%	78	30,0%	0,69	0,47-1,02
Wissen zu Hepatitis nach Alter „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
n	%	n	%			
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=513)	98	52,4%	219	67,2%	0,54	0,37-0,78
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=515)	110	58,5%	197	60,2%	0,93	0,65-1,34
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=511)	122	65,9%	182	55,8%	1,53	1,05-2,22
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=514)	99	52,9%	167	51,1%	1,08	0,75-1,54
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=510)	71	38,0%	138	42,7%	0,82	0,57-1,19
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=507)	62	33,7%	103	31,9%	1,08	0,74-1,59
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=510)	69	37,1%	156	48,1%	0,63	0,44-0,92

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=513)	118	63,1%	220	67,5%	0,82	0,56-1,20
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=511)	47	25,1%	90	27,8%	0,87	0,58-1,32
Wissen zu Hepatitis nach Bildung „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=528)	62	49,2%	262	65,2%	0,52	0,34-0,78
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=530)	57	44,9%	258	64,0%	0,46	0,30-0,69
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=526)	56	45,5%	256	63,5%	0,48	0,32-0,72
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=528)	45	35,7%	226	56,2%	0,43	0,29-0,65
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=526)	36	28,8%	177	44,1%	0,51	0,33-0,79
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=522)	33	26,4%	137	34,5%	0,68	0,43-1,07
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=526)	46	36,8%	186	46,4%	0,67	0,44-1,02
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=529)	65	51,2%	285	70,9%	0,43	0,29-0,65
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=524)	21	16,7%	117	29,4%	0,48	0,29-0,80
Wissen zu Hepatitis nach Zeit in Deutschland „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=524)	109	58,6%	211	62,4%	0,85	0,59-1,23
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=526)	90	48,4%	222	65,3%	0,50	0,35-0,72
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=522)	98	53,3%	211	62,4%	0,69	0,48-0,99
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=524)	83	45,1%	185	54,4%	0,69	0,48-0,99
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=522)	62	33,5%	148	43,9%	0,64	0,44-0,93
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=518)	49	27,5%	119	35,0%	0,70	0,47-1,05
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=522)	65	35,5%	164	48,4%	0,59	0,41-0,85

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen. (N=525)	108	58,4%	238	70,0%	0,60	0,41-0,87
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=520)	38	20,7%	98	29,2%	0,63	0,41-0,97
Wissen zu Hepatitis nach Deutschkenntnissen „Wusste ich schon“	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=527)	193	64,8%	130	56,8%	1,40	0,98-1,99
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=529)	203	67,9%	111	48,3%	2,27	1,59-3,23
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=525)	199	66,8%	113	49,8%	2,03	1,42-2,89
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=527)	171	57,2%	100	43,9%	1,71	1,21-2,42
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=526)	143	48,1%	71	31,0%	2,07	1,44-2,96
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=521)	116	38,9%	53	23,8%	2,04	1,39-3,01
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=526)	145	48,7%	87	38,2%	1,54	1,08-2,18
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=528)	212	70,9%	137	59,8%	1,64	1,14-2,35
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=523)	98	33,3%	41	17,9%	2,29	1,51-3,47
Wissen zu Hepatitis nach monatl. Nettoeinkommen „Wusste ich schon“	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=406)	144	57,6%	110	70,5%	0,57	0,37-0,87
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=406)	140	56,0%	105	67,3%	0,62	0,41-0,94
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=405)	140	56,0%	101	65,2%	0,68	0,45-1,03
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=406)	121	48,4%	85	54,5%	0,78	0,52-1,17
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=404)	91	36,4%	79	51,3%	0,54	0,36-0,82
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=401)	64	26,0%	63	40,6%	0,51	0,33-0,79
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=403)	99	39,9%	84	54,2%	0,56	0,37-0,84

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=405)	146	58,6%	116	74,4%	0,49	0,31-0,76
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=403)	47	19,0%	56	36,1%	0,41	0,26-0,65
Wissen zu Hepatitis nach Krankenversicherungsstatus „Wusste ich schon“	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=525)	297	63,6%	25	43,1%	2,31	1,33-4,01
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=527)	291	62,0%	22	37,9%	2,67	1,52-4,69
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=523)	287	61,7%	24	41,4%	2,28	1,31-3,98
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=525)	256	54,8%	15	25,9%	3,48	1,88-6,43
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=523)	196	42,2%	15	25,4%	2,14	1,16-3,96
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=520)	159	34,3%	10	17,9%	2,40	1,18-4,88
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=523)	214	46,0%	18	31,0%	1,89	1,05-3,40
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=526)	321	68,7%	29	49,2%	2,27	1,32-3,93
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=521)	130	28,1%	6	10,3%	3,38	1,42-8,07
Wissen zu Hepatitis nach Religion „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=482)	245	61,1%	52	64,2%	0,88	0,53-1,44
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=484)	235	58,3%	49	60,5%	0,91	0,56-1,49
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=480)	235	58,8%	49	61,3%	0,90	0,55-1,47
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=482)	204	50,9%	44	54,3%	0,87	0,54-1,41
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=480)	166	41,6%	35	43,2%	0,94	0,58-1,52
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=476)	122	30,9%	33	40,7%	0,65	0,40-1,06
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=480)	182	45,6%	35	43,2%	1,10	0,68-1,78

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=483)	276	68,7%	47	58,0%	1,58	0,97-2,58
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=478)	95	23,9%	29	35,8%	0,56	0,34-0,94
Wissen zu Hepatitis nach Partnerschaft „Wusste ich schon“	Ja, feste/r Partner/in		Nein, kein/e feste/r Partner/in		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=518)	208	64,2%	110	56,7%	1,37	0,95-1,97
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=520)	200	61,7%	110	56,1%	1,26	0,88-1,81
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=516)	194	60,1%	111	57,5%	1,11	0,77-1,60
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=518)	167	51,7%	98	50,3%	1,06	0,74-1,51
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=517)	140	43,3%	72	37,1%	1,30	0,90-1,87
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=512)	106	33,1%	63	32,8%	1,01	0,69-1,48
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=516)	147	45,5%	80	41,5%	1,18	0,82-1,69
Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=519)	221	68,2%	120	61,5%	1,34	0,92-1,94
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=514)	86	26,8%	50	25,9%	1,05	0,70-1,57
Wissen zu Hepatitis nach Ausfüllmodus „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Hepatitis ist eine Erkrankung der Leber (N=530)	205	61,0%	121	62,4%	0,94	0,66-1,36
Hepatitis B und C können durch Blut sowie wiederbenutzte Nadeln und Spritzen übertragen werden (N=532)	199	58,9%	118	60,8%	0,92	0,64-1,32
Hepatitis B kann auch beim Sex übertragen werden (N=528)	206	61,5%	108	56,0%	1,26	0,88-1,80
Hepatitis B kann auch von der Mutter auf das Kind übertragen werden (N=530)	173	51,5%	100	51,5%	0,99	0,70-1,42
Eine chronische Hepatitis verläuft häufig so, dass man nichts davon bemerkt (N=528)	140	41,8%	75	38,9%	1,13	0,79-1,62
Eine unbehandelte Hepatitis kann zu Krebs führen (N=524)	111	33,5%	60	31,1%	1,12	0,76-1,64
Eine chronische Hepatitis kann wirksam behandelt werden (N=528)	155	46,3%	79	40,9%	1,24	0,87-1,78

Gegen Hepatitis B kann man sich durch eine Impfung schützen (N=531)	229	67,8%	122	63,2%	1,22	0,84-1,77
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung (N=526)	87	26,0%	52	27,1%	0,95	0,64-1,42

Tabelle A 2: Wissen der Studienpopulation zu HIV; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus (signifikante Ergebnisse fett und kursiv)

Wissen zu HIV nach Geschlecht „Wusste ich schon“	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=532)	266	98,2%	259	99,2%	0,41	0,08-2,14
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=528)	155	57,6%	161	62,2%	0,83	0,58-1,17
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=530)	227	84,1%	233	89,6%	0,61	0,37-1,02
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=526)	257	95,9%	248	96,1%	0,94	0,39-2,26
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=522)	232	86,2%	234	92,5%	0,51	0,28-0,91
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=529)	256	94,8%	252	97,3%	0,51	0,20-1,28
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=526)	259	96,3%	244	94,6%	1,49	0,65-3,41
HIV ist nicht heilbar (N=527)	215	79,9%	227	88,0%	0,54	0,34-0,88
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=527)	236	87,7%	242	93,8%	0,47	0,25-0,88
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=532)	162	59,6%	178	68,5%	0,68	0,47-0,97
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=526)	172	64,2%	175	67,8%	0,85	0,59-1,22
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=521)	151	56,8%	157	61,6%	0,82	0,58-1,16
Wissen zu HIV nach Alter „Wusste ich schon“	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=514)	182	97,8%	325	99,1%	0,42	0,09-1,90
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=510)	101	54,9%	202	62,0%	0,75	0,52-1,08
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=513)	165	88,7%	280	85,6%	1,32	0,76-2,28

Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=508)	180	97,8%	307	94,8%	2,49	0,83-7,52
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=505)	171	92,9%	280	87,2%	1,93	1,00-3,70
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=511)	177	95,7%	313	96,0%	0,92	0,37-2,26
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=509)	175	95,1%	310	95,4%	0,94	0,40-2,19
HIV ist nicht heilbar (N=510)	163	87,6%	266	82,1%	1,54	0,92-2,60
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=510)	165	89,2%	298	91,7%	0,75	0,41-1,37
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=514)	102	54,5%	230	70,3%	0,51	0,35-0,73
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=509)	124	67,4%	207	63,7%	1,18	0,81-1,73
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=503)	95	51,9%	202	63,1%	0,63	0,44-0,91
Wissen zu HIV nach Bildung „Wusste ich schon“	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=530)	123	97,6%	400	99,0%	0,41	0,09-1,86
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=526)	54	43,2%	260	64,8%	0,41	0,27-0,62
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=528)	99	78,6%	360	89,6%	0,43	0,25-0,73
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=524)	115	92,0%	389	97,5%	0,30	0,12-0,73
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=520)	97	78,9%	367	92,4%	0,30	0,17-0,54
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=527)	117	93,6%	390	97,0%	0,45	0,18-1,13
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=525)	113	91,1%	388	96,8%	0,34	0,15-0,79
HIV ist nicht heilbar (N=526)	90	72,0%	352	87,8%	0,36	0,22-0,58
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=525)	103	82,4%	373	93,2%	0,34	0,18-0,62
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=530)	63	50,0%	275	68,1%	0,47	0,31-0,70
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=524)	66	53,2%	281	70,2%	0,48	0,32-0,73
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=519)	65	52,0%	241	61,2%	0,69	0,46-1,03

Wissen zu HIV nach Zeit in DE „Wusste ich schon“	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=526)	184	98,9%	335	98,5%	1,37	0,26-7,15
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=522)	120	65,6%	191	56,3%	1,48	1,02-2,14
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=524)	165	89,2%	291	85,8%	1,36	0,78-2,37
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=520)	180	95,7%	320	96,4%	0,84	0,34-2,10
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=516)	167	89,3%	293	89,1%	1,03	0,57-1,83
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=523)	178	94,7%	324	96,7%	0,60	0,25-1,45
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=521)	171	91,0%	326	97,9%	0,22	0,09-0,53
HIV ist nicht heilbar (N=521)	162	87,6%	277	82,4%	1,50	0,89-2,52
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=521)	176	95,1%	296	88,1%	2,64	1,25-5,58
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=526)	128	69,2%	208	61,0%	1,44	0,98-2,10
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=520)	112	59,6%	231	69,6%	0,64	0,44-0,94
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=515)	79	42,7%	223	67,6%	0,36	0,25-0,52
Wissen zu HIV nach Deutschkenntnissen „Wusste ich schon“	↑ Deutsch- kenntnisse		↓ Deutsch- kenntnisse		OR	95%-KI
n	%	n	%			
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=529)	294	98,7%	228	98,7%	0,97	0,21-4,36
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=525)	182	61,5%	132	57,6%	1,17	0,83-1,67
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=527)	260	87,8%	197	85,3%	1,25	0,75-2,06
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=523)	282	97,2%	221	94,8%	1,91	0,77-4,76
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=520)	265	92,3%	199	85,4%	2,06	1,17-3,63
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=526)	285	97,3%	220	94,4%	2,10	0,86-5,17
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=524)	285	97,6%	215	92,7%	3,22	1,31-7,90
HIV ist nicht heilbar (N=524)	253	86,1%	186	80,9%	1,46	0,92-2,32
Es gibt Medikamente, die	265	90,1%	210	91,3%	0,87	0,48-1,58

Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=524)						
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=529)	195	65,2%	142	61,7%	1,16	0,81-1,66
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=523)	207	71,1%	139	59,9%	1,65	1,14-2,37
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=518)	200	69,4%	105	45,7%	2,71	1,89-3,88
Wissen zu HIV nach monatl. Nettoeinkommen „Wusste ich schon“	< 1.000 €		≥ 1.000		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=406)	249	99,6%	154	98,7%	3,23	0,29-35,96
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=404)	137	54,8%	106	68,8%	0,55	0,36-0,84
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=406)	217	86,5%	139	89,7%	0,73	0,39-1,38
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=400)	237	94,4%	146	98,0%	0,35	0,10-1,23
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=397)	220	88,7%	137	91,9%	0,69	0,34-1,40
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=402)	239	95,2%	149	98,7%	0,27	0,06-1,21
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=401)	236	94,0%	146	97,3%	0,43	0,14-1,32
HIV ist nicht heilbar (N=404)	213	85,9%	130	83,3%	1,22	0,70-2,11
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=403)	223	90,3%	141	90,4%	0,99	0,50-1,95
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=406)	148	59,2%	114	73,1%	0,53	0,35-0,82
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=399)	153	61,7%	110	72,8%	0,60	0,39-0,93
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=399)	130	52,2%	103	68,7%	0,50	0,33-0,76
Wissen zu HIV nach Krankenversicherungsstatus „Wusste ich schon“	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=527)	462	98,7%	58	98,3%	1,33	0,16-11,22
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=523)	282	60,8%	30	50,8%	1,50	0,87-2,58
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=525)	406	87,1%	49	83,1	1,38	0,66-2,87

Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=521)	443	95,9%	57	96,6%	0,82	0,19-3,60
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=517)	414	90,2%	48	82,8%	1,92	0,91-4,05
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=524)	450	96,8%	55	93,2%	2,18	0,70-6,81
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=522)	448	96,8%	50	84,7%	5,38	2,24-12,92
HIV ist nicht heilbar (N=524)	392	89,3%	47	79,7%	1,37	0,69-2,71
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=523)	420	90,5%	54	91,5%	0,88	0,34-2,32
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=527)	301	64,3%	35	59,3%	1,24	0,71-2,15
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=521)	314	67,8%	30	51,7%	1,97	1,13-3,41
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=516)	283	61,7%	22	38,6%	2,56	1,45-4,50
Wissen zu HIV nach Religion „Wusste ich schon“	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=484)	399	98,8%	79	98,8%	1,01	0,12-8,76
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=482)	247	61,3%	44	55,7%	1,26	0,77-2,05
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=483)	344	85,6%	72	88,9%	0,74	0,35-1,56
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=478)	385	96,7%	75	93,8%	1,97	0,68-5,70
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=474)	360	91,4%	67	83,8%	2,05	1,03-4,10
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=481)	389	97,0%	74	92,5%	2,63	0,96-7,22
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=479)	388	97,2%	69	86,2%	5,62	2,34-13,48
HIV ist nicht heilbar (N=480)	332	83,2%	72	88,9%	0,62	0,29-1,30
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=479)	367	92,2%	72	88,9%	1,48	0,68-3,24
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=484)	264	65,5%	51	63%	1,12	0,68-1,83
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=479)	278	69,7%	42	52,5%	2,08	1,28-3,39
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=474)	232	58,7%	46	58,2%	1,02	0,63-1,67

Wissen zu HIV nach Partnerschaft „Wusste ich schon“	Ja, feste/r Partner/in		Nein, kein/e feste/r Partner/in		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=520)	324	99,4%	189	97,4%	4,29	0,82-22,31
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=516)	203	62,8%	105	54,4%	1,42	0,99-2,04
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=518)	282	87,3%	170	87,2%	1,01	0,59-1,72
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=515)	308	96,0%	187	96,4%	0,89	0,35-2,26
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=510)	285	89,6%	171	89,1%	1,06	0,59-1,89
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=517)	313	97,2%	184	94,4%	2,08	0,85-5,11
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=515)	312	97,2%	179	92,3%	2,90	1,25-6,77
HIV ist nicht heilbar (N=516)	273	84,3%	160	83,3%	1,07	0,66-1,74
Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=515)	297	92,0%	170	88,5%	1,48	0,81-2,69
Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=520)	218	67,1%	113	57,9%	1,48	1,02-2,13
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=514)	223	69,7%	117	60,3%	1,51	1,04-2,20
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=509)	202	63,3%	98	52,6%	1,62	1,13-2,33
Wissen zu HIV nach Ausfüllmodus. „Wusste ich schon“	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
n	%	n	%			
HIV kann beim Sex übertragen werden (N=532)	334	98,8%	191	98,5%	1,31	0,29-5,92
Menschen, die eine STI haben, haben ein erhöhtes Risiko, sich mit HIV anzustecken (N=528)	208	62,1%	108	56,0%	1,29	0,90-1,85
HIV wird NICHT durch Handschütteln oder Küssen übertragen (N=530)	287	85,2%	173	89,6%	0,66	0,38-1,15
Aids wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt (N=526)	321	96,7%	184	94,8%	1,59	0,66-3,81
Man sieht nicht, ob jemand HIV hat (N=522)	298	90,0%	168	88,0%	1,24	0,70-2,17
Es gibt einen Test der zeigen kann, ob jemand HIV hat oder nicht (N=529)	321	95,8%	187	96,4%	0,86	0,34-2,16
HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (N=527)	321	96,4%	182	93,8%	1,76	0,78-4,01
HIV ist nicht heilbar (N=527)	285	84,8%	157	82,2%	1,21	0,75-1,95
Es gibt Medikamente, die	306	91,3%	172	89,6%	1,23	0,67-2,23

Menschen mit HIV helfen gesund zu bleiben (N=527)

Menschen mit HIV haben ein erhöhtes Risiko, an Tuberkulose zu erkranken (N=532)	220	64,9%	120	62,2%	1,12	0,78-1,62
Afrikaner/innen werden NICHT aus Deutschland ausgewiesen, nur weil sie HIV haben (N=526)	235	70,4%	112	58,3%	1,70	1,17-2,46
In Berlin kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen, z.B. im Gesundheitsamt (N=521)	204	61,8%	104	54,5%	1,35	0,94-1,94

Tabelle A 3: Bekanntheit von STI in der Studienpopulation; Vergleich nach Geschlecht, Altersgruppen, Schulbildung, Aufenthaltszeit in Deutschland, Deutschkenntnissen, monatlichem Nettoeinkommen, Versicherungsstatus, Religion, Partnerschaft und Ausfüllmodus (signifikante Ergebnisse fett und kursiv)

Bekanntheit von STI nach Geschlecht (N=516)	Männer		Frauen		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	220	83,3%	217	86,1%	0,81	0,50-1,31
Syphilis	214	81,1%	206	81,7%	0,96	0,61-1,49
Herpes	127	48,1%	138	54,8%	0,77	0,54-1,08
Feigwarzen	75	28,4%	98	38,9%	0,62	0,43-0,90
Chlamydien	96	36,4%	107	42,5%	0,77	0,54-1,10
Ich kenne keine davon	17	6,4%	9	3,6%	1,86	0,81-4,25
Bekanntheit von STI nach Alter (N=498)	≤ 30 Jahre alt		> 30 Jahre alt		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	143	80,3%	281	87,8%	0,57	0,34-0,93
Syphilis	154	86,5%	252	78,8%	1,73	1,04-2,87
Herpes	105	59,0%	152	47,5%	1,59	1,10-2,30
Feigwarzen	72	40,4%	99	30,9%	1,52	1,03-2,22
Chlamydien	87	48,9%	110	34,4%	1,82	1,26-2,65
Ich kenne keine davon	7	3,9%	17	5,3%	0,73	0,30-1,79
Bekanntheit von STI nach Bildung (N=515)	↓ Bildung		↑ Bildung		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	97	82,2%	339	77,8%	0,79	0,46-1,37
Syphilis	72	61,0%	347	87,4%	0,23	0,14-0,36
Herpes	34	28,8%	231	58,2%	0,29	0,19-0,45
Feigwarzen	20	16,9%	153	38,5%	0,32	0,19-0,55
Chlamydien	24	30,3%	179	45,1%	0,31	0,19-0,51
Ich kenne keine davon	14	11,9%	12	3,0%	4,32	1,94-9,62
Bekanntheit von STI nach Zeit in Deutschland (N=510)	< 5 Jahre		≥ 5 Jahre (inkl. Geburt)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	168	92,8%	264	80,2%	3,18	1,70-5,95
Syphilis	158	87,3%	258	78,4%	1,89	1,13-3,15
Herpes	85	47,0%	178	54,1%	0,75	0,52-1,08
Feigwarzen	67	37,0%	104	31,6%	1,27	0,87-1,86
Chlamydien	72	39,8%	130	39,5%	1,01	0,70-1,46
Ich kenne keine davon	3	1,7%	23	7,0%	0,22	0,07-0,76
Bekanntheit von STI nach Deutschkenntnissen (N=513)	↑ Deutschkenntnisse		↓ Deutschkenntnisse		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	234	80,4%	201	90,5%	0,43	0,25-0,73

Syphilis	243	83,5%	176	79,3%	1,32	0,84-2,07
Herpes	167	57,4%	97	43,7%	1,74	1,22-2,47
Feigwarzen	103	35,4%	69	31,1%	1,21	0,84-1,76
Chlamydien	128	44,0%	75	33,8%	1,54	1,07-2,21
Ich kenne keine davon	16	5,5%	9	4,1%	1,38	0,60-3,18
Bekanntheit von STI nach monatl. Nettoeinkommen (N=394)	< 1.000 €		≥ 1.000 €		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	210	86,8%	128	84,2%	1,23	0,69-2,18
Syphilis	195	80,6%	131	86,2%	0,66	0,38-1,16
Herpes	113	46,7%	88	57,9%	0,64	0,42-0,96
Feigwarzen	72	29,8%	64	42,1%	0,58	0,38-0,89
Chlamydien	89	36,8%	64	42,1%	0,80	0,53-1,21
Ich kenne keine davon	10	4,1%	8	5,3%	0,78	0,30-2,01
Bekanntheit von STI nach Krankenversicherungsstatus (N=512)	Versicherungskarte		Behandlungsschein, nicht versichert, unsicher		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	380	83,9%	54	91,5%	0,48	0,19-1,25
Syphilis	369	81,5%	49	83,1%	0,90	0,44-1,84
Herpes	237	52,3%	25	42,4%	1,49	0,86-2,58
Feigwarzen	156	34,4%	15	25,4%	1,54	0,83-2,86
Chlamydien	181	40,0%	20	33,9%	1,30	0,73-2,30
Ich kenne keine davon	23	5,1%	2	3,4%	1,52	0,35-6,64
Bekanntheit von STI nach Religion (N=472)	Christentum		Islam		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	338	85,4%	65	85,5%	0,99	0,49-1,98
Syphilis	322	82,3%	63	82,9%	0,90	0,47-1,72
Herpes	206	52,0%	30	39,5%	1,66	1,01-2,74
Feigwarzen	134	33,8%	21	27,6%	1,34	0,78-2,31
Chlamydien	168	42,4%	18	23,7%	2,37	1,35-4,18
Ich kenne keine davon	20	5,1%	3	3,9%	1,29	0,37-4,47
Bekanntheit von STI nach Partnerschaft (N=505)	Ja, feste/r Partner/in		Nein, kein/e feste/r Partner/in		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	270	86,0%	157	82,2%	1,33	0,81-2,17
Syphilis	255	81,2%	157	82,2%	0,94	0,59-1,49
Herpes	160	51,0%	102	53,4%	0,91	0,63-1,30
Feigwarzen	107	34,1%	63	33,0%	1,05	0,72-1,54
Chlamydien	124	39,5%	77	40,3%	0,97	0,67-1,39
Ich kenne keine davon	16	5,1%	10	5,2%	0,97	0,43-2,19
Bekanntheit von STI nach Ausfüllmodus (N=516)	selbst ausgefüllt		Interview (face-to-face/ Telefon)		OR	95%-KI
	n	%	n	%		
Trippler (Gonorrhoe)	274	83,3%	163	87,2%	0,73	0,44-1,23
Syphilis	267	82,2%	153	81,8%	0,96	0,60-1,52
Herpes	171	52,0%	94	50,3%	1,07	0,75-1,53
Feigwarzen	123	37,4%	50	26,7%	1,64	1,10-2,42
Chlamydien	137	41,6%	66	35,3%	1,31	0,90-1,90
Ich kenne keine davon	18	5,5%	8	4,3%	1,29	0,55-3,04

10 Literaturverzeichnis

1. RKI, *HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland*. Epidemiologisches Bulletin, 2011. **21**: p. 179-198.
2. RKI, *HIV bei Migranten in Deutschland*. Epidemiologisches Bulletin, 2012. **3**: p. 19-21.
3. Ouedraogo O, F.O.S., Wiebe M *Hand in Hand gemeinsam gegen AIDS. PaKoMi-Fallstudie Hamburg*. . in *Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress*. 2011. Hannover
4. 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.
5. Gräser S, S.H., Koch-Göppert G, Krischke N, *MAQUA-HIV, Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen*. Aktuelle Forschung-Regionale Gesundheitsforschung, ed. G.S. Kritschke N. 2013, Bremen: niebank-rusch-Fachverlag.
6. von Unger, H. and T. Gangarova, *PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en*. 2011, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Berlin
7. ECDC, *Technical Report: Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel*. 2011, ECDC: Stockholm.
8. Dodds, C., et al., *BASS Line 2007 survey: Assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England*. 2008, Sigma Research: London.
9. Hickson, F., et al., *Bass Line 2008-09: assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England*. 2009.
10. Statistisches Bundesamt (Hg.), *Ausländische Bevölkerungen und Einbürgerungen*. 2015 (Datenstand 18.02.2015): Wiesbaden.
11. Koschollek, C. and C. Santos-Hövenner, *Mapping afrikanischer Communities in Deutschland. Eine Analyse von Daten des Statistischen Bundesamtes*. 2012, Robert Koch-Institut: Berlin.
12. Koschollek, C., et al., *Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA) in München. Abschlussbericht*. 2015, Robert Koch-Institut: Berlin.
13. Crabb, C., *Male circumcision to prevent heterosexual HIV transmission gets (another) green light, but traditional circumcision in Africa has 'shocking' number of complications*. *Aids*, 2010. **24**(1): p. N1-N2.
14. Gray, R., et al., *The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a post-trial follow up study in Rakai, Uganda*. *AIDS (London, England)*, 2012. **26**(5): p. 609.
15. Simonson, T., R. Bize, and F. Buboïs-Arber, *Studie ANSWER 2013-2014. HIV und sexuelle Gesundheit in den schwarzafrikanischen Bevölkerungsgruppen in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse und Lehren für die Prävention.*, in *Schweizer HIV&STI-Forum 2015 Neuenburg*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Editor. 2015: Lausanne.
16. Monjok, E., E.J. Essien, and L. Holmes, Jr., *Female genital mutilation: potential for HIV transmission in sub-Saharan Africa and prospect for epidemiologic investigation and intervention*. *Afr J Reprod Health*, 2007. **11**(1): p. 33-42.
17. United Nations Children's Fund, *Female Genital Mutilation/ Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.*, UNICEF, Editor. 2013: New York.
18. 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.
19. Madhava, V., C. Burgess, and E. Drucker, *Epidemiology of chronic hepatitis C virus infection in sub-Saharan Africa*. *Lancet Infect Dis*, 2002. **2**(5): p. 293-302.
20. BZgA. *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. *World Value Survey Online Data Analysis (2012)*. 2012 [cited 2014 16.7.]; Available from: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>.

