

SPI Forschung GmbH  
Kohlfurter Str. 41-43  
10999 Berlin  
e-mail: spi@spi-research.de

# **HIV/AIDS und Migranten/innen**

## Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste

### Nationale Auswertung für Deutschland

**Juli 2005**

Elfriede Steffan (Projektleitung) und Samanta Sokolowski  
unter Mitarbeit von: Vera Nowak und Dieter Oremus

*FÖRDERUNG DES GESAMTPROJEKTES: EUROPÄISCHE UNION*  
Die hier vorliegende nationale Auswertung wurde  
*GEFÖRDERT DURCH DAS BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG*

## ***Inhaltsverzeichnis***

<b>1</b>	<b>KURZFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>HINTERGRUND .....</b>	<b>6</b>
2.1	ALLGEMEINE STATISTIKEN .....	7
2.2	EPIDEMIOLOGISCHE DATEN ZU HIV/AIDS.....	8
2.3	GESETZE, DIE DEN ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG REGELN .....	9
2.3.1	<i>Zuwanderungsgesetz.....</i>	<i>9</i>
2.3.2	<i>Infektionsschutzgesetz (IfSG).....</i>	<i>11</i>
2.3.3	<i>Prostitutionsgesetz.....</i>	<i>12</i>
<b>3</b>	<b>FORSCHUNGSDESIGN DER INTERNATIONALEN STUDIE.....</b>	<b>14</b>
3.1	GENERALISIERTE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG .....	16
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE: SAMPLE 1: MIGRANTINNEN ALS TEIL DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG .....</b>	<b>17</b>
4.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN UND DIE LEBENSITUATION IN DEUTSCHLAND .....	17
4.1.1	<i>Herkunft .....</i>	<i>17</i>
4.1.2	<i>Selbstwirksamkeitserwartung .....</i>	<i>18</i>
4.1.3	<i>Alter .....</i>	<i>18</i>
4.1.4	<i>Länge des Aufenthalts .....</i>	<i>19</i>
4.1.5	<i>Gründe für die Emigration.....</i>	<i>19</i>
4.1.6	<i>Schulbildung .....</i>	<i>20</i>
4.1.7	<i>Beherrschung der deutschen Sprache.....</i>	<i>22</i>
4.1.8	<i>Berufstätigkeit.....</i>	<i>24</i>
4.1.9	<i>Religion.....</i>	<i>26</i>
4.1.10	<i>Partnerschaft, Kinder und Wohnsituation .....</i>	<i>27</i>
4.1.11	<i>Lebenssituation in Deutschland.....</i>	<i>28</i>
4.1.12	<i>Aufenthaltsstatus.....</i>	<i>31</i>
4.1.13	<i>Schlussfolgerungen aus: Soziodemographische Daten und die Lebenssituation in Deutschland (Sample 1).....</i>	<i>33</i>
4.2	ERFAHRUNGEN MIT GESUNDHEITLICHEN- UND SOZIALEN HILFSANGEBOTEN ....	34
4.2.1	<i>Anrecht auf gesundheitliche Versorgung.....</i>	<i>34</i>
4.2.2	<i>Krankenversicherung.....</i>	<i>35</i>

4.2.3	<i>Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes</i> .....	36
4.2.4	<i>Kenntnisse über und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdiensten</i> .....	37
4.2.5	<i>Schlussfolgerungen: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Erfahrungen mit Gesundheits- und Soziale Hilfsangebote</i> .....	42
4.3	<b>HIV/AIDS UND STD</b> .....	44
4.3.1	<i>Informiertheit über HIV-Infektionswege und Schutzmöglichkeiten</i> .....	44
4.3.2	<i>Zusammenfassende Betrachtung der Kenntnisse zu HIV/AIDS</i> .....	49
4.3.3	<i>Kenntnisse über HIV/AIDS-Schutzmöglichkeiten</i> .....	53
4.3.4	<i>Schlussfolgerungen: Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten</i> .....	57
4.3.5	<i>Informationsverhalten</i> .....	57
4.3.6	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerung zu Informationsverhalten</i> .....	68
4.4	<b>ANGST VOR EINER ANSTECKUNG MIT HIV</b> .....	69
4.5	<b>KENNTNISSE ZU HIV-TESTMÖGLICHKEITEN, TESTERFAHRUNGEN UND TESTBERATUNG</b> .....	71
4.5.1	<i>Kenntnisse zu Möglichkeiten sich auf HIV testen zu lassen</i> .....	71
4.5.2	<i>HIV-Test und Testberatung</i> .....	73
4.5.3	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerung</i> .....	77
4.6	<b>KENNTNISSE ÜBER DIE THERAPIERBARKEIT VON HIV/AIDS</b> .....	77
4.7	<b>STD KENNTNISSE, TESTS UND INFEKTIONEN</b> .....	79
4.7.1	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: STD Kenntnisse, Tests und Infektionen</i> .....	81
4.8	<b>SEXUALVERHALTEN UND KONDOMGEBRAUCH</b> .....	81
4.8.1	<i>Kondomgebrauch</i> .....	83
4.8.2	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerung: Sexualverhalten und Kondomgebrauch</i> .....	89
4.9	<b>ALKOHOL- UND DROGENKONSUM</b> .....	89
<b>5</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b> .....	<b>90</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>96</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>99</b>
8.1	<b>INTERNATIONALE KOOPERATIONSPARTNER</b> .....	99
8.2	<b>ERHEBUNGSINSTRUMENT</b> .....	101



## *Vorwort*

Hiermit legen wir die nationale Auswertung der internationalen Studie „ HIV/AIDS und MigrantInnen – Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste“ vor.

Im Rahmen der internationalen Studie wurden in fünf europäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Italien, Spanien und Griechenland) 1.500 Migrantinnen und Migranten quantitativ, überwiegend muttersprachlich, zu ihren Erfahrungen, Kenntnissen und Bewertungen von gesundheitsbezogenen und sozialen Einrichtungen befragt. Die Studie wurde mit einer Laufzeit von zwei Jahren (2003 – 2004) von der Europäischen Kommission gefördert, eine Veröffentlichung der internationalen Studiengruppe wurde bereits vorgelegt<sup>1</sup>.

Die folgende Auswertung wurde nur durch die Unterstützung des BMGS ermöglicht. Eine so detaillierte Auswertung wäre sonst auf nationaler Ebene nicht möglich gewesen. Wir möchten uns an dieser Stelle auch bei den Probanden bedanken, ohne deren Bereitschaft zur Beantwortung z.T. sehr intimer Fragen dieses Projekt nicht durchführbar gewesen wäre. Bedanken möchten wir uns auch bei den kulturellen Mediatorinnen und Mediatoren, ohne deren Hilfe wir die Probanden niemals erreicht hätten, und bei den Multiplikatorinnen<sup>2</sup>, Engagierte und Mitarbeiterinnen von Projekten von und für Migranten, die den Prozess der Datenerhebung professionell und effektiv organisiert und koordiniert haben.

*Elfriede Steffan und Samanta Sokolowski*

---

<sup>1</sup> Hughes et al. (2004)

<sup>2</sup> BellaDonna e.V (Waclawa Haake), Andrea Möllmann, VIA – Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V. (Rosalind M'bayo), Carmen Valdivia, Positive Aktion : MigrantInnen gegen AIDS e.V. (Samanta Sokolowski)



# 1 Kurzfassung und Empfehlungen

Die Erreichbarkeit von nach Deutschland eingewanderten Personen für Angebote zur Prävention von HIV/AIDS und STD aber auch insgesamt für Gesundheits- und Sozialversorgung – da sind sich viele Praktiker einig - muss verbessert werden. Seit Jahren werden in Deutschland wie auch in westeuropäischen Nachbarländern zu überwindende Probleme und mögliche Lösungswege erörtert. Barrieren werden im ausländerrechtlichen, im ethnisch-kulturellen und nicht zuletzt im sprachlichen Bereich gesehen. Um hier allerdings zu Lösungen zu kommen, sind mehr Kenntnisse über Hilfesuchverhalten von Migranten und Migantinnen und deren Basiswissen zu HIV/AIDS und STD erforderlich. Die von der Europäischen Kommission und dem BMGS geförderte Studie „*HIV/AIDS und MigrantInnen*“ (Laufzeit 1.10.2003 bis 30.11.2004) versucht, hier einen Beitrag zu leisten.

In fünf europäischen Ländern (Deutschland, Österreich, Italien, Spanien und Griechenland) wurden im Jahr 2004 über 1.500 Migrantinnen und Migranten quantitativ, überwiegend muttersprachlich, zu ihren Erfahrungen, Kenntnissen und Bewertungen von gesundheitsbezogenen und sozialen Einrichtungen befragt (Das Instrument enthielt ca. 100 Fragen zu Erfahrungen und Bewertungen der gesundheits- und sozialen Hilfsangebote). Die Ergebnisse der quantitativen Studie wurden u. a. zu ihrer Validierung in zwei Fokusgruppen mit Migrant/innen und Mitarbeiter/innen von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen diskutiert und gewichtet.

In Deutschland wurde die Studie von der SPI Forschung gGmbH durchgeführt; in Berlin und dem Bundesland Brandenburg wurden insgesamt 329 Personen befragt. Der hier vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisse der Befragung von insgesamt 259 Interviewpartnern, davon 139 (53,5 %) Frauen und 120 (46,5 %) Männer. In die Gesamtstichprobe war darüber hinaus eine Gruppe von 69 Prostituierten einbezogen, deren Ergebnisse gesondert ausgewertet wurden.

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte nach im Vorlauf der Studie definierten Kriterien. Dabei wurden als wesentliche Parameter die (geschätzte) Populationsgröße in Deutschland und deren Affinität zum Thema HIV/AIDS sowie Alter und Geschlecht zur Schichtung herangezogen. Es wurde also bewusst keine repräsentative Stichprobe gezogen, die

Ergebnisse können also auch nicht als repräsentativ für alle in Deutschland lebenden Migranten gelten. Die Einteilung der Herkunftsregionen erfolgte nach WHO-Definition. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann das genaue Herkunftsland in Deutschland nicht erfragt werden, so dass hier eine relative grobe ethnische Zuordnung gewählt wurde. Mit Hilfe von kooperierenden Einrichtungen, wurde der Kontakt zu den Befragten mit der „Schneeballmethode“ hergestellt. Die Befragung in Deutschland wurde in sieben verschiedenen Sprachen mit Hilfe von kulturellen Mediator/innen aus vier Einrichtungen durchgeführt.

### **Die Zusammensetzung der Stichprobe**

- Die größte Gruppe der Befragten stammt aus Südosteuropa (35%) gefolgt von Sub-Sahara-Afrika (32,3%), Osteuropa 23,8% und Asien (4,6%).
- Im Durchschnitt sind die befragten Migrantinnen und Migranten 30,4 Jahre alt. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht im Altersdurchschnitt.
- Jeweils etwa ein Drittel der Interviewpartner/innen ist verheiratet oder Single. 18% leben getrennt oder sind geschieden. 32,7% leben mit ihrem/r Partner/in zusammen, davon 18% mit ihren Kindern. 23% der Frauen und 13% der Männer sind alleinerziehend.
- Die Befragten sind eher gut gebildet; 47,7% haben mittlere bzw. höhere Schulabschlüsse.
- Obwohl der Bildungsstand gut ist, sind 32,2% der Migrantinnen und Migranten arbeitslos (Frauen 29%; Männer 36%). 29,6% haben eine Voll- oder Teilzeit-Beschäftigung.
- Über ein monatliches Einkommen von unter 1000,- € verfügen 58,2% der Befragten. Sie leben damit unter der in Deutschland auf 1100,- € festgelegten Armutsgrenze.
- Ein gutes Drittel der Studienteilnehmer/innen verließ das Heimatland aus familiären Beweggründen (35,8%). Aus politischen Motiven verließen 20,4% das Heimatland und 17,5% führten ökonomische Gründe an.
- Von den Interviewpartner/innen haben 45,4% einen langfristigen und 14,2% eine befristeten Aufenthaltsstatus, 11,2% warten zum Zeitpunkt des Interviews auf die Verlängerung ihrer Aufenthaltserlaubnis.



## Ergebnisse

Neben den kulturspezifischen Variablen *Herkunftsregion* und *Religion* sind in unserem Sample die Variablen *Alter*, *Geschlecht* und *Bildung* und als einzige migrationspezifische Variable *Sprachkompetenz* bedeutsam für die Informiertheit zu HIV/AIDS. Das folgende Diagramm stellt die Kenntnisse nach Herkunftsregionen dar.

*Basiswissen zu HIV/AIDS und Infektionsrisiken:* Ein großer Anteil der befragten Migrantinnen und Migranten fühlt sich zu diesem Thema nicht gut informiert. Nur die Hälfte (49,6%) der Untersuchungsgruppe ist sich „sicher“ was HIV/AIDS ist, und jeweils etwa ein Viertel ist „ziemlich sicher“ (26,5%) oder „unsicher“ bis „unwissend“ (23,9%). Im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (hier sind sich nahezu 100% sicher, was HIV/AIDS ist) ist dieses Wissen sehr gering. Insbesondere Frauen, jungen Menschen und schlecht gebildete haben ein geringes Wissen.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund das vorhandene Wissen über einzelne *Übertragungswege*, so ergeben sich auch hier viele Lücken: Nur etwa 80,8% wissen sicher, dass bei sexuellen Kontakten eine Ansteckungsgefahr besteht; 32,2% sind der Meinung, dass man sich auch beim Küssen anstecken kann; immerhin 13,1% glauben, sich über ein benutztes Glas infizieren zu können und nur 77,3% wissen, dass der gemeinsame Gebrauch von Spritzbestecken sehr riskant ist. Diese Unwissenheit erzeugt Unsicherheit, Angst und auch Gleichgültigkeit gegenüber einem möglichen Risiko. Über die Hälfte der Osteuropäer/innen beispielsweise ist sehr besorgt, sich mit HIV anstecken zu können. Frauen aus Süd-Osteuropa stellen die Gruppe mit dem geringsten Basiswissen zu HIV/AIDS und geben überwiegend an, nicht an eine Gefährdung zu denken. Sie weisen auch die geringste Selbstwirksamkeitserwartung im Sample auf: Unter diesen Voraussetzungen ist kaum darauf zu hoffen, dass sie ihre Informationsdefizite aus eigenem Antrieb minimieren.

72,5% der interviewten Migrantinnen und Migranten haben bereits *Informationen über AIDS* erhalten, 49% in einer ihnen gut verständlichen Sprache. Die befragten Männer waren etwas besser über Infektionsrisiken informiert, als die Frauen, auch zwischen den Herkunftsregionen bilden sich Unterschiede im Grad der Informiertheit ab: Sub-Sahara-Afrikaner/innen sind sicherer und besser informiert als Südost- und Osteuropäer/innen. Das liegt im wesentlichen daran, dass ein Großteil der Sub-Sahara Afrikaner im Gegensatz zu den anderen Migranten bereits Informationen über HIV/AIDS im Heimatland erhalten hat.

Wie auch in der deutschen Gesamtbevölkerung spielten dabei *Massenmedien* wie etwa Fernsehspots oder Plakate die wichtigste Rolle, jedoch nur für ca. 41,5% der Befragten (zum Vergleich: 92 % der deutschen Gesamtbevölkerung nutzen Massenmedien). Als Quellen für die erhaltenen Informationen wurden darüber hinaus persönliche Kontakte angegeben, beispielsweise Freunde (25,4%), gesundheitsbezogene Angebote (28,1%) oder Lehrer (19,6%). Ihre Informationen möchten die von uns befragten Migranten auch über massenmediale Angebote erhalten.

*Kenntnisse über und Erfahrungen mit HIV-Tests in Deutschland:* 51,5% der befragten Migrantinnen und Migranten informieren sich über gesundheitliche Einrichtungen bei Freunden, 38% bei Familienangehörigen und 26,2% bei anderen Migranten. Auch hier steht also die persönlich erhaltene Information im Vordergrund. Über HIV-Testmöglichkeiten in Deutschland wissen die Befragten erschreckend wenig. Nur 24% ist bekannt, dass man in Deutschland einen HIV-Test auch anonym und kostenlos erhalten kann. Ein Befund, der ebenso zur Sorge veranlasst, wie die Aussage, dass nur 52,2 % derjenigen, die sich in Deutschland einem HIV-Test unterzogen haben, sich an eine Beratung vor dem Test erinnern konnten. Tatsache aber ist, dass in Deutschland eine Beratung vor dem Test verbindliche Praxis ist.

### **Empfehlungen für die HIV/AIDS-Prävention**

*Massenmedien:* Kampagnen zur Erhöhung der nationalen Aufmerksamkeit sollten kurze und prägnante Botschaften benutzen, die in alle wichtigen Sprachen (darunter natürlich die Sprache des Aufnahmelandes selbst) übersetzt werden können. Der überwiegende Teil der von uns befragten Migranten möchte mehr Informationen zu HIV/AIDS genau über diesen Weg erhalten.

*Informationskampagnen:* Informationskampagnen für Migranten sollten als Teil einer integrativen Strategie auch strukturelle und kulturelle Gegebenheiten berücksichtigen, geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein, Bildungsniveaus und das Alter der Zielgruppen einbeziehen. Wünschenswert wären verstärkte Bemühungen zur Erreichung von jungen Migranten, Frauen und schlechter Gebildeten. Zur Gestaltung und Durchführung sollten Migranten-Communities einbezogen werden, die Maßnahmen selbst sollten aber eher von allgemein zugänglichen Institutionen durchgeführt werden.

*Informationsmaterialien und personalkommunikative Beratung:* Informationsmaterialien sollten insbesondere die Merkmale Geschlecht, Bildung und Alter berücksichtigen, in

Kooperation mit den betreffenden Communities entwickelt werden und in Zusammenarbeit mit persönlicher Beratung, in Beratungszentren, aufsuchender Arbeit und Peer-education Programmen benutzt werden;

*Anonyme und kostenlose Testangebote* sollten dringend stärker beworben werden. Auf die Einhaltung einer adäquaten Beratung vor und nach dem Test sollte dringend geachtet werden. Hier sollten Fortbildungen und Artikel in Fachzeitschriften das Personal in medizinischen Einrichtungen stärker sensibilisieren.

*Verteilungsstrategien:* Informationen zu HIV/AIDS/STI sollten in allgemeinen Informationen über Zugang, Struktur und Rechte im Rahmen gesundheitlicher Versorgung enthalten sein und –auch anonym – an Orten verteilt werden, die häufig von Migranten aufgesucht werden. Auch lokale Medien wie beispielsweise Zeitungen und Radiosender und auch Grenzübergänge (für mobile Populationen) eignen sich zum Verteilen eher allgemein gehaltener Informationen.

*Förderung von Selbsthilfe- Netzwerken:* Selbsthilfeorganisationen sollten darin bestärkt und dabei unterstützt werden, untereinander zu kooperieren mit dem Ziel, adäquate Informationen für ihre spezifischen Communities zu vermitteln, mit Gesundheitseinrichtungen zusammenzuarbeiten und für ihre Bedürfnisse und Rechte auch im politischen Kontext einzutreten.

## 2 Hintergrund

Personen aus Hochprävalenzländern stellen mit 17,9 % im Jahr 2003 einen beträchtlichen Anteil der neu diagnostizierten HIV-Fälle in Deutschland. Auch unter den neu infizierten Personen mit heterosexuellem Risiko (2003: 12,2 %) wird der Kontakt zu Personen aus Hochprävalenzländern als eines der wichtigsten Infektionsrisiken beschrieben.<sup>3</sup>

Fragen, in welcher Weise in Deutschland lebende Migranten und Migrantinnen von allgemeinen und spezifischen HIV/AIDS- und STD-Präventionsmaßnahmen und -angeboten erreicht werden und wie sich der Kenntnisstand und das Präventionsverhalten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung darstellt sind unter diesen Gesichtspunkten sehr wichtig und werden in entsprechenden ExpertInnenkreisen immer wieder heftig diskutiert. Auch über Form und Methoden gibt es in der Praxis immer wieder Auseinandersetzungen. Welchen Erreichungsgrad haben beispielsweise muttersprachliche Informationsmaterialien und welchen Zugang finden MigrantInnen zu den Einrichtungen unseres Gesundheitssystems?

Antworten auf diese Fragen stammen in Deutschland bisher fast ausschließlich aus der praktischen Erfahrung einzelner Institutionen. Studien zu diesen Themen sind in Deutschland bisher eher selten durchgeführt worden und beziehen sich überwiegend auf einzelne Aspekte des Themas<sup>4</sup>. Dies führt mitunter zu Fehlannahmen und nicht belegbaren Behauptungen. So liegen beispielsweise wissenschaftlich erhärtete Daten, welche Rolle muttersprachliche Materialien für die Informiertheit von MigrantInnen in Deutschland spielen, nicht vor. In der Praxis festzustellende mangelnde Informiertheit von MigrantInnen wird immer wieder als Argument herangezogen, neue, bessere, migrationssensiblere Materialien für immer spezifischere ethnische Minderheiten zu fordern<sup>5</sup>, ohne dass hier ein begründeter Zusammenhang wirklich nachgewiesen ist.

Sozialwissenschaftliche Studien, die die MigrantInnen in Deutschland selbst befragen, sind also zur Beurteilung des Geschehens wichtig und längst überfällig.

---

<sup>3</sup> RKI: Epidemiologisches Bulletin, A/2004

<sup>4</sup> z.B. Theda Borde (2003)

<sup>5</sup> z.B. Via (2004); DAH (1998)

## 2.1 Allgemeine Statistiken

Gemäß offizieller Statistiken<sup>6</sup> stellen Migrant/innen bis zu 9 % (7.348.300) der deutschen Gesamtbevölkerung (82.531.700). Diese Daten beziehen sich ausschließlich auf Menschen mit ausländischer Nationalität, Daten über deutsche Staatsbürger ausländischer Herkunft existieren bisher nicht. Dies wird sich allerdings in Zukunft ändern: Ab dem 1. Januar 2005 ist ein neues Mikrozensusgesetz in Kraft, dass neben der aktuellen Staatsbürgerschaft auch die vorherige und das Jahr der Einbürgerung erfasst<sup>7</sup>.

**Abb. 1: Immigranten in Deutschland nach Herkunftsländern (2003)**

Migranten aus anderen EU-Staaten <sup>8</sup>	Total
Italien	601 258
Griechenland	354 630
Österreich	189 466
<b>Gesamt</b>	<b>1 849 986</b>
Migranten aus Nicht-EU-Staaten in Europa	
Türkei	1 877 661
Ehemaliges Jugoslawien	568 240
Polen	326 882
Kroatien	236 570
<b>Migranten aus Europa insgesamt</b>	<b>5 800 429</b>
Migranten aus Staaten außerhalb Europas	1 463 579
Afrika	
Marokko	79 794
Tunesien	24 533
<b>Afrika gesamt</b>	<b>310 943</b>
Amerika	
Argentinien	5 742
Vereinigte Staaten von Amerika	112 939
<b>Amerika gesamt</b>	<b>228 499</b>
Asien	
Vietnam	88 208
Iran, Islam. Republik	81 495
China	76 743
<b>Asien gesamt</b>	<b>911 995</b>
Staatenlos	16 990
Herkunft unklar	53 767
<b>Total</b>	<b>7 334 765</b>

<sup>6</sup> Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2004): Daten – Fakten – Trends. Strukturdaten der Ausländischen Bevölkerung

<sup>7</sup> Migration und Bevölkerung (Juni 2005), [www.migration-info.de](http://www.migration-info.de)

<sup>8</sup> Im Jahr 2003, also vor der Erweiterung der EU

Ca. 25 % in Deutschland lebender Ausländer kommen aus einem anderen EU-Staat, die größte Gruppe der Nicht-EU-Ausländer in Deutschland sind mit 25,6 % türkischer Nationalität. Fast die Hälfte aller Migranten in Deutschland lebt hier länger als 10 Jahre, 28 % haben eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis.

Die großen Migrantengruppen sind in Deutschland regional sehr ungleich verteilt. Ca. 70 % der Migranten leben in den vier Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Die Stadt mit dem höchsten Anteil von Migranten ist mit ca. 30 % Frankfurt am Main (Berlin nur ca. 12,2 %).

45 % der Migranten sind weiblich, 23 % sind Jugendliche und Kinder unter 18 Jahren. Im Allgemeinen sind Migranten in Deutschland sozial schlechter gestellt als die deutsche Allgemeinbevölkerung, die Arbeitslosenrate unter Migranten ist signifikant höher als im Durchschnitt, Migrantenkinder erreichen schlechtere Schulabschlüsse<sup>9</sup>.

## 2.2 *Epidemiologische Daten zu HIV/AIDS*

Laut Statistiken des RKI<sup>10</sup> lebten Ende des Jahres 2003 ca. 43.000 HIV-infizierte Menschen in Deutschland. Der Frauenanteil beträgt 22 % (9.500 Personen).

**Abb. 2: Neue HIV-Fälle in Deutschland nach Jahr und Herkunftsregion**

	2001	2002	2003	2004
Deutschland	682	776	898	972
Westeuropa	45	46	60	38
Mitteleuropa	32	51	57	53
Osteuropa	32	22	55	48
Sub Sahara-Afrika	243	315	313	275
Andere Regionen	75	118	113	116
Unbekannt	377	407	484	427
Gesamt	804	959	1082	957

Quelle: RKI, 2005

<sup>9</sup> Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002)

<sup>10</sup> alle Angaben nach RKI (2004)

30 – 40 % der jährlich in Deutschland festgestellten Neuinfektionen betreffen Ausländer, 23 % kommen aus sogenannten Hochprävalenzländern, insbesondere des südlichen Afrika, in denen eine endemische Verbreitung von HIV besteht. Insgesamt ist ein leichter Zuwachs von in Deutschland HIV-positiv getesteten Ausländern festzustellen. Genauere Daten über die Anzahl HIV-positiver Migranten in Deutschland liegen nicht vor, einige Faktoren weisen allerdings darauf hin, dass die Dunkelziffer möglicherweise höher liegen könnte, als in der deutschen Bevölkerung: Aufenthaltsstatus und soziale Lage begrenzen sowohl Zugang als auch Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem, Frauen werden überwiegend in der Frühschwangerschaft getestet, der HIV-Test findet häufiger in einem späteren Stadium statt. Verglichen mit dem Jahr 1994 sind die AIDS-Fälle unter den neu festgestellten Infektionen stark zurückgegangen, sie betragen nur noch ein Viertel der ursprünglichen Fälle, jedoch nur bei deutschen HIV-Getesteten, bei Migranten ist die relative Anzahl der erst im symptomatischen Stadium Getesteten doppelt so hoch: Diese konnte nur auf die Hälfte der ursprünglichen Fälle gesenkt werden. Wie hoch könnte also diese Dunkelziffer sein? Positiv getestete Migranten aus Afrika kommen aus Ländern, in denen die HIV-Prävalenz zwischen 2 % und 38 % der erwachsenen Bevölkerung liegt. Angenommen, die HIV-Infektionsrate der in Deutschland lebenden Migranten weicht nicht wesentlich von der in ihren Heimatländern ab, könnte man, bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Größen der Migrantenpopulationen aus Hochprävalenzländern, eine Prävalenz von 3 % annehmen. Gemäß dieser Schätzung könnten 5.000 bis 6.000 HIV-positive Migranten aus Sub-Sahara-Afrika in Deutschland leben.<sup>11</sup> Wenn man die gleiche Rechnung für Osteuropa anstellt und eine Prävalenzrate von 0,21 % annimmt, so leben aktuell ca. 4.000 HIV-positive Osteuropäer in Deutschland (bei einer Gesamtzahl von 1.853.000 Migranten aus dieser Region).

## **2.3     *Gesetze, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung regeln***

### **2.3.1    Zuwanderungsgesetz**

Mit Ausnahme der Akutversorgung<sup>12</sup>, auf die alle Menschen ganz unabhängig vom Bestehen einer Krankenversicherung Anspruch haben, wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland in erster Linie durch den aufenthaltsrechtlichen Status einer Per-

---

<sup>11</sup> Dr. Solange Nzimegne-Gözl (o.J.): HIV und AIDS . Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika

<sup>12</sup> Hierunter fällt auch AIDS, nicht jedoch HIV

son geregelt. Migranten mit geregeltm Aufenthaltsstatus und Arbeitserlaubnis haben über ihre Arbeitsverhältnisse einen ganz normalen Zugang zur Krankenversicherung. Liegt eine unbefristete Arbeitserlaubnis vor, ist der Nachweis eines Arbeitsverhältnisses nicht mehr notwendig, es besteht Zugang zu allen sozialen Leistungen des Landes, die auch bei Sozialhilfebezug eine Krankenversicherung beinhalten. Migranten mit kurzfristigem Aufenthaltsstatus ohne Arbeitserlaubnis oder ganz ohne Aufenthaltsstatus sind von der geregelten Sozialversicherung und Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Sie könnten sich aber privat versichern. Dies ist in einigen anderen europäischen Ländern durchaus anders: Spanien beispielsweise gewährt allen Bewohnern des Landes, auch solchen die sich illegal aufhalten, eine medizinische Basisversorgung unter Ausschluss allerdings der spezialisierten Hochleistungsmedizin<sup>13</sup>.

Für HIV-infizierte Migranten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus können individuell zu erwirkende Ausnahmen gemacht werden, jedenfalls dann, wenn eine Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland nicht gegeben ist. Allerdings ist dies immer schwerer nachzuweisen, Botschaften bestätigen heute in der Regel die Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern, auch wenn diese auf eine eher geringe Anzahl von Patienten beschränkt ist, die Kosten dafür selber aufzubringen sind und das Netz der ärztliche Versorgung insgesamt wenig entwickelt ist<sup>14</sup>. Der Ausgang eines solchen Verfahrens ist also höchst ungewiss, die Angst vor Entdeckung und Abschiebung ist groß und wird innerhalb der ethnischen Gruppen durch Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitet. So wird auch in jenen Bereichen der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung behindert, in denen er eigentlich problemlos möglich wäre.

Gemäß Aussagen von Experten bestehen dann auch die Schwierigkeiten bei der gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Deutschland nicht im Fehlen entsprechender Angebote, sondern in deren mangelnder Flexibilität und den rechtlichen Hindernissen<sup>15</sup>. Aus diesen Gegebenheiten erwachsen für einzelne Migranten oder auch für ganze Gruppen von Migranten Benachteiligungen im Zugang und in der Nutzung gesundheitlicher Versorgung. Insbesondere für folgende Personen muss mit Benachteiligungen gerechnet werden:

---

<sup>13</sup> Jane Hughes et.al (Hg) (2004): Chancengleichheit im Gesundheitssystem?, Selbstverlag, [www.crrtps.org](http://www.crrtps.org)

<sup>14</sup> Sanogo (2005)

<sup>15</sup> Nitschke (2005)



- Migranten, deren soziokultureller, religiöser und sprachlicher Hintergrund stark von der deutschen Kultur und ihren Gepflogenheiten abweicht,
- Migranten mit nicht definierten oder zeitlich befristeten Aufenthaltsregelungen, deren Leben von der bereits eingetretenen oder befürchteten Illegalität geprägt ist,
- Teilweise diskriminierte und marginalisierte Migranten bestimmter ethnischer Minderheiten.

Trotz der großen Unterschiede zwischen den einzelnen ethnischen Gruppen von Migranten in Deutschland besteht doch eine große Gemeinsamkeit: Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung muss dringend verbessert werden. Vielfältige Gesundheitsrisiken sind gerade in dieser Unterscheidung zur deutschen Allgemeingesellschaft begründet.

### **2.3.2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Mit dem neuen Infektionsschutzgesetz wurde erstmalig in Deutschland eine gemeinsame gesetzliche Grundlage für alle STDs einschließlich der HIV-Infektion bzw. AIDS geschaffen. Die Überschrift von § 3 „*Prävention durch Aufklärung*“ entspricht dem Leitgedanken des gesamten Gesetzes. Die Risiken, denen viele Infektionskrankheiten zugrunde liegen, können wirksam beeinflusst werden, wenn Menschen lernen, sich präventiv zu verhalten. Im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit steht also nicht länger die Kontrolle, sondern die Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens des Einzelnen. In § 3 IfSG wird auch dargestellt, dass bereits die Vorsorge, also die Verhütung von Krankheiten eine öffentliche Aufgabe ist, nicht erst die Erkennung und eine darauf folgende Behandlung.

**§ 19 IfSG** präzisiert die Aufgaben des Gesundheitsamtes im Rahmen der Bekämpfung von sexuell übertragbaren Erkrankungen. Mit freiwilligen, anonymen und sogar kostenlosen Angeboten wird auch hier die Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens des Einzelnen in den Mittelpunkt gestellt. Aufsuchende Sozialarbeit soll helfen, die Angebote für besondere Zielgruppen attraktiv zu machen.

Für Prostituierte sind diese neuen Angebote unter mehreren Gesichtspunkten interessant:

- Mit der Abschaffung der Untersuchungspflicht entfällt eine erniedrigende Prozedur, die auch aus gesundheitspolitischer Sicht nur wenig sinnvoll ist<sup>16</sup>.
- Die zugesicherte Anonymität schützt die Privatsphäre und ermöglicht es auch illegal in Deutschland der Prostitution nachgehenden Ausländer/innen, dieses Angebot anzunehmen.
- Die erregerunabhängige Definition von STD ermöglicht eine breite und verbesserte Diagnostik, auch eine Behandlung kann sofort erfolgen bzw. eingeleitet werden. Viele Gesundheitsämter haben ihr Angebot bereits entsprechend erweitert<sup>17</sup>.
- Die aufsuchende Arbeit in Prostituiertenszenen wirkt vertrauensbildend, sichert den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten und erweitert gesundheitsbezogenes Wissen. Insbesondere Ausländerinnen in der Prostitution werden durch aufsuchende Arbeit erreicht<sup>18</sup>.

Die Angebote der Beratungsstellen zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sind die einzigen kommunalen Angebote, die auch ohne Krankenversicherung und Aufenthaltspapiere in Anspruch genommen werden können.

### 2.3.3 Prostitutionsgesetz

Im Januar 2002 trat in Deutschland das *“Gesetz zur Verbesserung der rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten“* (Prostitutionsgesetz, ProstG) in Kraft. Die wichtigste Veränderung betrifft die rechtliche Einschätzung der Prostitution: Prostitution gilt in Deutschland nicht mehr als *„sittenwidrig“*. Dies hat verschiedene positive Konsequenzen für Sexarbeiter/innen:

- *Verträge im Rahmen der Prostitution haben jetzt Rechtsgültigkeit.*  
Da bis zum Jahr 2002 Prostitution als sittenwidrig galt, waren Verträge und geschäftliche Abmachungen, die die Prostitution betrafen, nichtig. D. h. es konnte kein Mietvertrag zur Prostitutionsausübung geschlossen werden und auch Entgelte für sexuelle Dienstleistungen waren nicht einklagbar.

---

<sup>16</sup> Prostituierte gehörten in den Bundesländern, die vor Einführung des IfSG eine Untersuchungspflicht für Prostituierte angeordnet hatten zu der am meist getesteten Klientel überhakt, sie hatten aber nicht mehr Infektionen, als der Durchschnitt der weiblichen Allgemeinbevölkerung (Leopold/Steffan 1994).

<sup>17</sup> Steffan et al (2003) Gesundheitsämter im Wandel

<sup>18</sup> SPI Forschung (2004a), S. 67 ff

- *Zugang zur allgemeinen gesundheitlichen und sozialen Versorgung ist jetzt möglich.*

Es können jetzt Anstellungsverhältnisse zur Prostitutionsausübung geschlossen werden, ohne dass dies wie früher als „*Förderung der Prostitution*“ gewertet wird. Diese Arbeitnehmer/innen können ganz normal sozial- und krankenversichert werden. Von dieser Regelung wird allerdings bisher wenig Gebrauch gemacht, die überwiegende Mehrheit ist weiterhin weder sozial- noch krankenversichert. Für Migrantinnen, zur Zeit bis zu 70 % der Prostituierten, insbesondere in großstädtischen Prostitutionsszenen<sup>19</sup>, stellt das Gesetz dann keine Verbesserung dar, wenn keine Arbeitserlaubnis vorliegt. Ohne Arbeitserlaubnis ist die Prostitution laut Zuwanderungsgesetz verboten, eine legale Arbeitsaufnahme gibt es also für clandestine Migrantinnen und für Migrantinnen, die beispielsweise mit einem Touristenvisum eingereist sind, nicht.

---

<sup>19</sup> Steffan (2001)

### 3 Forschungsdesign der internationalen Studie

Die vorliegende internationale Studie untersucht den Bedarf von Migranten/innen an gesundheitlichen und sozialen Hilfsangeboten zum Thema HIV/AIDS in fünf europäischen Ländern. Neben Deutschland sind Italien, Österreich, Spanien und Griechenland an dieser Studie beteiligt. Koordiniert wird die Studie vom Centro *Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute* in Verona, Italien. Die Studie hat eine Laufzeit von zwei Jahren (Oktober 02 bis September 04) und wurde von der Europäischen Union (*DG Sanco*) unterstützt<sup>20</sup>.

Ausgehend von einem gemeinsamen Forschungsprotokoll wurde ein umfassender quantitativer Fragebogen, der den Bedarf von MigrantInnen an gesundheitlichen und sozialen Hilfsangebote erheben soll, entwickelt. In jedem Land wurden ca. 300 Migranten/innen mit der Schneeballmethode befragt.

Der Fragebogen (siehe Anhang) enthält 108 Fragen (ca. 1.000 Variablen), die mit denen anderer, bereits durchgeführter Studien zu diesem Thema vergleichbar sind<sup>21</sup>. Fünf thematische Bereiche wurden erfasst:

- Lebens- und Arbeitssituation;
- Soziale Hilfsangebote;
- Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein und -verhalten.
- Beziehung/Kontakt zu Gesundheitseinrichtungen;
- HIV/AIDS und Sexualität;
- Nur in Deutschland: Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, 1990)<sup>22</sup>

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte nach im Vorlauf der Studie definierten Kriterien. Dabei wurden als wesentliche Parameter die geschätzte Größe der in Deutschland lebenden Migrantengruppen und deren Affinität zum Thema HIV/AIDS sowie Alter und Geschlecht zur Schichtung herangezogen. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für alle die in Deutschland lebenden Migranten.

---

<sup>20</sup> Jane Hughes et.al (Hg) (2004): Chancengleichheit im Gesundheitssystem?, Selbstverlag, [www.crrrps.org](http://www.crrrps.org)

<sup>21</sup> z.B. die Studien von Mary Haour-Knipe, aktuell: „The Swiss Migrants Project“

<sup>22</sup> Siehe hierzu 3.1.

Die Einteilung der Herkunftsregionen erfolgte nach WHO-Definition. Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann das genaue Herkunftsland in Deutschland nicht erfragt werden, so dass hier eine relative grobe ethnische Zuordnung gewählt wurde. Mit Hilfe von kooperierenden Einrichtungen, wurde der Kontakt zu den Befragten mit der „Schneeballmethode“ hergestellt (der Erstkontakt läuft über die Einrichtung, jede kontaktierte Person wurde gebeten, zwei weitere Personen zu benennen usw., dies solange, bis Personendoppelungen auftauchen). Die Befragung in Deutschland wurde in sieben verschiedenen Sprachen mit Hilfe von kulturellen Mediator/innen durchgeführt<sup>23</sup>.

In Deutschland wurde die Studie von der SPI Forschung gGmbH durchgeführt. Es wurden in Berlin und dem Bundesland Brandenburg insgesamt 329 Personen befragt. Neben Personen mit migrationsspezifischem Hintergrund, die der Allgemeinbevölkerung zuzurechnen sind, wurden – als besondere Zielgruppe – Prostituierte befragt. In der Auswertung wird im folgenden zwischen Sample 1 (Allgemeinbevölkerung) und Sample 2 (weibliche und männliche Prostituierte) unterschieden<sup>24</sup>.

**Abb. 3: Zusammensetzung der Befragten nach Herkunftsregionen**

Herkunftsregionen nach WHO Definition	Allgemeinbevölkerung (259) Befragungsort: Berlin	Prostituierte (69) Befragungsort: Berlin und Brandenburg (Grenzregion zu Polen)
Sub-Sahara Afrika	84	-
Osteuropa	61	49
Süd-Osteuropa	91	7
Zentralasien	12	-
Lateinamerika	-	7
Andere	10	1
Gesamt	259	69

Für Vergleiche nach Herkunftsregionen werden in Sample 1 (Allgemeinbevölkerung) die Herkunftsregionen „Sub-Sahara-Afrika“, „Osteuropa“ und „Süd-Osteuropa“ herangezogen, in den anderen Herkunftsregionen ist die Anzahl der Probandinnen für einen Gruppenvergleich zu gering. Unter „Andere“ haben wir Personen zusammengefasst, die den anderen Regionen nicht zuzuordnen waren

Das Sample 2 (Prostituierte) wurde nicht nach Herkunftsregionen geschichtet. Es ergab sich zufällig nur eine größere Gruppe, nämlich Osteuropäer. In allen Prostitutionsszenen in Deutschland ist die Anzahl der Personen aus Osteuropa in den letzten 10 Jahren stark

<sup>23</sup> Liste der beteiligten Projekte im Anhang

<sup>24</sup> Für Sample 2 wird ein gesonderter Bericht vorgelegt

gestiegen. Das wir im Rahmen dieser Befragung in erster Linie Prostituierte aus Osteuropa befragt haben, ist aber auf die speziellen Zugangsbedingungen zurückzuführen.

### **3.1 Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung**

Die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung ist eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung einer Person ausdrückt, schwierige Anforderungen aufgrund eigenen Handelns bewältigen zu können<sup>25</sup>

Bei der Selbstwirksamkeitserwartung (*Perceived Self efficacy*) nimmt eine Person an, dass sie die Fähigkeit besitzt, eine angemessene Handlung zum Ziel zu bringen. Dabei bestimmt der Grad der Selbstwirksamkeit das Ausmaß der Anstrengung und auch die Ausdauer bei der Problemlösung. Die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit beeinflusst die Auswahl der Situationen, in die sich die Person begibt.

Die Skala „*Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung*“ wird seit Jahren in vielen Forschungsprojekten mit Erfolg eingesetzt. Selbstwirksamkeitserwartung müsste auf Grund der Konstruktmerkmale positiv korreliert sein mit Optimismus, Selbstwertgefühl, interner Kontrolle, Neugier usw., negativ hingegen mit Pessimismus, Ängstlichkeit, Schüchternheit, Depressivität, Einsamkeit usw.

Ein Zusammenhang zwischen höherer Selbstwirksamkeitserwartung und besserer Gesundheit, höherer Leistungsfähigkeit und größerer sozialer Integration gilt als bewiesen (ebd.). Auch zur Vermeidung von sexuellen Risikoverhalten ist eine realistische Selbstwirksamkeitserwartung förderlich. Um z. B. Kondome zu verwenden, muss man nicht nur von deren Nutzen, sondern von der eigenen Fähigkeit, sie erfolgreich anwenden zu können, überzeugt sein<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> vgl. Schwarzer / Scholz, o.J.

<sup>26</sup> Brafford/Beck (1991) zitiert nach SPI Forschung gGmbH (2004), S.59

## 4 Ergebnisse: Sample 1: MigrantInnen als Teil der Allgemeinbevölkerung

### 4.1 Soziodemographische Daten und die Lebenssituation in Deutschland

#### 4.1.1 Herkunft

Insgesamt wurden im Sample 1 (Allgemeinbevölkerung) 259 Migranten befragt. 35,1 % stammen aus Süd-Osteuropa (91), 32,4 % aus Sub-Sahara Afrika (84), 23,8 % aus Osteuropa (61), 4,6 % aus Zentralasien (12), 10 % aus anderen Regionen (10), und 0,4 % hat keine Antwort gegeben (1)<sup>27</sup>.

Die Mehrheit (58,3 %) der Befragten kommt aus einem eher städtischen Milieu (Städte mit mehr als 20.000 Einwohnern), 23,2 % aus einer Kleinstadt und 18,1 % aus ländlichen Regionen. Etwas mehr als die Hälfte der Migranten sind Frauen (53,7 %), aber diese Verteilung ist nach Herkunftsregionen unterschiedlich ausgeprägt:

**Abb. 4: Geschlecht der Befragten (n=258)**

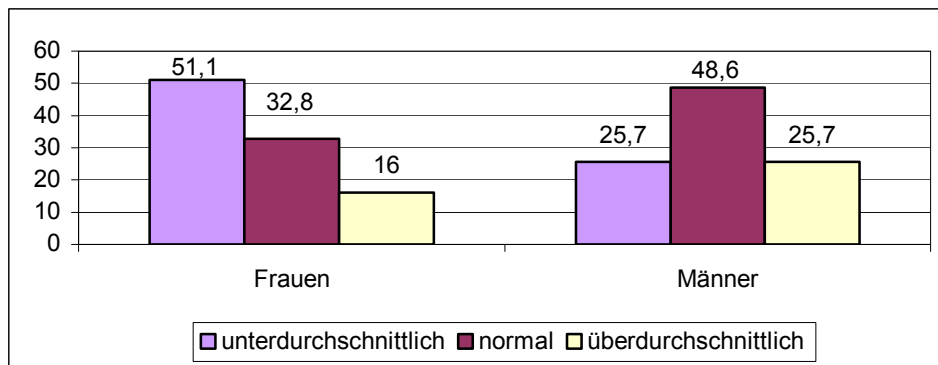
Region	Geschlecht		Gesamt (%)
	Männlich	Weiblich	
Sub-Sahara Afrika	42	42	84 (32,4 %)
Osteuropa	19	42	61 (23,6 %)
Südosteuropa	54	37	91 (35,1 %)
Asien	4	8	12 (4,6 %)
Andere		10	10 (3,9 %)
Keine Antwort	1		1 (0,4 %)
Gesamt	120	139	259 (100 %)

<sup>27</sup> Für den Vergleich zwischen den Regionen werden nur die drei größten Gruppen berücksichtigt (Sub-Sahara Afrika, Osteuropa und Südosteuropa), für Gesamtzahlen werden alle Migranten einbezogen.

### 4.1.2 Selbstwirksamkeitserwartung

Im Sample gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und generalisierter Selbstwirksamkeitserwartung<sup>28</sup>, wobei Männer eine deutlich höhere Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen als Frauen.

Abb. 5: Selbstwirksamkeitserwartung nach Geschlecht (Prozent)



Im Vergleich mit dem für die Allgemeinbevölkerung errechnetem Mittelwert (29) weichen die von und befragten Frauen signifikant nach unten ab (24,5), während der Mittelwert der befragten Männer (28,8) genau im Bevölkerungsdurchschnitt liegt.

Insbesondere Frauen der Herkunftsregion Südosteuropa weisen mit einem Mittelwert von 22,0 eine besondere starke Abweichung zur Allgemeinbevölkerung und damit eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung auf. Im Zusammenhang mit relevanten Variablen werden wir im folgendem die Selbstwirksamkeitserwartung thematisieren.

### 4.1.3 Alter

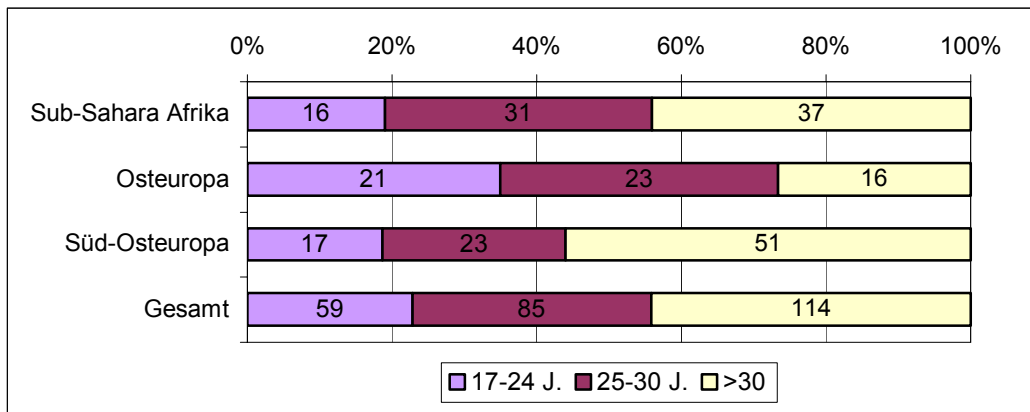
Die jüngste Person des Samples ist siebzehn, die älteste sechsvierzig Jahre alt. Das Durchschnittsalter liegt bei 30,3 Jahren. Befragte Südosteuropäer haben ein Durchschnittsalter von 31,4 Jahren, gefolgt von Sub-Sahara Afrikanern (29,7 Jahren) und Osteuropäern (28,4 Jahren). 44,2 % der Befragten sind über 30 Jahre alt. Allerdings sind die Altersgruppen in den einzelnen Herkunftsregionen ungleich verteilt. Von den Osteuropäern sind 36 % zwischen 17-24 Jahre alt, in den anderen beiden Herkunftsregionen sind

<sup>28</sup>  $X^2=6,65$ ;  $p=.036$



dies nur etwa 19 % der Probanden. Die meisten „Älteren“ (ab 30 Jahre) wurden aus der Herkunftsregion Südosteuropa befragt (56 %).

**Abb. 6: Relativer Anteil der Altersgruppen nach Herkunftsregionen**



#### 4.1.4 Länge des Aufenthalts

Die Mehrheit der befragten Migranten (66,7 %) lebt seit mehr als fünf Jahren in Deutschland, wobei deutliche Unterschiede zwischen den Herkunftsregionen erkennbar sind. 90,1 % der Südosteuropäer leben seit mehr als fünf Jahren in Deutschland, 66,1 % der Osteuropäer und nur 34,6 % der Sub-Sahara Afrikaner.

#### 4.1.5 Gründe für die Emigration

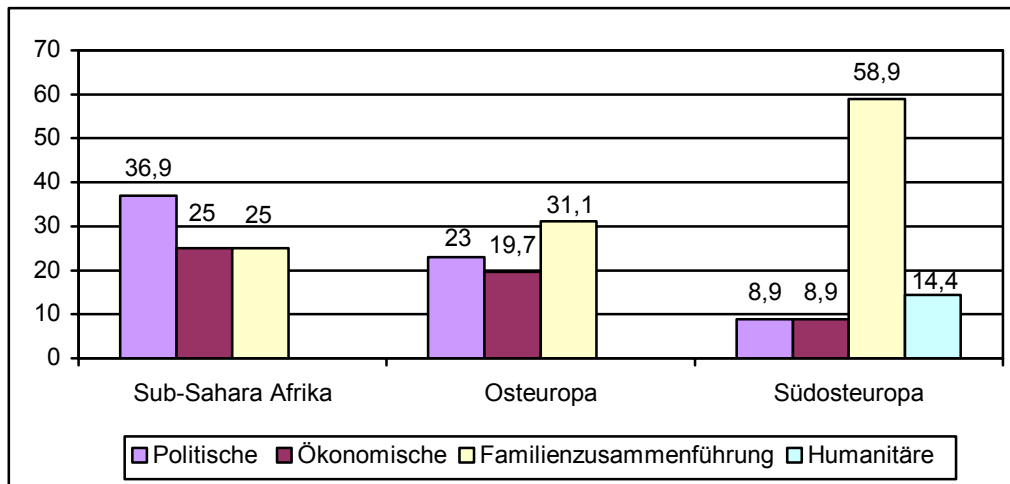
Gefragt nach den Gründen für die Emigration, waren die häufigsten Antworten *Familienzusammenführung* (36,3 %), gefolgt von *politischen*<sup>29</sup> (20,7 %) und *ökonomischen Gründen* (17,6 %)<sup>30</sup>. Nach Herkunftsregionen betrachtet, waren die häufigsten Gründe für Sub-Sahara Afrikaner *politischer Natur* (36,9 %), gefolgt von *ökonomischen Gründen* und *Familienzusammenführung* (jeweils 25 %). Der häufigste Grund nach Deutschland zu kommen war für Osteuropäer *Familienzusammenführung* (31,1 %), gefolgt von *politischen* (23 %) und *wirtschaftlichen Motiven* (19,7 %). Bei den Südosteuropäern war die

<sup>29</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern:  
Österreich- 30% des Samples sind aus politischen und humanitären Gründen eingewandert  
Griechenland- 28% (Hughes et al, 2004)

<sup>30</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern:  
Spanien- Über 80% des Samples sind aus ökonomischen Gründen eingewandert  
Griechenland- 50% (Hughes et al, 2004)

Familienzusammenführung auch das stärkste Motiv das Heimatland zu verlassen, gefolgt von *humanitären* (14,4 %), *politischen* und *wirtschaftlichen* (jeweils 8,9 %) Gründen.

**Abb. 7: Gründe, das Heimatland zu verlassen in Prozent (n=256)**



#### 4.1.6 Schulbildung

Die Systeme der schulischen und beruflichen Bildung sind in den Herkunftsregionen der von uns befragten Migranten sehr unterschiedlich und deshalb nur schwer zu vergleichen. Auch Angaben darüber, über welche Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse in Deutschland lebende Ausländer verfügen, sind nur schwer zugänglich und z.T. wegen unterschiedlicher Erhebungsmethoden kaum zu vergleichen. Der fünfte Bericht über die Lage der Ausländer in Deutschland<sup>31</sup> stellt beispielsweise ausschließlich in Deutschland erworbene Bildungsabschlüsse dar. Eine von Venema und Grimm 2002 veröffentlichte repräsentative Studie zum Thema „*Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland*“ ist auf türkische, ehemalige jugoslawische, italienische, griechische und polnische Arbeitnehmer begrenzt, auch hier ist ein Vergleich nicht möglich. Die Studie von Münz, et al. (1997) bezieht sich im wesentlichen auf Migranten aus sogenannten „Anwerberstaaten“ und vernachlässigt deshalb die für unsere Studie relevanten Gruppen aus Osteuropa und Sub-Sahara-Afrika. Die Autoren stellen fest: „Fast ein Viertel aller Ausländer im erwerbsfähigen Alter hat gar keinen Schulabschluss. Weitere 43 % haben im Herkunftsland nur die Pflichtschule besucht.“

<sup>31</sup> Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002)

*Über einen höheren, im Ausland erworbenen Bildungsabschluss verfügen 10 % der erwachsenen Ausländer in Deutschland.*<sup>32</sup>

Die eben zitierte Studie und die wenigen direkten Vergleichsmöglichkeiten, die uns zur Verfügung standen, weisen aber darauf hin, dass die von uns befragten Migranten über überdurchschnittlich gute Schul- und Berufsabschlüsse verfügen. Dr. Solange Nziemegne-Gölz befragte 2001 509 afrikanische Migranten in Berlin und erreichte mit dieser Befragung 24 % Personen ohne Schulabschluss, 26,6 % mit Schulabschluss und 47,2 % Studenten<sup>33</sup>. Die Autorin stellt fest: *„Die Bereitschaft, über das Thema HIV und AIDS zu spreche, korreliert ... mit dem Bildungsstand und... mit dem Aufenthaltsstatus der Befragten“*. Da wir aufgrund der angewandten Methode *„Schneeballsystem“* eine Gesprächsverweigerung nicht dokumentieren konnten, können wir diese Aussage nur als einen möglichen Hinweis auf eine Begründung der Starken Verzerrung in der vorliegenden Studie werten. Auch in anderen Studien zum Thema HIV/AIDS haben wir leichter und überwiegend Personen mit überdurchschnittlichen Bildungsabschlüssen erreicht. Darüber hinaus gibt es allerdings Aussagen, dass insbesondere unter Flüchtlingen Personen mit höheren Bildungsabschlüssen überrepräsentiert sind. So beklagt beispielsweise die Studie *„Flüchtlingsfrauen .- verborgene Ressourcen“* deren fehlenden Zugang zu angemessenen beruflichen Tätigkeiten, von 61 Befragten besaßen 2/3 einen mittleren oder höheren Bildungsabschluss<sup>34</sup>

Um möglichst viele europäische Bildungsvarianten berücksichtigen zu können, wurden insgesamt sieben Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Nach diesen differenzierten Antwortmöglichkeiten hatten in unserer Befragung 3,9 % der Probanden keinen Schulabschluss, 5,4% nur einen Grundschulabschluss. Einen mittleren Schulabschluss besitzen 20,8 %. Etwas mehr, nämlich 26,6 %, haben Hochschulreife. 19,7 % der Migranten haben eine abgeschlossene Ausbildung, 5,4 % einen Fachhochschulabschluss und 16,2 % einen Hochschulabschluss. In fünf Stufen (inkl. keine Antwort) rekodiert ergibt sich dabei folgende Verteilung:

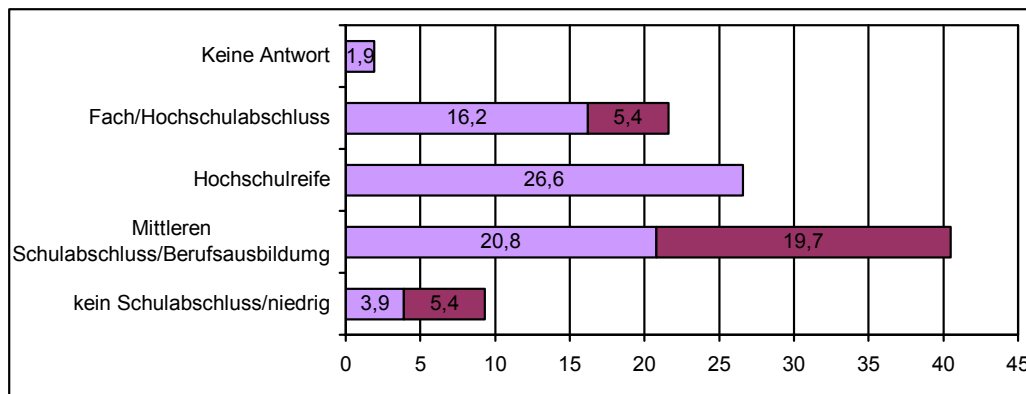
---

<sup>32</sup> Münz, et al (1997):S.67

<sup>33</sup> Solange Nziemegne-Gölz (o.J.): HIV und AIDS. Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika

<sup>34</sup> Fadia Foda, et.al (2005): Flüchtlingfrauen – Verborgene Ressourcen

**Abb. 8: Schulbildung. Angaben in Prozent (n=259)**



Ein sehr niedriges Bildungsniveau (*kein/niedrig*) gaben 10,3 % der Probanden an, ein mittleres Bildungsniveau (*Mittel/Ausbildung*) insgesamt 40,5 % ein hohes Bildungsniveau (*Abitur/Hochschulreife*) 26,6 % und 21,6 % hatten sogar einen (*Fach*)*Hochschulabschluss* und damit das höchste Bildungsniveau in unserem Sample.

Bei Betrachtung der Regionen, haben 7,1 % der Sub-Sahara Afrikaner keine Schulbildung, genauso wie 4,4 % der Südosteuropäer. 54,8 % der Osteuropäer haben die Hochschulreife abgeschlossen im Vergleich zu 46,4 % der Sub-Sahara Afrikaner und 36,2 % und Südosteuropäer.

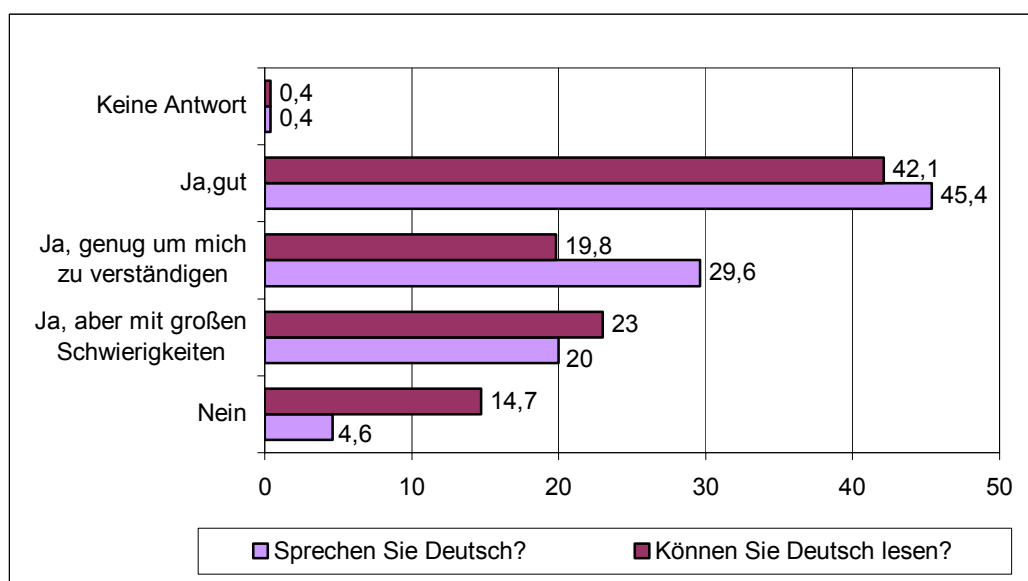
Wesentliche Unterschiede können zwischen den Geschlechtern beobachtet werden. 90 % der Befragten, die keine Schulausbildung haben, sind Frauen, aber auch mehr Frauen haben Hochschulreife (29 % zu 24,2 % Männer), einen Fachhochschulabschluss (7,2 % zu 3,3 %) und einen Hochschulabschluss (17,3 % zu 15 %). Auch die Selbstwirksamkeitserwartung hängt signifikant zusammen mit Bildung: Allerdings nur bei Frauen! Insbesondere schlecht gebildete Frauen weisen in unserem Sample einen niedrigen Wert in der Selbstwirksamkeitserwartungsskala aus<sup>35</sup>.

#### **4.1.7 Beherrschung der deutschen Sprache**

Sprachkenntnisse stellen einen wichtigen Indikator für die Partizipation an gesellschaftlichen Kommunikationsprozessen dar. Gute Kenntnisse der deutschen Sprache waren aber keine Voraussetzung für eine Teilnahme an unserer Befragung, da wir diese mit Hilfe von kulturellen Mediatoren in sieben Sprachen durchführen konnten.

Unsere Probanden schätzen ihre Fähigkeiten, Deutsch zu sprechen über alle Sprachniveaus hinweg besser ein, als Deutsch zu lesen. Fast die Hälfte der befragten Migranten gab an, „gut“ Deutsch zu sprechen (45,5 %) und etwas weniger, es auch gut zu lesen (42,1 %). 29,6 % gaben an, noch ausreichend Deutsch zu sprechen um sich „irgendwie zu verständigen“, ausreichend Deutsch lesen zu können, gaben nur noch knapp 20 % an. Der Rest kann sich nur mit Mühe oder kaum auf Deutsch verständigen.

**Abb. 9: Beherrschung der deutschen Sprache**



Probanden aus Sub-Sahara Afrika schätzten ihre Deutschkenntnisse am schlechtesten ein. 40,4 % geben an, gar nicht deutsch sprechen zu können, oder nur mit großen Schwierigkeiten, verglichen mit 24 % der Osteuropäer und 16,4 % der Südosteuropäer. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden, allerdings gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen *Selbstwirksamkeitserwartung* und *Beherrschung der deutschen Sprache*. Probanden mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung haben eine geringere Sprachkenntnis<sup>36</sup>.

<sup>35</sup>  $X^2=13,647$ ;  $p=.001$

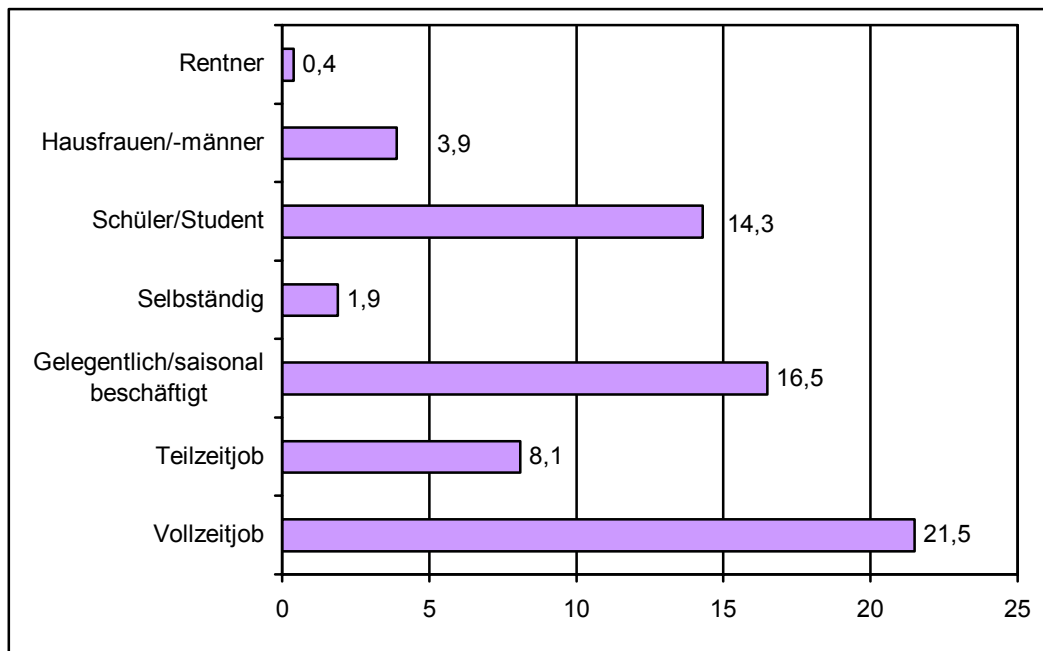
<sup>36</sup>  $X^2=13,15$ ;  $p=.011$

#### 4.1.8 Berufstätigkeit

Eine Teilhabe am Berufsleben ist in mehrfacher Hinsicht entscheidend für gesellschaftliche Partizipation und Integration. Der Aufenthaltsstatus und die Krankenversicherung sind direkt von einer Erwerbsarbeit abhängig, darüber hinaus erfolgt ein Zugang zu Informationen über allgemeine soziale und gesundheitliche Angebote häufig über Betriebe oder Kollegen und Kolleginnen. Von den 259 Probanden sind 48 % berufstätig. Die Arbeitslosenquote im Sample beträgt 32,4 %<sup>37</sup>. Die von uns Befragten Migranten sind damit trotz guter Bildungsabschlüsse überproportional ohne Arbeit (Berlin 2003: 17,3 %; Gesamtdeutschland: 12,6 %; Arbeitslosigkeit von Ausländern: 20,4 %)<sup>38</sup>.

Von den Migranten, die eine Arbeit haben, hat die Mehrheit einen Vollzeitjob (21,5 %) und 8,1 % arbeiten Teilzeit. 16,5 % bezeichneten sich als „gelegentlich oder saisonal beschäftigt“, was auf äußerst unsichere Beschäftigungsverhältnisse hinweist. Die folgende Abbildung zeigt die Beschäftigungssituation der Probanden.

**Abb. 10: Beschäftigungssituation in Prozent (n=259)**



<sup>37</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern: Arbeitslosigkeit des Samples Griechenland- 19,6%; Italien- 29%; Österreich- 21%, Spanien- 15% (Hughes et al, 2004)

<sup>38</sup> Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (2005) (Hg): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Zwischen den Regionen konnte nur in einem Bereich ein großer Unterschied festgestellt werden: Menschen aus Sub-Sahara Afrika haben in unserer Studie im Vergleich die höchste Arbeitslosenquote (45,2 %), gefolgt von den Südosteuropäern (34,1 %). Mit 18 % Arbeitslosigkeit liegt diese Quote für die von uns befragten Osteuropäer/innen sogar im Berliner Durchschnitt. Frauen und Männer sind gleichermaßen von Arbeitslosigkeit betroffen. Es gibt aber einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alter<sup>39</sup>. Befragte über 30 Jahre sind mit 41 % überproportional arbeitslos.

Auch von der Beherrschung der deutschen Sprache hängt entscheidend ab, ob die von uns Befragten erwerbstätig sind. Die höchste Arbeitslosenquote hatten die Migranten, die angaben kein Deutsch bzw. nur mit großen Schwierigkeiten Deutsch zu sprechen (42,9 %): Migranten die nach eigenen Angaben die deutsche Sprache gut beherrschen sind dagegen „nur“ zu 23,8 % ohne Arbeit<sup>40</sup>.

In Allgemeinen lässt sich sagen, dass die berufliche Situation der Probanden, insbesondere gemessen an ihren guten Bildungsabschlüssen, prekär ist. Dementsprechend sieht die Einkommenssituation der Probanden aus: 40,9 % haben ein Einkommen bis zu 750 Euro monatlich, 17,4 % müssen sogar mit weniger als 250 Euro im Monat auskommen<sup>41</sup>. Dagegen verfügen nur 16,2 % über mehr als 1.500 Euro im Monat. Von denjenigen, die mit einem Partner/in oder Ehemann/frau zusammenleben, haben 33,3 % bzw. 35,3 % ein Haushaltsnettoeinkommen von maximal 1.000 Euro.

---

<sup>39</sup>  $X^2=8,38$ ;  $p=.015$

<sup>40</sup>  $X^2=30,94$ ;  $p=.000$

<sup>41</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern: Durchschnittliches Monatliches Einkommen: Griechenland- Zwischen 100 und 500 € Italien und Spanien- Zwischen 500 und 1000 € (Hughes et al, 2004)

**Abb. 11: Einkommenssituation (n=259)**

	<b>Fälle</b>	<b>Prozent</b>
< 100	20	7,7
100-250	25	9,7
251-500	33	12,7
501-750	28	10,8
751-1000	32	12,4
1001-1500	30	11,6
1501-2000	26	10
2001-2500	12	4,6
2501-3000	3	1,2
>4000	1	0,4
weiß nicht	5	1,9
keine Antwort	23	8,9
Total	238	91,9
System missing	21	8,1
Gesamt	259	100

53,5 % der Probanden hat ein Haushaltseinkommen bis zu 1.000 Euro und liegt damit um oder unter der für Deutschland errechneten „*Armutsriskogrenze*“ von 938 Euro<sup>42</sup>. Die meist genannten Arbeitssektoren sind Gastronomie (Restaurants, Hotels und Cafes), gefolgt vom Baugewerbe, der Industrie und Reinigungsdiensten.

#### **4.1.9 Religion**

Unsere Frage nach „*Religionszugehörigkeit*“ ist nicht mit Religionsausübung gleichzusetzen. Gerade für den Umgang mit Sexualität kann das Aufwachsen in religiösen Traditionen einen wesentlichen Einfluss haben, ganz unabhängig vom Grad der eigenen Glaubensüberzeugung.

Ein Drittel der Migranten definiert sich als christlich (41,3 %), gefolgt vom muslimischen Glauben (26,6 %). 14,7 % gehören keiner Religion an. 8,1 % bekennen sich zum jüdischen Glauben und 2,7 % zu anderen Glaubensrichtungen. Nach *Regionen* sind 79 % der Sub-Sahara Afrikaner Christen, 13,1 % Moslems und 10,7 %, haben keine Religionszugehörigkeit angegeben. 34,5 % der Osteuropäer sind Christen. Fast genau so viele sind jüdi-

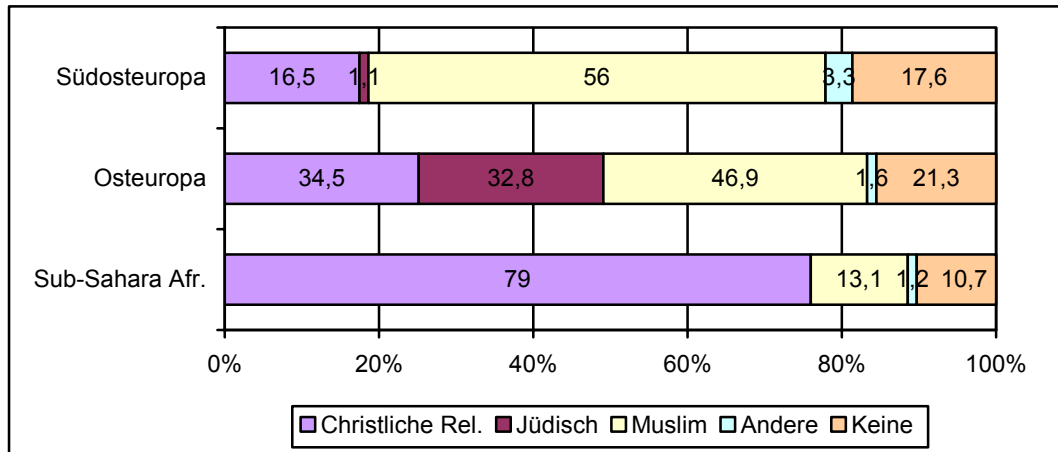
---

<sup>42</sup> Bundesrepublik Deutschland (2005) (Hg): Lebenslagen in Deutschland



schen Glaubens (32,8 %). Diese Region hat auch den höchsten Prozentsatz von Personen, die angeben, keiner Religion anzugehören (21,3 %). Die Mehrheit der Südosteuropäer sind Muslime (56 %), 17,6 % gehören keiner Religion an und 16,5 % sind Christen.

**Abb. 12: Religionszugehörigkeit in Prozent (n=259)**



Welchen Einfluss die Religionszugehörigkeit auf den Zugang zu Informationen zu HIV/AIDS hat, wird unter P. 4.3. behandelt.

#### 4.1.10 Partnerschaft, Kinder und Wohnsituation

Von den befragten 259 Migranten ist ein Drittel verheiratet (31,7 %) oder in einer festen Partnerschaft (15,1 %). Ein weiteres Drittel (32,8 %) lebt mit einem Partner/einer Partnerin in einer gemeinsamen Wohnung. 18,2 % der Befragten leben getrennt oder sind geschieden, 1,9 % sind verwitwet. Die größte Gruppe bilden die Alleinstehenden mit 35,9 %. Einige Unterschiede wurden zwischen den Regionen festgestellt. Sub-Sahara Afrikaner sind im Sample häufiger alleinstehend (59,5 %) als Osteuropäer (26,2 %) und Südosteuropäer (23,1 %). Die Befragten der letzten Region sind häufiger verheiratet oder leben mit einem/r Partner/in zusammen.

Für alle Regionen wurden Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt: Mit 38,8 % sind Frauen häufiger verheiratet im Vergleich zu 23,3 % der Männer, aber 45,8 % der Männer sind Single im Vergleich zu 27,3 % der Frauen.

Gut 45 % der Probanden haben Kinder. Das Alter der Kinder liegt zwischen Säuglingsalter und 25 Jahren. Die Mehrheit von Migranten, die Kinder haben, haben ein (44,6 %)

oder zwei (22,3 %) Kinder, wovon die meisten Kinder nicht in Deutschland geboren sind. Im Falle des Erstgeborenen geben fast 70 % und für das Zweitgeborene geben 83 % an, dass das Kind nicht bei den Befragten wohnt. Dies könnte bedeuten, dass das Kind im Heimatland zurückgelassen wurde oder dem Haushalt entwachsen ist.

Gut ein Drittel der Interviewpartner wohnt mit Kindern und/oder anderen Familienmitgliedern zusammen, der überwiegende Anteil aber wohnt mit anderen Migranten auch aber nicht nur aus dem Herkunftsland. Eine Minderheit von 14,3 % lebt allein. Nur ein Proband lebt mit einer deutschen Person zusammen.

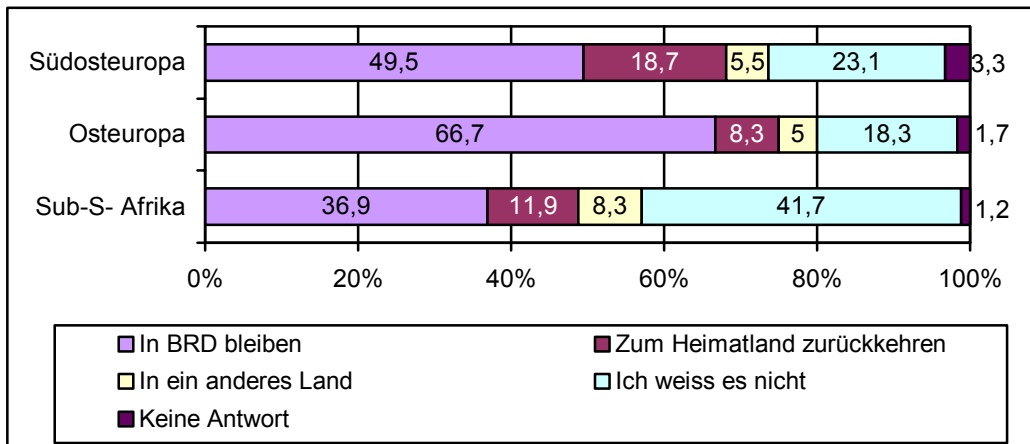
Die überwiegende Mehrheit der Befragten wohnt zur Miete (68,7 %), ein kleiner Teil lebt in einem zugewiesenem Heim (10,6 %). 8,1 % der Migranten gaben an, Wohneigentum zu besitzen. Über 80 % teilt sich das Schlafzimmer mit einer Person oder schläft alleine. 7,8 % schläft mit mehr als drei Personen in einem Raum.

Gefragt nach einer Bewertung der Wohnsituation, gaben 75,6 % an, mit der Wohnsituation „zufrieden“ oder sogar „sehr zufrieden“ zu sein, 16,1 % sind „unzufrieden“ und 7,9 % sind „vollkommen unzufrieden“.

#### **4.1.11 Lebenssituation in Deutschland**

Ein entscheidender Punkt für eine Auseinandersetzung mit Sozial- und Gesundheitssystemen in Deutschland stellt die individuelle Lebensplanung dar. Sehen Probanden auch in Zukunft ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland oder glauben sie, dass ihr Aufenthalt hier nur eine vorübergehende Phase in ihrem Leben darstellt? Mehr als die Hälfte (53,5 %) plant, für immer in Deutschland zu bleiben, 26 % waren sich unsicher, wo sie in Zukunft leben werden. 12,8 % möchten in ihr Heimatland zurückkehren und 5,8 % möchten in Zukunft in einem anderen Land leben.

**Abb. 13: Zukunftspläne nach Herkunftsregion in Prozent (n=258)**



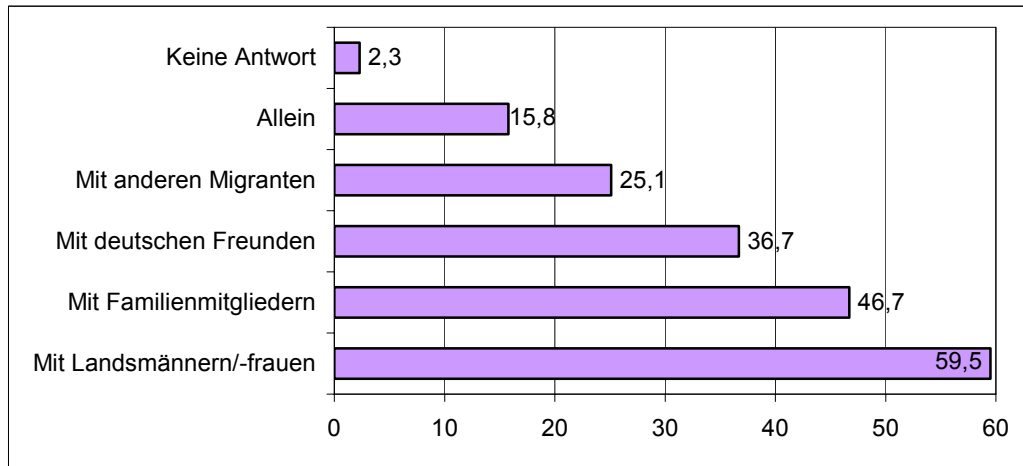
Probanden aus Sub-Sahara Afrika sind am unsichersten, ob sie auch in Zukunft noch in Deutschland leben werden (41,7 %). Die Mehrheit der Osteuropäer plant in Deutschland zu bleiben (66,7 %). Mit 18,7 % stellen die Südosteuropäer die größte Gruppe mit dem Wunsch ins Heimatland zurückzukehren.

Kontakte in der Freizeit stellen ebenfalls einen wichtigen Hinweis auf Kommunikationswege und eine Integration in die Gesellschaft des Aufnahmelandes dar. Natürlich können solche Kontakte sehr vielfältig sein, es waren deshalb Mehrfachantworten möglich.

Ihre Freizeit verbringen die meisten Probanden normalerweise mit anderen Mitgliedern ihrer ethnischen Community (59,5 %) oder mit Mitgliedern ihrer eigenen Familie (46,7 %), aber immerhin 36,7 % verbringt seine Freizeit ab und zu auch mit deutschen Freunden, gefolgt von denjenigen, die ihre Freizeit mit anderen Ausländern verbringen (25,1 %). 15,8 % bleiben in der Freizeit allein.

**Abb. 14: Freizeitverhalten in Prozent der Fälle(n=259)\***

\*Mehrfachantworten

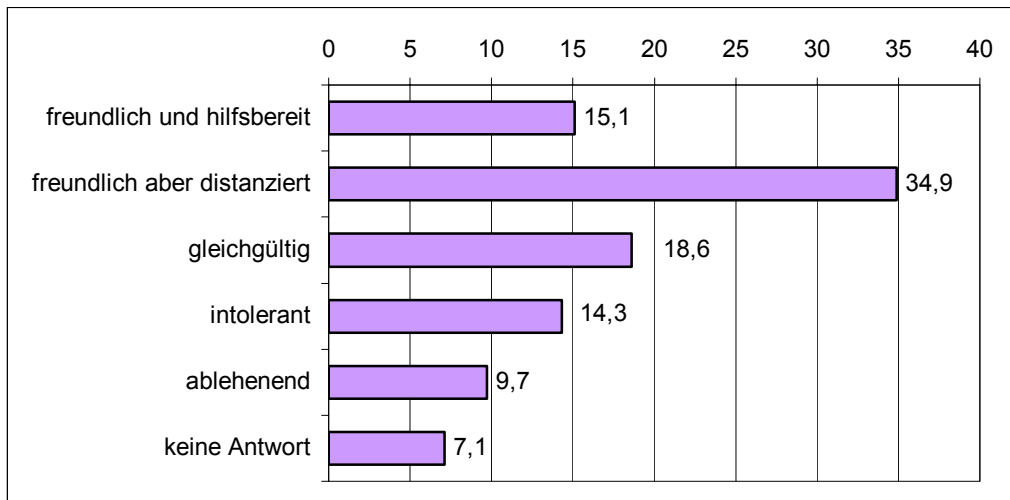


Auch die Kommunikation zur Problemlösung der von uns befragten Migranten findet bevorzugt im Rahmen von Familie und Community statt. Auf die Frage, wen sie ansprechen würden, wenn sie ein Problem nicht selber lösen könnten, nannten 36,5 % der/die Ehefrau/mann oder Partner/in (36,5 %) als erste Anlaufstelle, gefolgt von Familienmitgliedern und anderen Mitgliedern der ethnischen Community (jeweils<sup>o</sup>%). An vierter Stelle werden deutsche Freunde (21,9 %) genannt. Nur eine Minderheit kann sich auch vorstellen, bei Institutionen Hilfe zu suchen. „Soziale Dienste“ wurden von 18,5 %, örtliche NROs<sup>43</sup> von 11,9% genannt, Religionsgemeinschaften spielen mit 6,2 % bei Problemlösungen kaum eine Rolle. Nur 4,6 % würden sich an gar niemanden wenden, auch dies ein Hinweis auf den hohen Stellenwert des sozialen Umfeldes für unsere Probanden.

Auch eine andere Einschätzung der befragten Migranten betont den hohen Stellenwert des direkten sozialen Umfeldes, bestehend aus Familie und Community und die doch eher etwas distanzierte Haltung gegenüber der deutschen Mehrheitsgesellschaft. Auf die Frage, mit welcher Einstellung Deutsche allgemein ihnen begegnen, antworteten nur 15,1 % „freundlich und hilfsbereit“. 34,9 % befanden, die Deutschen verhielten sich „höflich aber distanziert“, 18,6 % schätzten das Verhalten als „gleichgültig“ ein und 24 % sagten, die Deutschen seien „intolerant und ablehnend“ ihnen gegenüber.

<sup>43</sup> NRO: Nicht-Regierungs-Organisation

**Abb. 15: Einschätzung der Einstellung Deutscher gegenüber den Probanden (in Prozent, N=259), Mehrfachnennungen**



#### 4.1.12 Aufenthaltsstatus

Bleiberecht und Aufenthaltsgenehmigung bestimmen im wesentlichen den Status und das Leben von Migranten in Deutschland. Mehr als die Hälfte des Samples (54,8 %) verfügt über eine langfristige Aufenthaltsgenehmigung<sup>44</sup>. Bei 21,2 % ist die Aufenthaltsgenehmigung auf eine kurze Zeit<sup>45</sup> befristet. 15,8 % haben keine Aufenthaltsgenehmigung und halten sich daher zur Zeit illegal in Deutschland auf.

**Abb. 16: Aufenthaltsstatus N= 259**

Aufenthaltsstatus	N= 259 und %
Langfristige Aufenthaltsgenehmigung (unbefristete Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsberechtigung)	142 (54,4 %)
Befristete Aufenthaltsgenehmigung (Befristete Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsbewilligung, Aufenthaltbefugnis Duldung, Touristenvisum)	55 (21,6 %)
Illegal (z. B. Aufenthaltsgenehmigung ausgelaufen)	41 (15,8 %)
Keine Angabe	21 (8,1 %)
Gesamt	259 (100 %)

<sup>44</sup> Als „langfristige Aufenthaltsgenehmigung“ sind hier die unbefristete Aufenthaltserlaubnis und die Aufenthaltsberechtigung zu verstehen.

Für Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten muss auf jeden Fall mit starken Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung ausgegangen werden, aber auch Migranten mit kurzfristigen Aufenthaltstiteln, Touristenvisa oder „Duldungen“<sup>46</sup> haben dann einen eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, wenn sie keine Arbeitserlaubnis haben und ihre Aufenthaltskosten in Deutschland nicht anderweitig (z. B. durch Sozialhilfe oder Maßnahmen nach Asylbewerberleistungsgesetz) getragen werden. Die Anzahl der in Deutschland illegal lebenden Menschen zu schätzen ist naturgemäß sehr schwer. „Es ist das primäre Interesse eines sich illegal aufhaltenden Menschen, diese Realität zu verschleiern, da sie einen Straftatbestand darstellt.“<sup>47</sup> Der Berliner Senat schätzt die Anzahl der illegal in Berlin lebenden Menschen auf ca. 100.000<sup>48</sup>. Ob es sich bei dieser Zahl um Einschätzungen von Experten handelt, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln das Thema betrachten oder ob seriöse Schätztechniken angewandt wurden, entzieht sich unserer Kenntnis. Diese Zahl ist also nur mit Vorsicht zu betrachten, soll an dieser Stelle aber dennoch zitiert werden, um darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Problematik „Leben in der Illegalität“ keinesfalls um Einzelschicksale handelt<sup>49</sup>.

Die folgende Abbildung zeigt, wie diese Arten und Dauer von Aufenthaltsgenehmigungen sich zwischen den Regionen verteilen. Die Mehrheit der Südosteuropäer ist im Besitz einer langfristigen Aufenthaltsgenehmigung, was angesichts des Migrationgeschehens in Deutschland gut nachvollziehbar ist. Die größte Zahl von Befragten, die eine befristete Aufenthaltsgenehmigung haben, aber auch die, die „illegal“ in Deutschland leben, kommen aus Sub-Sahara Afrika.

---

<sup>45</sup> Hier sind die befristete Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsbewilligung, Aufenthaltsbefugnis und Duldungen gemeint.

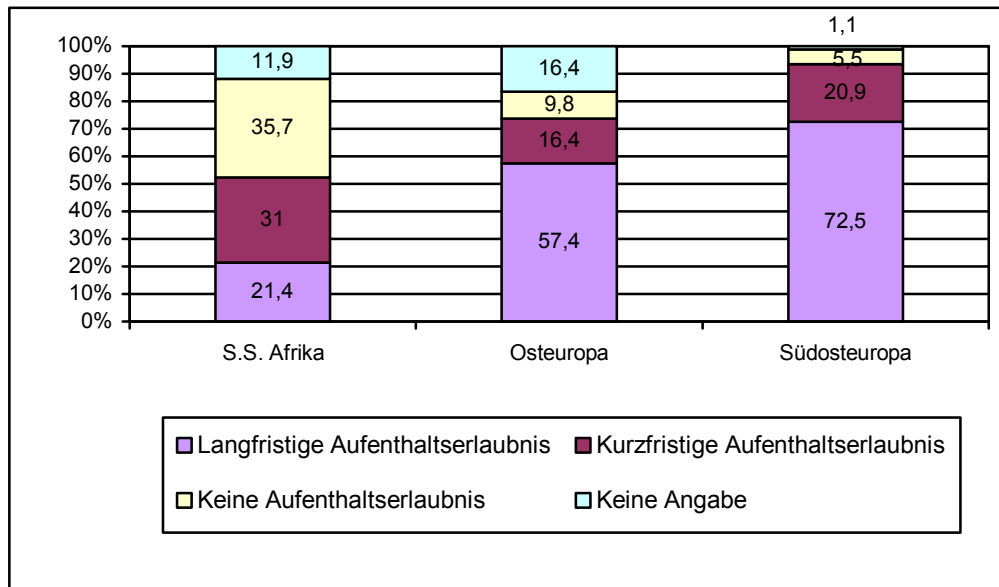
<sup>46</sup> Eine Duldung ist im eigentlichen Sinne keine Aufenthaltserlaubnis, sie setzt lediglich die Abschiebung aus.

<sup>47</sup> Dr. Philipp Anderson (2003), S.15: „Das Sie uns nicht vergessen...“ Menschen in der Illegalität in München

<sup>48</sup> „Hier bin ich zu Hause“: Die Tageszeitung, 11 Juli 2005

<sup>49</sup> Zur Vertiefung sei hier auf die Studie von Anderson (2003) hingewiesen

**Abb. 17: Art der Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland. Angaben in Prozent (n=259)**



#### 4.1.13 Schlussfolgerungen aus: Soziodemographische Daten und die Lebenssituation in Deutschland (Sample 1)

Betrachtet man die Variablen „Länge des Aufenthalts“, „Aufenthaltsstatus“, „Beherrschung der deutschen Sprache“, „Beschäftigungssituation“ und „Pläne für die Zukunft“ im Zusammenhang, so schält sich eine Herkunftsregion heraus, für die im Ergebnis größere Hindernisse für eine Teilhabe an der deutschen Gesellschaft angenommen werden muss: Probanden aus der Region Sub-Sahara-Afrika verfügen über geringere deutsche Sprachkenntnisse, sind kürzer in Deutschland, haben überwiegend ungesicherte Aufenthaltsregelungen, sind überproportional arbeitslos und unsicher, was ihr Verbleiben in Deutschland anbetrifft. Inwiefern diese geringe Integration in die deutsche Gesellschaft auch einen geringeren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und geringere Kenntnisse zu den Themen HIV/AIDS und STD bewirkt, wird in den folgenden Kapiteln diskutiert.

## **4.2 Erfahrungen mit gesundheitlichen- und sozialen Hilfsangeboten**

Kenntnisse und Nutzung des Gesundheitssystems im Aufnahmeland sind wichtige Variablen für eine Einschätzung von Hilfesuchverhalten und auch Prävention. Wir haben deshalb Fragen zu diesen Themen in unseren Fragebogen aufgenommen. Der Fokus der hier vorliegenden Studie liegt aber auf den Themen rund um HIV/AIDS und STD, deshalb mussten wir uns beschränken: Um das Erhebungsinstrument nicht über Gebühr aufzublähen, haben wir zu Erfahrungen mit gesundheitlichen und sozialen Hilfsangeboten nur einige wenige Fragen gestellt. Diese Fragen dienen also lediglich dazu, im Zusammenhang mit den Hauptfragestellungen einen Hintergrund über Erfahrungen mit gesundheitlichen und sozialen Hilfsangeboten zu ermöglichen. Eine Einschätzung von *Unter-Über- oder Fehlversorgung*<sup>50</sup> von Migranten kann hier nicht vorgenommen werden.

### **4.2.1 Anrecht auf gesundheitliche Versorgung**

Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes schreibt die *Wahrung der Menschenrechte* als verpflichtend fest<sup>51</sup>. Jede Person, die sich auf dem Territorium der Bundesrepublik Deutschland aufhält, hat danach unabhängig von Aufenthalts- und Versicherungsstatus Anspruch auf medizinische Versorgung bei Notfällen und akuten Erkrankungen. In allen anderen Fällen ist die Behandlung bis auf wenige Ausnahmen abhängig von einer Kostenübernahme durch Krankenkassen, Sozialträger oder den Patienten selbst.

Auf die Frage, ob Nicht-EU-Ausländer in Deutschland freien Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, erhielten wir sehr unterschiedliche Antworten: Für 15,1 % der Probanden stand fest, dass die freie ärztliche Versorgung von Nicht-EU-Ausländern auf *Notfälle* beschränkt ist, für 20,8 % muss auf *jeden Fall eine Krankenversicherung* vorliegen, für 19,7 % auf *jeden Fall eine Aufenthaltsgenehmigung*. 22 % und damit die größte Gruppe, *wusste es nicht* und für 11,2 % war klar, Nicht-EU-Ausländer müssen auf jeden Fall die in Anspruch genommene Leistungen *bezahlen*. 10,2 % glauben, dass der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung *keinerlei Einschränkungen* unterliegt.

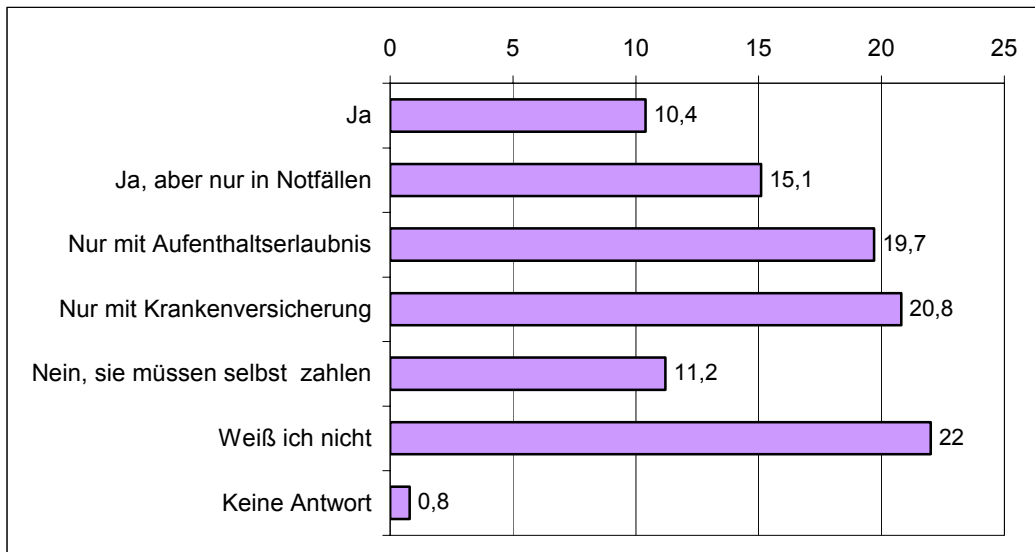
---

<sup>50</sup> siehe hierzu Theda Borde et al (2003), S. 43 ff

<sup>51</sup> Deutscher Bundestag (1998)



**Abb. 18: Haben Nicht-EU-Ausländer in Deutschland freien Zugang zur gesundheitlichen Versorgung? In Prozent (n=259)**



Über die Rechte von Nicht-EU-Ausländern bezüglich einer gesundheitlichen Versorgung in Deutschland herrscht also unter Nicht-EU-Ausländern eine ziemliche Konfusion. Da aber der wichtigste Zugang zu Informationen das soziale Umfeld und damit das Wissen anderer Migranten darstellt, können aus diesem Halb- bzw. Nichtwissen negative Folgen für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung entstehen.

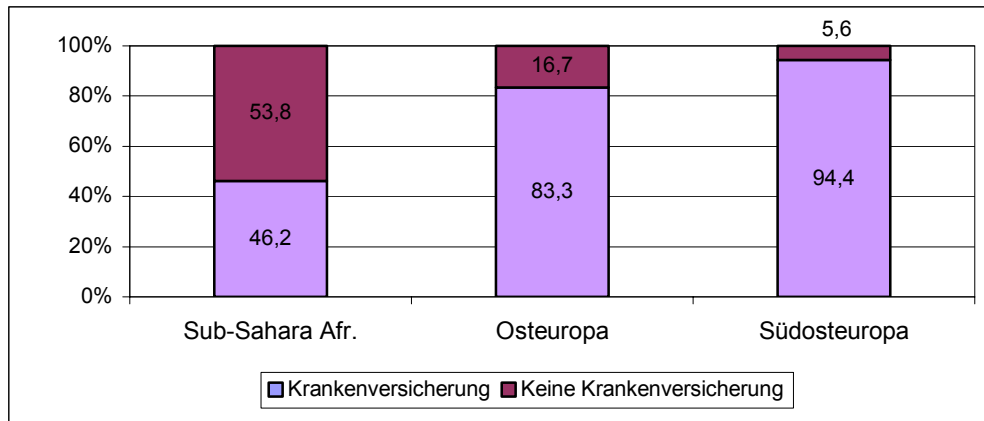
#### 4.2.2 Krankenversicherung

Noch bis vor 10 – 15 Jahren wurde der Anteil der Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland als äußerst gering eingeschätzt. Inzwischen weisen einige Studien darauf hin, dass sich der Anteil der nicht oder nicht mehr Krankenversicherten erhöht<sup>52</sup>. Überwiegend handelt sich hier um Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland, jedoch leben auch andere Personengruppen immer häufiger ohne Krankenversicherung: Selbstständige mit geringem Einkommen, Studierende, Prostituierte usw. Zuverlässige Schätzungen liegen uns hierzu nicht vor. Deshalb können wir auch nicht sagen, ob unsere Ergebnisse die Normalität in den befragten Populationen darstellen.

Mehr als 3/4 der befragten Migranten (75,4 %) verfügen über eine Krankenversicherung. 22 % sind nicht krankenversichert.

Es gibt einen sehr signifikanten Zusammenhang<sup>53</sup> zwischen der Herkunftsregion und dem Krankenversicherungsstatus. Am seltensten versichert sind die Migranten aus Sub-Sahara Afrika, die Mehrheit dieser Befragten (53,8 %) hat keine Krankenversicherung, verglichen mit „nur“ 16,7 % Osteuropäern und 5,6 % Südosteuropäern.

**Abb. 19: Krankenversicherungsstatus nach Regionen, in Prozente (n=128)**



Die meisten Befragten (50,4 %) sind über ihre Erwerbstätigkeit krankenversichert. Fast ein Fünftel (19,8 %) im Rahmen von Transferleistungen. 12,4 % sind durch Eltern und 7,4 % durch den/r Partner/in mitversichert. Privat versichert sind 6,6 % der Befragten. Nur 11,4% der Migranten, die eine Krankenversicherung haben, gab an, Schwierigkeiten bei der Beantragung einer Krankenversicherung gehabt zu haben. Falls sie diese doch hatten, dann waren es für Mehrheit Probleme bürokratischer Natur (7,3 %), gefolgt vom Fehlen von Informationen (6,2 %) und Kommunikationsschwierigkeiten (3,8 %).

### 4.2.3 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

66,3 % der Probanden schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand als „gut“ bis „ausgezeichnet“ ein. 23,9 % sind mit Ihrem Gesundheitszustand scheinbar nicht ganz so zufrieden, sie bezeichneten ihn als „mittel“. Nur 9,8 % bezeichneten ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder sogar „sehr schlecht“.

<sup>52</sup> Franz (2003) S. 143,

<sup>53</sup>  $\chi^2=66,18$ ,  $p=.000$

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen *Gesundheitszustand* und *Regionen* oder *Gesundheitszustand* und *Geschlecht*, jedoch zwischen *Gesundheitszustand* und *Alter*<sup>54</sup>. Je älter ein Proband ist, desto niedriger ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Um zu überprüfen, ob der Migrationprozess einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Probanden gehabt hat, wurden sie gebeten, den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand mit dem vor der Einreise nach Deutschland zu vergleichen. Die Mehrheit befand, dass ihr Gesundheitszustand unverändert geblieben ist. 13 % fanden sogar, dass er sich verbessert hat, aber 27,5 % gaben an, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand verschlechtert habe, seit sie in Deutschland sind.

Als einzige Variable zur Einschätzung der Gesundheit der befragten Probandinnen haben wir diese – zugegebenermaßen – grobe Selbsteinschätzung in der Befragung. Eine Überprüfung dieser Selbsteinschätzung ist deshalb nicht möglich. Wahrscheinlich ist, dass es sich bei der guten Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes bei der Mehrheit der befragten Migranten um den sogenannten „*healthy migrant effect*“<sup>55</sup> handelt. Demnach sind es eher junge gesunde Menschen, die sich für eine Emigration entscheiden. Dafür spricht auch, dass es einen eindeutigen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Einschätzung der eigenen Gesundheit gibt.

#### **4.2.4 Kenntnisse über und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdiensten**

Uns interessierte, welche allgemeinen und speziellen Kenntnisse die Probanden über ganz konkrete gesundheitliche und soziale Angebote in ihrem Wohngebiet haben und wie sie sich diese Kenntnisse erworben haben. Auch haben wir gefragt, welche Einrichtungen bereits genutzt wurden. Da der Fragebogen international vergleichbar sein musste, fehlt leider an einigen Stellen die in Deutschland übliche Differenzierung der Angebote.

##### ***Gesundheitliche Dienste***

Die Befragten zeigten insgesamt gute Kenntnisse in bezug auf Standorte von Gesundheitsdiensten. Die meisten wussten, wo ein Allgemeinmediziner, ein Krankenhaus oder eine Notaufnahme zu finden ist (Abb.18). Bei spezialisierten Gesundheitsdiensten wie Fachärzten oder Beratungseinrichtungen zur Familienplanung waren die Kenntnisse deutlich geringer. Wenn jedoch nur Migranten mit Kindern bei diesen Antworten berücksich-

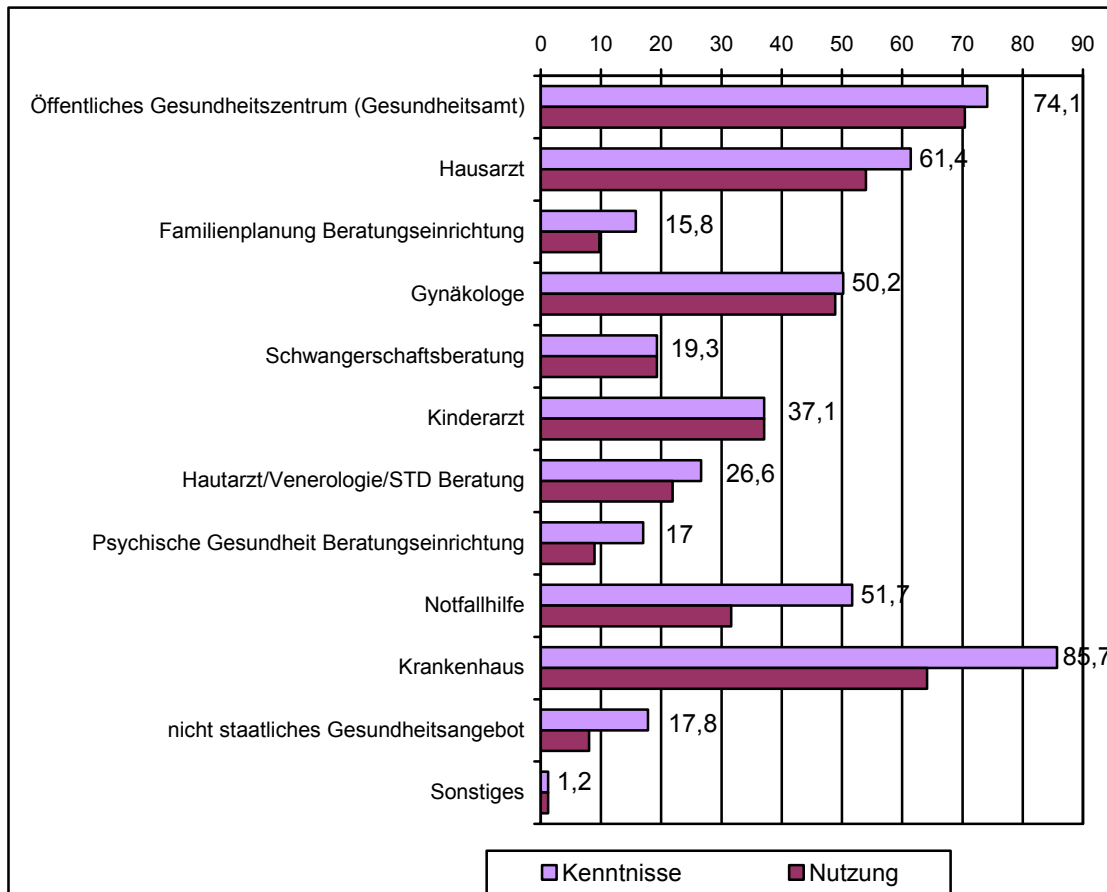
---

<sup>54</sup>  $\chi^2=18,6$ ;  $p=.017$

<sup>55</sup> Ingleby et al (2004): The Role of Health in Migration ([www.ercomer.org](http://www.ercomer.org))

tigt werden, zeigt sich ein anderes Bild: 67,3 % dieser Kategorie wussten, wo ein Kinderarzt zu finden ist. Ebenfalls wusste ein höherer Prozentsatz, wo sich ein Krankenhaus befindet (96,5 %). Nicht überraschend ist, dass mehr Frauen als Männer wussten, wo die Praxis eines Frauenarztes zu finden ist (73,4 % der Frauen und 23,3 % der Männer) .

**Abb. 20: Kenntnisse über Standorte von Gesundheitsdiensten und deren Nutzung. Angaben in Prozent (n=259), Mehrfachnennungen**



Ihr Wissen über die gesundheitlichen Dienste erlangen die Probanden der Studie in erster Linie über Informationen aus ihrem sozialen Umfeld.

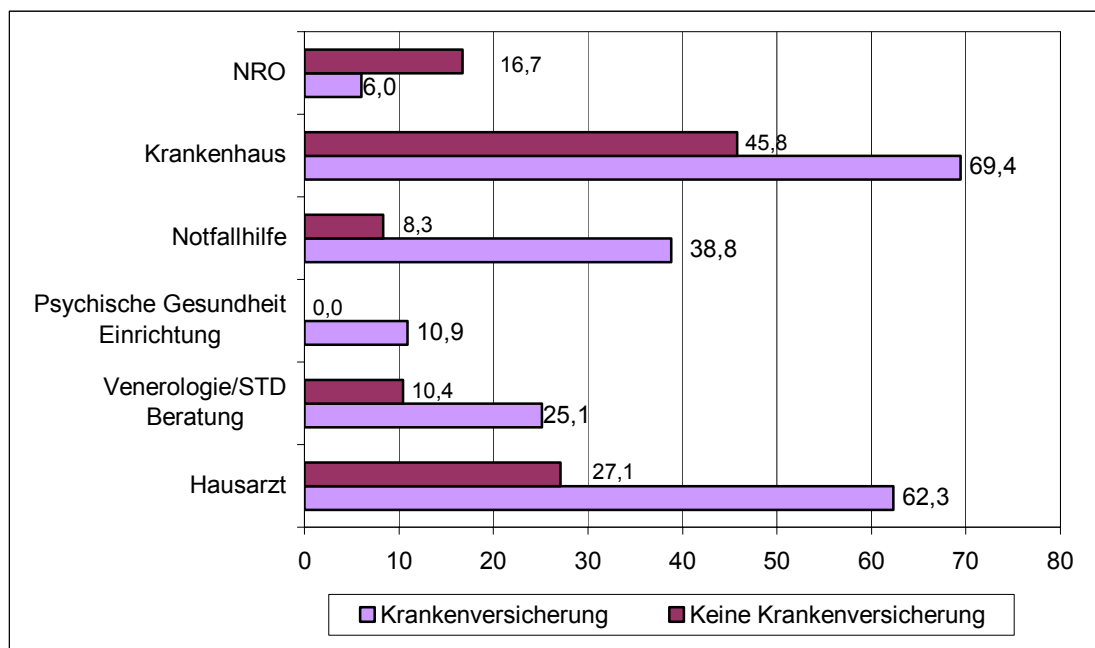
Familie (39 %), Freunde (51,7 %) und andere Migranten (26,3 %) sind häufig genannte Quellen, für das Wissen über Standorte der gesundheitlichen Infrastruktur. Andere Quellen, waren gedruckte Informationen (Broschüren, Poster) (27,4 %) und die Massenmedien (23,9 %). Für die Nutzung dieser Informationsquellen liegt ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied vor. Die Familie wurde deutlich häufiger von Frauen genannt (48,9 % verglichen mit 27,5 % der Männer), Druckmedien dagegen wurden häufiger von

Männer genannt (35 % der Männer und 20,9 % der Frauen). D.h. bei der Erlangung von Informationen verlassen sich Frauen noch intensiver auf das soziale Umfeld, bzw. sind darauf angewiesen, als Männer.

Wie aus der obigen Abbildung zu entnehmen ist, sind die meist genutzten Gesundheitsdienste Krankenhäuser, öffentliche Gesundheitszentren und Hausärzte. Ebenfalls häufig in Anspruch genommen wurden Gynäkologen (72,8 % der Frauen) und Kinderärzte (72,8 % derjenigen, die Kinder haben). Die Ergebnisse sind mit denen anderer Studien vergleichbar<sup>56</sup>

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienste hängt stark davon ab, ob die interviewte Person krankenversichert ist, wie die folgende Abbildung zeigt.

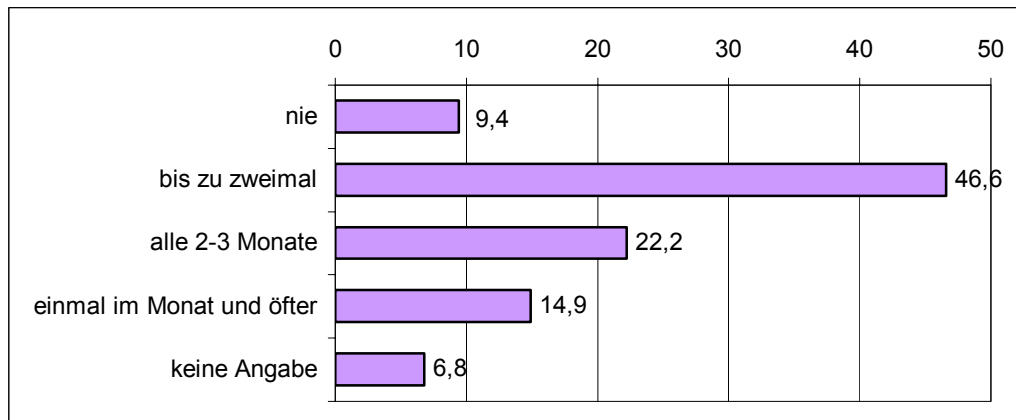
**Abb. 21: Inanspruchnahme nach Krankenversicherungsstatus, in Prozente (n=231)**



Gefragt nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste in den letzten 12 Monaten, berichtete die Mehrheit der Befragten, diese Dienste im genannten Zeitraum zweimal genutzt zu haben (26,4 %), gefolgt von denen, die ca. drei bis vier Mal (22,1 %) und einmal (20,4 %) die Dienste in Anspruch genommen haben.

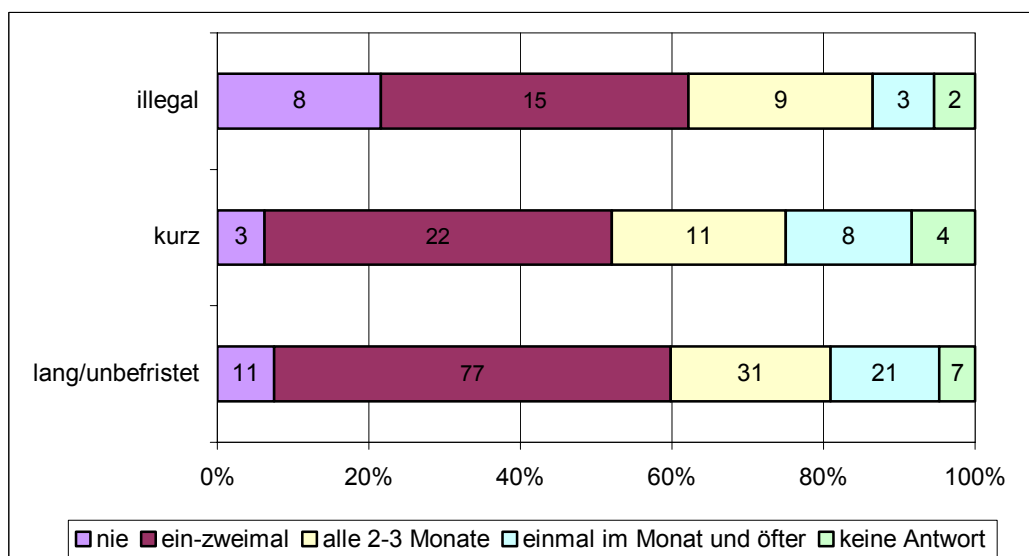
<sup>56</sup> Borde et al (2003)

**Abb. 22: Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten in den letzten 12 Monaten in Prozent (n=235)**



Es gibt zwei signifikante Zusammenhänge, die sich überschneiden: Probanden mit Kindern nehmen signifikant häufiger<sup>57</sup> gesundheitliche Dienste in Anspruch, Probanden aus Südosteuropa nehmen häufiger gesundheitliche Dienste in Anspruch, als Sub-Sahara-Afrikaner und Osteuropäer. Probanden, die sich illegal in Deutschland aufhalten, nehmen relativ gesehen weniger medizinische Dienstleistungen in Anspruch, jedoch ist dieser Zusammenhang nicht signifikant.

**Abb. 23: Aufenthaltsstatus und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste in den letzten 12 Monaten, Fallzahl (n=238)**



<sup>57</sup>  $\chi^2=20,1; p=.000$

Eine Erklärung für die Nutzung gesundheitlicher Dienste ohne Aufenthaltstatus sind gut organisierte informelle Netzwerke für Migranten ohne Krankenversicherung. „In den meisten deutschen Großstädten gibt es [...] medizinische Netzwerke, die sich zusammengeschlossen haben, um eine Versorgung für Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu gewährleisten“.<sup>5859</sup> Es besteht einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes<sup>60</sup>, je besser die Einschätzung des Gesundheitszustandes, desto seltener sind Besuche beim Arzt.

Im allgemeinen kann festgehalten werden, dass die Mehrheit der Migranten zufrieden ist mit den in Anspruch genommenen Leistungen des Gesundheitssektors. 74 % antworteten diesbezüglich mit „sehr“ oder „ziemlich zufrieden“. 22,1 % sind „nicht sehr“ oder „überhaupt nicht zufrieden“. Auch hier gibt es einen sehr signifikanten Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Herkunftsregionen<sup>61</sup>: Am „zufriedensten“ sind die Osteuropäer, gefolgt von den Sub-Sahara Afrikanern. Die häufigsten Gründe für die Unzufriedenheit mit den Gesundheitsdiensten sind Verständigungsschwierigkeiten (15,8 %), lange Wartelisten (13,8 %), ungünstige Öffnungszeiten, nicht zufriedenstellende Behandlung (beide 13,5 %), Unhöflichkeit des Personals (5,4 %) und bürokratische Probleme (9,3 %).

Die meisten Befragten kaufen ihre Arzneimittel in der Apotheke (74,9 %). 59,8 % bekommen ihre Arzneimittel direkt beim Arzt. 4,6 % bekommen Arzneimittel von Verwandten, Freunden, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen.

### **Soziale Angebote**

Von den Probanden wurden hier am häufigste staatliche Einrichtungen, wie das Arbeits- und Sozialamt (70,7 %), Bildungseinrichtungen für Berufsvorbereitung, Arbeitsuche und Arbeitsvermittlung (43,4%) benannt, gefolgt von nicht-staatlichen Einrichtungen (Information, Beratung und Betreuung (41,8 %)) und Notfallhilfen, wie Wohnprojekte oder Obdach (24,2 %) (Abb.5). 14,8 % wussten, wo Grundversorgungseinrichtungen (Essen, Kleidung, Notschlafstelle und Waschgelegenheiten) zu finden sind. Auch in diesem Fall waren Familie und Freunde die wichtigste Informationsquellen (29,3 % bzw. 56,8 %).

---

<sup>58</sup> Anderson (2003), S.34:

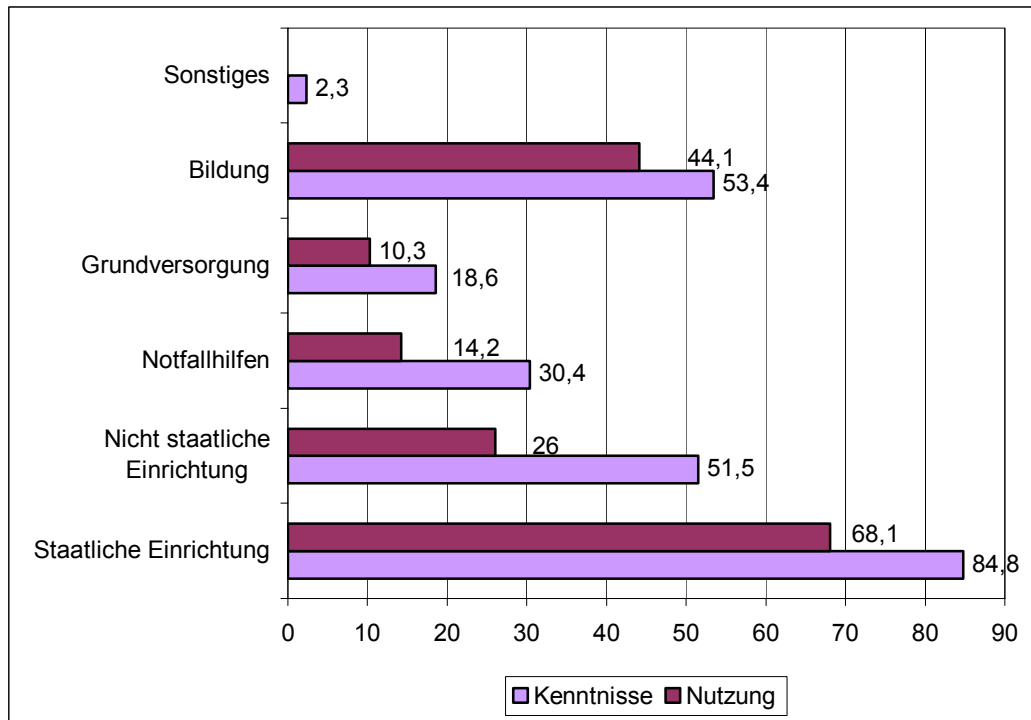
<sup>59</sup> siehe hierzu auch Franz (2003); Nitschke (2005)

<sup>60</sup>  $\chi^2=18,93$ ;  $p=0,026$

<sup>61</sup>  $\chi^2= 16,6$ ;  $p=.002$

Andere Migranten stehen an dritter Stelle mit 26,6 %, gefolgt von den Massenmedien mit 25,5 %.

**Abb. 24: Kenntnisse und Nutzung sozialer Einrichtungen.**  
Angaben in Prozent (n=204) Mehrfachnennungen



Mit den sozialen Angeboten sind wesentlich mehr Probanden unzufrieden als mit den medizinischen Angeboten. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,2 %) berichtet, dass sie „nicht sehr zufrieden“ bzw. „überhaupt nicht zufrieden“ mit den sozialen Hilfsangeboten sind. Als Gründe hierfür wurden genannt „Unhöflichkeit des Personals“ (28,5 %), „Bürokratische Probleme“ (20,8 %), „Verständigungsschwierigkeiten“ (18,1 %), „lange Wartelisten“ (17,7 %), „lange Wartezeiten“ (17,3 %), „Kosten“ (17 %), „Diskriminierung“ (14,3 %), sowie „ungünstige Öffnungszeiten“ (13,5 %).

#### 4.2.5 Schlussfolgerungen: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Erfahrungen mit Gesundheits- und Soziale Hilfsangebote

Der größte Teil der von uns befragten Migranten ist mit seiner Gesundheit zufrieden und kennt und nutzt gesundheitliche und soziale Angebote in Deutschland, und zwar. beeinflusst insbesondere von Herkunftsregion und Aufenthaltsstatus. Jedoch fallen diese Einflüsse geringer aus, als erwartet. Auch Theda Borde et al. stellen in ihrer Studie zur Nut-



zung Berliner Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten fest, dass „ *einige pauschale Annahmen und stereotype ,Bilder von und über Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen.....revidiert werden müssen*“. In der Studie zeigten sich bei MigrantenInnen türkischer Herkunft ähnliche Muster bei der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte wie bei deutschen Patienten. Patienten und Patientinnen anderer Ethnizität nahmen allerdings wesentlich weniger Fachärzte in Anspruch<sup>62</sup>. Auch dies können wir in der Tendenz bestätigen, allerdings wurde in der Studie von *Borde* nicht nach anderen Ethnien differenziert, was eine direkte Vergleichbarkeit erschwert.

Insbesondere die Unterschiede zwischen legalen und illegalen Migranten haben wir uns an dieser Stelle wesentlich deutlicher vorgestellt. Liegen hier Verzerrungen auf Grund des Zugangs und des überwiegenden Erhebungsortes vor ? Wir haben die Erstkontakte im Rahmen der Schneeballerhebung über gesundheitlichen Themen nahestehende Migrantenorganisationen gewählt, allerdings haben nur 23,8 % der Befragten angegeben, an solchen Gruppen zu partizipieren, wir haben uns also relativ schnell von den ursprünglichen Organisationen entfernt. Bleibt eine Beeinflussung der Ergebnisse durch den hauptsächlichen Ort der Erhebung. In Berlin gibt es selbst für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ein vielfältiges Angebot von gesundheitlichen Diensten, auch aufsuchend und in verschiedenen Sprachen. Offensichtlich ist das System der Gesundheitsversorgung zumindest im großstädtischem Milieu zugänglicher als strukturell angelegt und vielfach beschrieben<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> Borde et al (2003) S.74f

<sup>63</sup> z.B, Razun et. Al (2004)

### 4.3 HIV/AIDS und STD

#### 4.3.1 Informiertheit über HIV-Infektionswege und Schutzmöglichkeiten

Wir haben hier unterschiedliche Ebenen des Wissens zu diesem Thema abgefragt. Die erste Frage zielte darauf ab, zu erfahren, wie die Probanden ihr Wissen zu diesem Thema ganz allgemein selbst einschätzen. Weitere Fragen behandeln das konkrete Wissen zu einzelnen Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten.

Auf die Frage „*Wissen Sie, was HIV/AIDS ist?*“ antworteten knapp die Hälfte der Migranten (49,6 %) mit „*Ja, sicher*“. 26,5 % der Befragten gaben an, es „*ziemlich genau*“ zu wissen. 17,7 % „*weiß nicht so genau*“ und 4,8 % antworteten sogar mit „*Nein*“<sup>64</sup>. Bereits auf dieser Ebene wird der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung deutlich: Nach der jährlich durchgeführten repräsentativen Umfrage der BZgA (BZgA 2004) wissen 98 % der Befragten, was HIV/AIDS ist. Die von uns befragten Migranten schätzen also ihre eigenen Kenntnisse zu diesem Thema wesentlich geringer ein, als die Allgemeinbevölkerung.

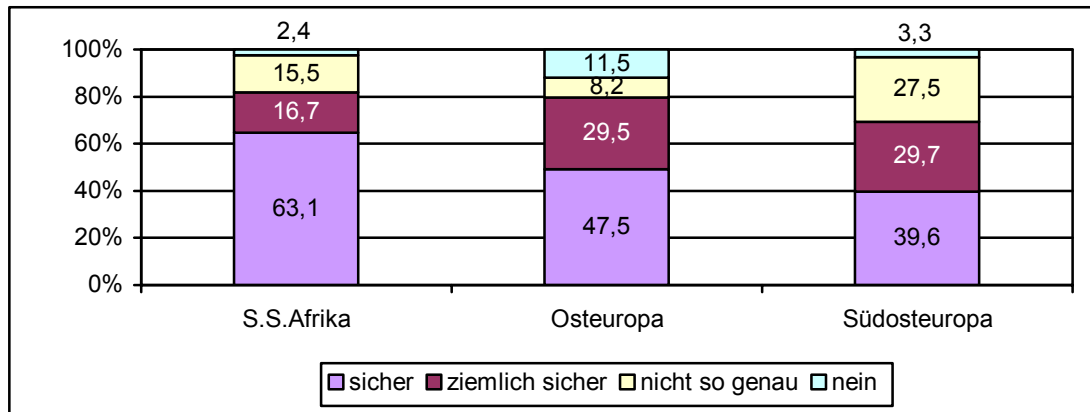
Je nach Herkunftsregion wurde diese Frage sehr unterschiedlich beantwortet. Die Befragten aus Sub-Sahara Afrika waren zu 63 % „*ganz sicher*“, Befragte aus Osteuropa noch zu 47,5 % und Südosteuropäer nur noch zu 39,6 %. Diese Unterschiede sind hochsignifikant<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern:  
Es sind sich sicher was HIV ist:  
Österreich und Spanien – ca. 50%  
Italien- ca.40%  
Griechenland- unter 20% (Hughes et al, 2004)

<sup>65</sup>  $\chi^2=12,08$ ;  $p=.017$

**Abb. 25: Kenntnisse über HIV/AIDS nach Herkunftsregionen. Angaben in Prozent (n=259)**



Vor dem Hintergrund, dass die Probanden aus Südosteuropa in unserem Sample die sichersten Aufenthaltstitel, die besten Sprachkenntnisse und die höchste Rate von Krankenversicherten aufweisen, ist dies ein erstaunliches Ergebnis. Gibt es Indikatoren, die die Informiertheit zu diesem Thema stärker beeinflussen, als *Sprachkompetenz* und *Aufenthaltsstatus*? Oder gibt es, insbesondere unter den Probanden aus Sub-Sahara-Afrika eine andere Art der Verbreitung von Informationen, welche die migrationspezifischen und strukturellen Defizite kompensieren? Wir werden auf diese Fragen am Ende dieses Kapitels zurückkommen.

Die nächste Frage behandelt die konkreten Kenntnisse zu Übertragungswegen. Wir stellen im folgenden nur den Anteil der richtigen Antworten dar<sup>66</sup> und handeln die einzelnen Übertragungswege nacheinander ab.

### **Gemeinsames Nutzen von Spritzen bei Drogengebrauch**

Das Übertragungsrisiko durch gemeinsames Benutzen von Spritzbestecken bei Drogengebrauch konnten 77,3 % der Migranten richtig benennen - ein Risiko, das 99 % der allgemeinen deutschen Bevölkerung bekannt ist. Den höchsten Prozentsatz richtiger Antworten erreichten die Probanden aus Sub-Sahara Afrika (90 %), wobei es in dieser Gruppe keinen geschlechtsspezifischen Unterschied im Antwortverhalten gab, im Gegensatz zu den Gruppen aus den anderen beiden Herkunftsregionen. Insgesamt konnten 76,9 % der Südosteuropäer dieses Risiko richtig benennen, 98,1 % der Männer, aber nur 45,9 % der Frauen !. Ein ähnliches Phänomen kann unter den Osteuropäern beobachtet

<sup>66</sup> Es konnte auf 13 Variablen mit „richtig“, „falsch“ und „ich weiß nicht“ geantwortet werden. .

werden. Insgesamt kennen 64,5 % der Osteuropäer dieses Risiko, 75 % der Männer und 59 % der Frauen.

#### **Berührungen, Umarmungen oder Händeschütteln mit einer HIV-positiven Person.**

73,1 % der Befragten weiß sicher, dass durch Berührungen, Umarmungen oder Händeschütteln mit einer mit einer HIV-positiven Person kein Ansteckungsrisiko besteht. Hier gibt es erneut einen deutlichen Unterschied zur allgemeinen Bevölkerung, 97 % sind sich sicher, dass diese Form des Körperkontakts kein Risiko darstellt (BZgA 2004). Nach Herkunftsregionen getrennt, werden abermals Unterschiede deutlich: 84,5 % der Sub-Sahara Afrikaner antworten richtig, 71,4 % der Südosteuropäer und 66 % der Osteuropäer. Der geschlechtsspezifische Unterschied unter den Südosteuropäern ist bei dieser Antwort noch größer: 92,5 % der Männer, aber nur 40 % der Frauen wissen die richtige Antwort. Unter den Osteuropäern ist dieser Unterschied etwas kleiner: 75 % der Männer und 61,9 % der Frauen antworteten richtig.

#### **Einatmen der gleichen Luft, wie ein HIV/AIDS infizierter Mensch**

Fast drei Viertel (74,6 %) der befragten Migranten insgesamt sind sich sicher, durch das Einatmen der gleichen Luft keinem Risiko ausgesetzt zu sein. Das Antwortverhalten entspricht in etwa dem zum o. g. Thema „*Körperkontakt*“.

#### **Nutzung öffentlicher Toiletten**

Die Befragten sind offensichtlich sehr unsicher über eine mögliche Ansteckungsgefahr durch die Nutzung öffentlicher Toiletten. Nur 63,8 % sind sich sicher, dass hier keine Gefährdung vorliegt. 78,5 % der Sub-Sahara Afrikaner haben korrekt geantwortet (beide Geschlechter), gefolgt von 61,3 % der Osteuropäer und 56 % der Südosteuropäer. Der geschlechtsspezifische Unterschied macht sich auch in diesem Fall bemerkbar, da 70 % der Männer und nur 57 % der Frauen richtig antworteten. Am deutlichsten ist dieser Unterschied in der Gruppe der Südosteuropäer wo nur 32,2 % der Frauen und 72,2 % der Männer sich sicher waren, dass die Nutzung öffentlicher Toiletten kein Ansteckungsrisiko darstellt.

#### **Trinken aus dem gleichen Glas wie ein HIV-infizierter Mensch**

Aus einem Glas zu trinken, woraus zuvor jemand getrunken hat, der/die HIV/AIDS hat, verursacht eine ähnliche Unsicherheit: nur 61,9 % sind sich sicher, dass dies kein Anste-

ckungsweg ist. Probanden aus den verschiedenen Regionen antworteten sehr ähnlich zu der vorangegangenen Frage, mit einer Ausnahme: Nur 45 % der Osteuropäer können diese Frage richtig beantworten, 50 % der Männer und 42,8 % der Frauen.

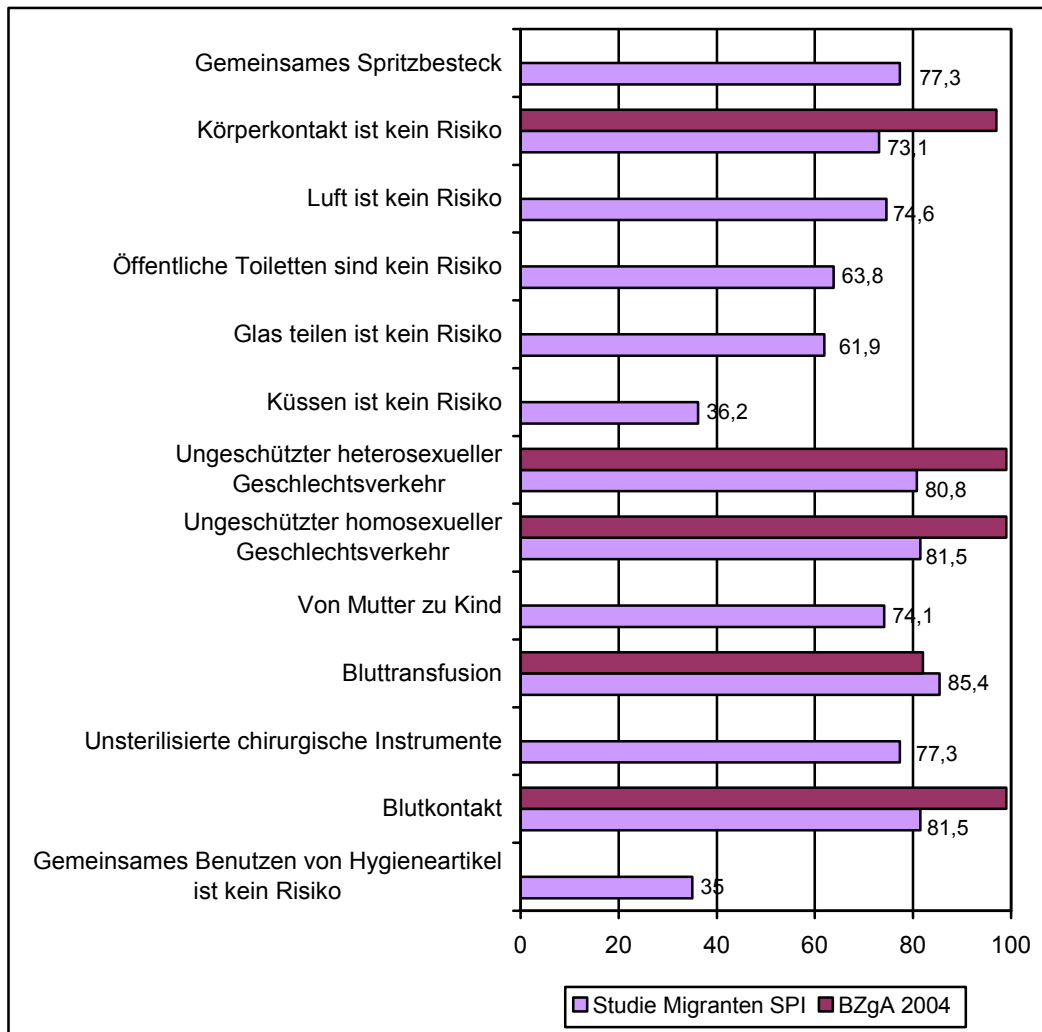
### **Küssen oder Kontakt mit Speichel einer HIV-positiven Person**

Diese Frage konnte nur eine Minderheit richtig beantworten. Nur 36,2 % der Befragten weiß sicher, dass hier kein Risiko besteht. Etwas über die Hälfte der Sub-Sahara Afrikaner (54,7 %) sind darüber informiert, jedoch nur 27,4 % der Osteuropäer und genau so viele Südosteuropäer. In diesem Fall waren die osteuropäischen Frauen besser informiert als die Männer dieser Region (30,9 % zu 20 %). Umgekehrt ist dies der Fall bei den Südosteuropäern (35,2 % zu 16,2 %).

### **Ungeschützte sexuelle Kontakte**

Was das Ansteckungsrisiko durch ungeschützte sexuelle Kontakte betrifft, kennen 81,5 % der Befragten das Risiko durch ungeschützten homosexuellen Geschlechtsverkehr und 80,8 % das Risiko durch ungeschützten heterosexuellen Geschlechtsverkehr. Trotz der höheren Kenntnisse zu diesem Risiko, sind die Zahlen niedriger als die der allgemeinen deutschen Bevölkerung, die zu 99 % die Gefahr von ungeschütztem Geschlechtsverkehr kennt. Bezogen auf ungeschützten homosexuellen Geschlechtsverkehr kennen 88 % der Sub-Sahara Afrikaner (beide Geschlechter), 78 % der Südosteuropäer (94 % der Männer und 54 % der Frauen) und 75,8 % der Osteuropäer (90 % der Männer und 69 % der Frauen) dieses Risiko. Die Kenntnisse des Risikos von ungeschütztem heterosexuellen Geschlechtsverkehr sind sehr ähnlich mit denen bezüglich des homosexuellen Geschlechtsverkehrs.

**Abb. 26: Kenntnisse über HIV/AIDS Übertragungswege.**  
**Angaben in Prozent (n=259). Mehrfachnennungen**



### Post- perinatale Übertragung des HIV

Fast 80 % der Osteuropäer (85 % der Männer und 76,2 % der Frauen) kennen das Risiko der Übertragung von einer HIV infizierten Mutter auf ihr ungeborenes Kind während der Schwangerschaft. Ebenso sind 77,4 % der Sub-Sahara Afrikaner (80 % der Männer und 73,8 % der Frauen) und 69,2 % der Südosteuropäer (87 % der Männer und 43 % der Frauen) über dieses Risiko informiert.

### Bluttransfusion und Kontakt mit infiziertem Blut

85,4 % sehen einen Übertragungsweg durch Bluttransfusionen und 81,5 % durch Blutkontakt. Fast 100 % der allgemeinen deutschen Bevölkerung kennt dieses Risiko. Diese Frage hat große geschlechtsspezifische Unterschiede in alle Regionen offenbart. 97 % der Sub-Sahara Afrikaner haben richtig geantwortet, aber nur 71,45 % der Frauen dieser Re-

gion (84,5 % insgesamt), gefolgt von 82,4 % der Südosteuropäer (100 % der Männer und 56,7 % der Frauen) und 80,6 % der Osteuropäer (95 % der Männer und 73,8 % der Frauen).

### **Unsterilisierte chirurgische Instrumente**

Unsterilisierte chirurgische Instrumente werden von 77,3 % als Infektionsrisiko richtig eingeschätzt. Hier sind die Antworten sehr ähnlich zur vorherigen Frage.

### **Gemeinsames Benutzen von Hygieneartikeln**

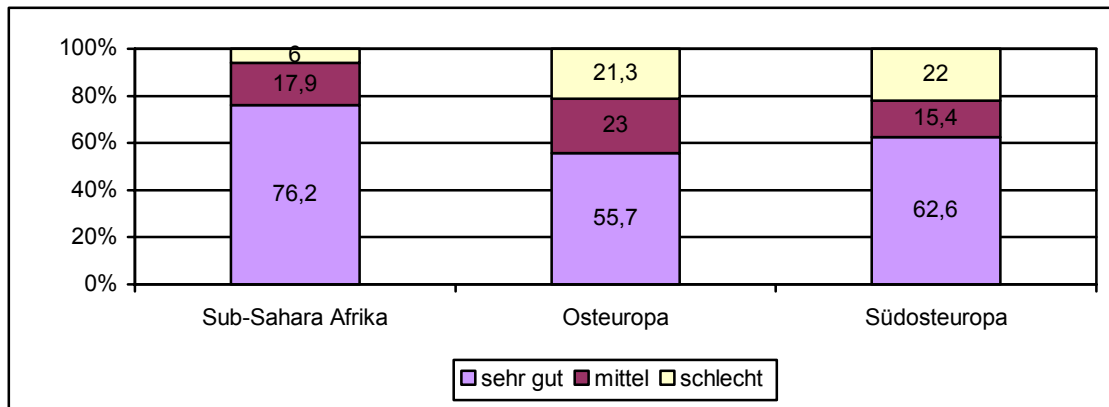
65 % des Samples weiß, dass das gemeinsame Benutzen von Hygieneartikeln kein Risiko darstellt. In diesem Fall, stehen die Sub-Sahara Afrikaner mit ihren Kenntnissen an erster Stelle mit 52,4 % (33,3 % der Männer und 71,4 % der Frauen), gefolgt von Osteuropäern mit 27,9 % (31,6 % der Männer und 26,2 % der Frauen). Nur 20,9 % der Südosteuropäer wissen, dass Hygieneartikel kein Risiko darstellen (25,9 % der Männer und nur 13,5 % der Frauen).

### **4.3.2 Zusammenfassende Betrachtung der Kenntnisse zu HIV/AIDS**

Das Antwortverhalten zu diesen Fragen zeigt ein hohes Maß an Unsicherheit über mögliche Übertragungswege. Um zusammenfassende Aussagen und Vergleiche über die Kenntnisse von HIV/AIDS Übertragungswegen vornehmen zu können, wurde eine Skala recodiert, die die hier vorgestellten 13 Variablen in drei Stufen zusammenfasst: Mit „*sehr gut*“ wurde bewertet, wenn mindestens 10 Fragen richtig beantwortet wurden, mit „*mittel*“ bei 5 – 9 richtige Antworten und mit „*schlecht*“ bei 0 – 4 richtige Antworten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Abbildung dargestellt

Neben den kulturspezifischen Variablen *Herkunftsregion* und *Religion* sind in unserem Sample die Variablen *Alter*, *Geschlecht* und *Bildung* und als einzige migrationsspezifische Variable *Sprachkompetenz* bedeutsam für die Informiertheit zu HIV/AIDS. Das folgende Diagramm stellt die Kenntnisse nach Herkunftsregionen dar:

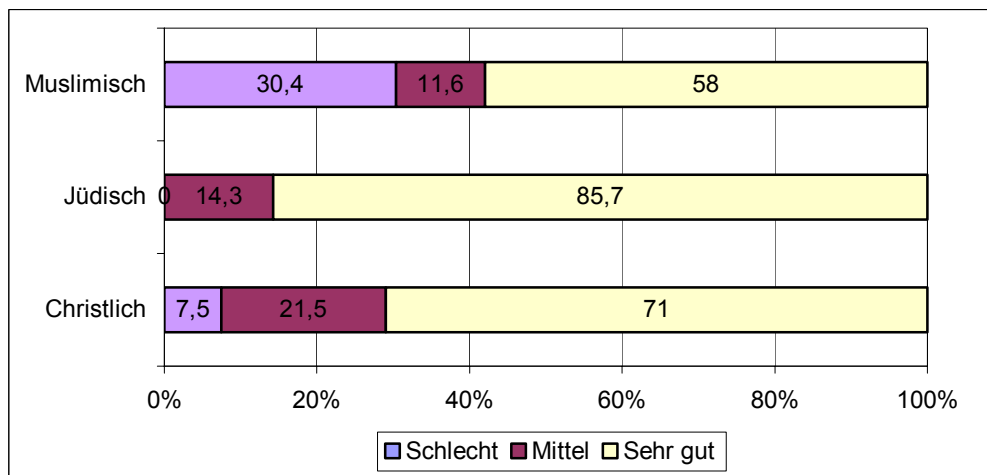
**Abb. 27: Kenntnisskala über HIV/AIDS Übertragungswege. Angaben in Prozent .(n=259)**



Probanden aus Sub-Sahara Afrika zeigten das höchste Informationsniveau in unserer Studie: 76,2 % haben sehr gute Kenntnisse, 17,9 % weisen „mittlere“ Kenntnisse auf und 6 % haben ein schlechtes Niveau von Kenntnissen. Die Südosteuropäer hatten mehr Personen mit „sehr guten“ Kenntnissen (62,6 %) als die Osteuropäer (55,7 %), aber weniger mit „mittlerem“ Kenntnisstand (15,4 % zu 23 %).

Die folgende Abbildung zeigt die Kenntnisse nach Religion. Wie die Grafik verdeutlicht, sind von uns befragte Menschen jüdischen Glaubens am besten informiert, gefolgt von Migranten christlichen Glaubens und den muslimischen Probanden. Alle schlecht informierten Muslime sind weiblich.

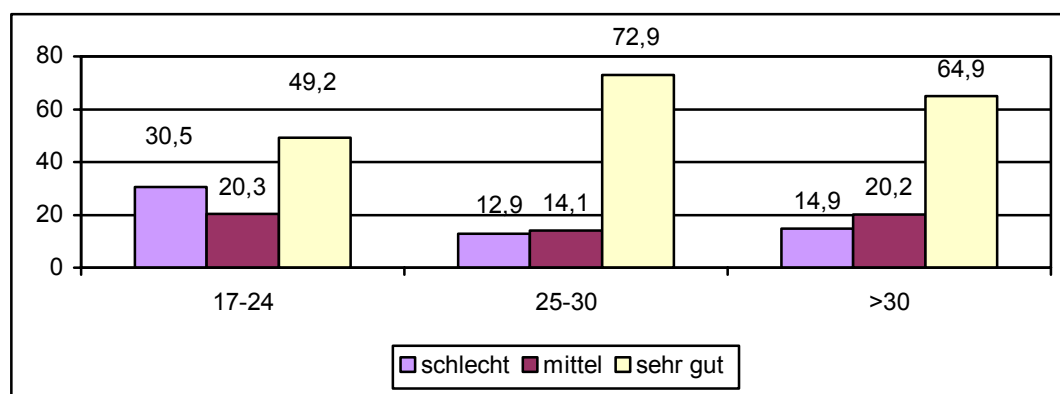
**Abb. 28: Kenntnisskala über HIV/AIDS nach Religion, in Prozente (n= 197)**





Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kenntnissen von Übertragungswegen von HIV/AIDS und *Alter*<sup>67</sup>. Die Gruppe, die am wenigsten Informationen besitzt, ist zwischen 17 bis 24 Jahre alt. Dieser Befund ist wahrlich besorgniserregend, ausgerechnet in einem Lebensalter, in dem eine sexuelle Identität mit einem sicheren Verhalten in der Intimkommunikation noch nicht gefestigt ist, Promiskuität häufig ist und auf Grund von Partnersuche sequenzielle Monogamie ein häufiges Verhaltensmuster darstellt, liegen die geringsten Kenntnisse zu einer möglichen Übertragung von HIV/AIDS vor.

**Abb. 29: Kenntnisse zu HIV/AIDS nach Altersgruppen. Angaben in Prozent (n=259)**



Wie schon mehrmals festgestellt wurde, besteht ein großer geschlechtsspezifischer Unterschied im Antwortverhalten, dieser Zusammenhang ist sehr signifikant<sup>68</sup>. Von den 46 Migranten (17,8 % der Gesamtheit), deren Kenntnisse der Übertragungswege von HIV/AIDS als „*sehr schlecht*“ eingestuft wurden, sind 91,3 % Frauen und nur 8,7 % Männer. Von denen, deren Kenntnisse als „*mittel*“ bewertet wurden (18,1 %), sind 53,2 % Männer und 46,8 % Frauen. In der höchsten Kategorie (64,1 %) sind 54,8 % Männer und 45,2 % Frauen.

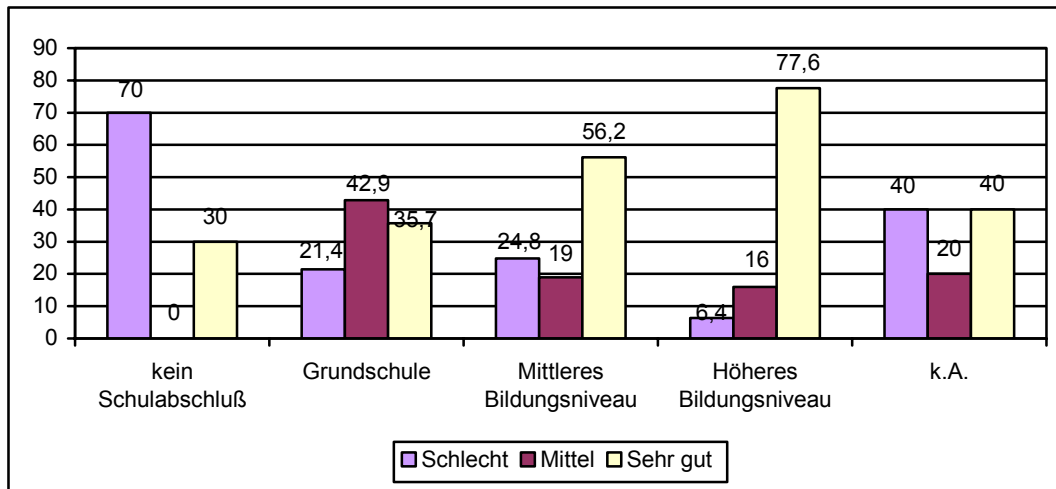
Außerdem besteht ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen dem *Bildungsniveau* und den Kenntnissen von HIV-Übertragungswegen<sup>69</sup>. 70 % der Migranten, die keine Schulbildung haben, haben schlechte Kenntnisse, genauso wie 21,4 % der Migranten, die die Grundschule beendet haben, 24,8 % derjenigen, die ein mittleres Bildungsniveau haben und nur 6,4 % derjenigen, die über ein höheres Bildungsniveau verfügen.

<sup>67</sup>  $X^2=11,28$ ;  $p=.024$

<sup>68</sup>  $X^2=31,903$ ;  $p=.000$

<sup>69</sup>  $X^2=26,55$ ;  $p=.000$

**Abb. 30: Informiertheit über HIV/AIDS und Schulbildung, in Prozent (n=259)**



Angesichts der in unserer Studie stark überrepräsentierten Migranten mit guten und sehr guten Bildungsabschlüssen, muss davon ausgegangen werden, dass der hier dargestellte Kenntnisstand zu HIV/AIDS ebenfalls viel zu gut ausfällt. Wir sehen hier also nur die berühmte Spitze des Eisbergs.

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Kenntnissen der Übertragungswege und der Beherrschung der deutschen Sprache<sup>70</sup>. 42,2 % der Befragten mit geringen Kenntnissen sprechen kein Deutsch oder nur mit großen Schwierigkeiten, aber nur 27,7 % der Probanden die „mittlere“ Kenntnisse aufweisen und 18,7 % der „sehr gut“ Informierten.

### **Migranten mit sehr schlechten Kenntnissen über HIV/AIDS-Übertragungswege**

Wir schauen uns im folgenden diese Gruppe näher an, Doppelungen zu dem bereits Dargestellten sind dabei nicht zu vermeiden. Wie bereits erwähnt wurde, zeigen 47 Migranten sehr schlechte Kenntnisse über die HIV/AIDS Übertragungswege. Von diesen Migranten leben die meisten seit mehr als fünf Jahren in Deutschland (72,7 %). 52,6 % dieser Migranten kommen aus Südosteuropa, 34,2 % aus Osteuropa und 13,2 % aus Sub-Sahara Afrika. In den beiden ersten Regionen gibt es einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied. Von den südosteuropäischen Migranten mit schlechten Kenntnissen zu HIV/AIDS-Übertragungswegen sind 100 % Frauen. Bei den Osteuropäern beträgt der

Frauenanteil 84,6 %. Das Bildungsniveau hat einen Einfluss bei den Südosteuropäern und den Sub-Sahara Afrikanern, alle schlechten Kenntnisse hatten keine oder sehr wenig Bildung. Unter der Osteuropäern ist dies aber anders, da die Mehrheit Abitur, eine Ausbildung oder einen Fachhochschulabschluss hat. Genauso differenzieren sich die Osteuropäer bezüglich die Deutschkenntnisse: während die anderen zwei Gruppen keine oder sehr schlechte Deutschkenntnisse haben, geben 64 % der Osteuropäer an „genug“ oder sogar gute Sprachkenntnisse zu besitzen.

Die Mehrheit von Migranten mit schlechten Kenntnissen zu HIV/AIDS-Übertragungswegen sind muslimischen Glaubens<sup>71</sup> (45,7 %), gefolgt von denen, die zu keiner Religion angehören und Christen (beide 17,4 %)

Allgemein haben die von uns befragten Migranten mit schlechten Kenntnissen zu HIV/AIDS Übertragungswege auch eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung<sup>72</sup>.

### 4.3.3 Kenntnisse über HIV/AIDS-Schutzmöglichkeiten

Neben einem hohen Wissensstand über die Übertragungswege ist die Kenntnis von Schutzmöglichkeiten eine „grundlegende Voraussetzung für das Schutzverhalten“<sup>73</sup>. Auf die Frage „Wie kann man sich selbst vor HIV/AIDS schützen?“ antwortete die Mehrheit der Befragten (93,6 %) „in dem man Kondome beim Geschlechtsverkehr benutzt“. 2,1 % gaben aber auch an, dass die *Anti-Baby-Pille vor HIV schützt*“ (16,6 % gaben „weiß nicht“ an). Fast 10 % der Befragten glauben an die Existenz einer Impfung gegen eine HIV-Infektion (20,4 % antworteten „weiß nicht“). Mehr als die Hälfte (56,2 %) der Migranten denkt, dass *Treue in der Partnerschaft* eine Schutzmaßnahme darstellt. 50,2 % glaubt, dass die *Vermeidung sexueller Beziehungen* schützt. 12,8 % sind sicher, dass es keinen Schutz vor HIV gibt. Dieses Antwortverhalten offenbart erneut eine relative Unsicherheit unserer Probanden zum Thema HIV/AIDS.

---

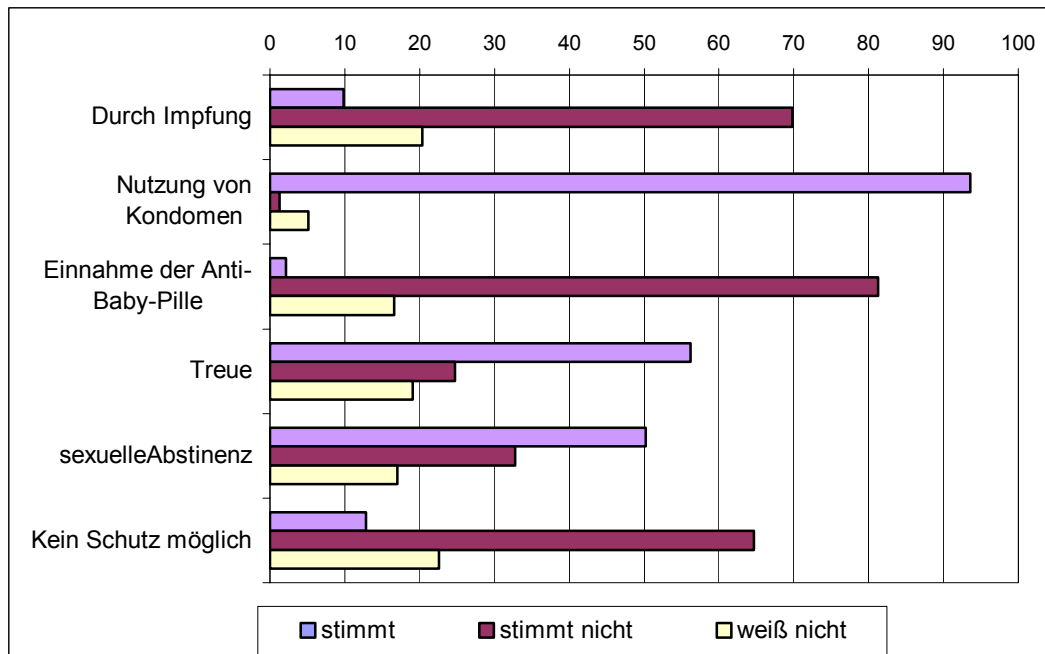
<sup>70</sup>  $X^2=13,15$ ;  $p=.011$

<sup>71</sup> Diese 21 Personen sind alle Frauen

<sup>72</sup> Der Zusammenhang zwischen Informiertheit und Selbstwirksamkeit ist sehr signifikant:  $X^2=17,26$ ;  $p=.000$

<sup>73</sup> BZgA (2004), S.27

**Abb. 31: Wie kann man sich vor HIV/AIDS schützen? In Prozent, Mehrfachnennung, n=234**

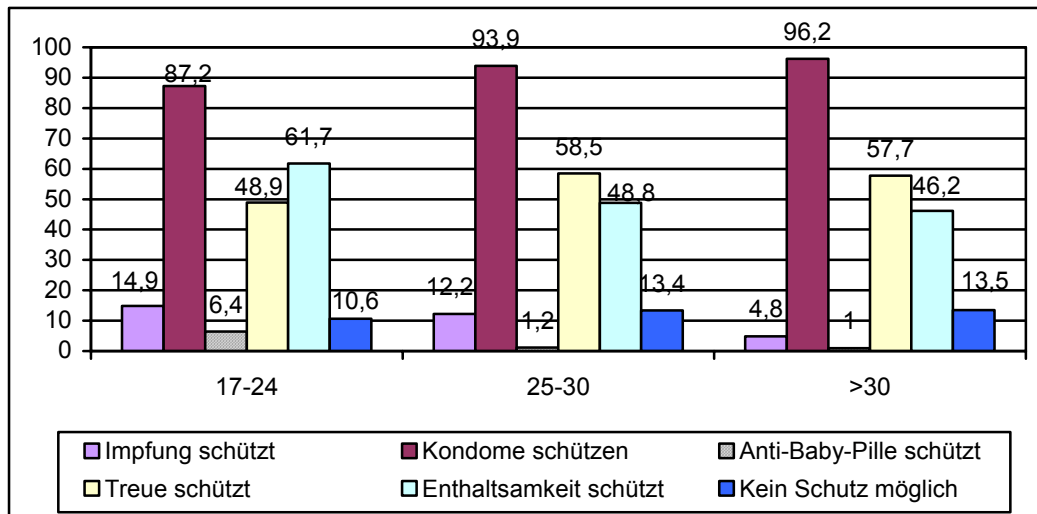


Im nächsten Abschnitt werden nur die Antworten mit einem deutlichen ethnischen oder geschlechtsspezifischen Unterschied erwähnt.

Nur 4,9 % der Sub-Sahara Afrikaner denken, dass es eine Impfung gegen HIV gibt, 19,2 % (26,3 % der Männer und 15,2 % der Frauen) der Osteuropäer und 10 % der Südosteuropäer (11,1 % der Männer und 7,7 % der Frauen) glauben daran. Fast jeder Sub-Sahara Afrikaner (97,5 %) kennt Kondome als Schutzmaßnahme, genauso wie 92,5 % der Südosteuropäer und 88,5 % der Osteuropäer. Der mehrmals erwähnte „gender“ Aspekt zeigt sich hier erneut. Von den 92,5 % südosteuropäischer Migranten, die vom Schutz durch Kondome wissen, sind 80,8 % Frauen, verglichen mit 98,1 % der Männer. Unter den Sub-Sahara Afrikanern denken nur 2,5 %, dass die „Pille“ eine Schutzmaßnahme gegen HIV ist, aber 16 % „wissen nicht“ (20 % der Frauen und 12,2 % der Männer). Auch 16,3 % der Südosteuropäer gaben an „nicht zu wissen“ (42,3 % der Frauen und 3,7 % der Männer).

Die nächste Abbildung ermöglicht die Kenntnisse über Schutzmaßnahmen gegen HIV/AIDS der verschiedenen Altersgruppen anschaulicher zu vergleichen. In der Abbildung wurde nur die Antwortoption „stimmt“ berücksichtigt.

**Abb. 32: Kenntnisse von Schutzmaßnahmen vor HIV/AIDS nach Alterskategorien. Angaben in Prozent (n=234) Mehrfachnennungen**



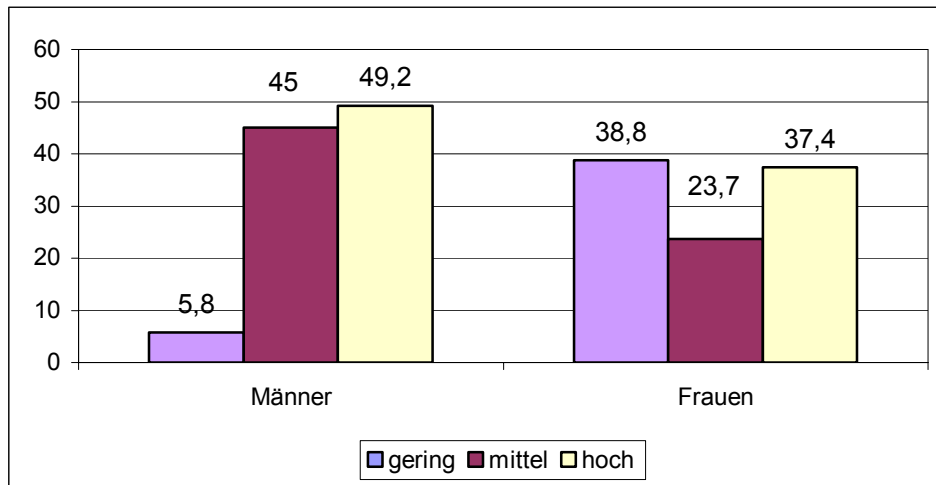
Insbesondere junge Probanden zwischen 17 – 24 Jahren glauben zu einem höheren Prozentsatz an einen möglichen Impfschutz vor HIV/AIDS und eine schützende Wirkung der Anti-Baby-Pille, gleichzeitig vertrauen sie weniger auf das Kondom als Infektionsschutz als die beiden anderen Alterskategorien. Auch Treue und Enthaltbarkeit werden hoch bewertet, wenn auch etwas niedriger als in den beiden anderen Gruppen.

Um auch hier zusammenfassende Aussagen und Vergleiche über die Kenntnisse von Schutzmöglichkeiten vor HIV/AIDS vornehmen zu können, wurde eine Skala recodiert, die die hier vorgestellten 6 Variablen in drei Stufen zusammenfasst: Mit „hoch“ wurde bewertet, wenn mindestens 5 Fragen richtig beantwortet waren<sup>74</sup>, mit „mittel“ bei 3 – 4 richtigen Antworten und mit „gering“ bei 0 – 2 richtigen Antworten. Auf diese Weise ergibt sich das folgende Bild: 23,6 % der Migranten haben geringe Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten, 33,6 % haben mittlere Kenntnisse und 42,9 % hohe Kenntnisse. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Kenntnissen über Schutzmöglichkeiten und *Geschlecht*<sup>75</sup>, wobei offensichtlich die Männer über bessere Kenntnisse verfügen, wie in die nächste Abbildung nachzuvollziehen ist.

<sup>74</sup> Als richtige Antworten gelten Kondombenutzung, sexuelle Abstinenz und sexuelle Treue.

<sup>75</sup>  $X^2=40,55$ ;  $p=.000$

**Abb. 33: Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten nach Geschlecht, in Prozent (n=259)**



Ein Zusammenhang liegt zwischen Kenntnissen von Schutzmaßnahmen und *Bildung* vor. So ist der Glaube an die Existenz einer „*Impfung*“ höher, je niedriger das Bildungsniveau ist. Die Gruppe, die Kondome als Präventionsmaßnahme am wenigsten akzeptiert, ist diejenigen ohne Bildung (60 %). Wohingegen 100 % der Personen mit einem akademischen Abschluss das Kondom als Präventionsmaßnahme benennt. Allerdings sind diese Zusammenhänge nicht signifikant.

Ebenfalls sehr eng verknüpft mit den Kenntnissen über Präventionsmaßnahmen ist die Beherrschung der deutschen Sprache. Der höchste Prozentsatz von „*falschen*“ Antworten wurde von Probanden mit geringen oder gar keinen Kenntnissen der deutschen Sprache gegeben<sup>76</sup>.

Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Kenntnissen von *Schutzmöglichkeiten* und die *Selbstwirksamkeitserwartung*<sup>77</sup>. Je geringer die Selbstwirksamkeitserwartung, desto geringer sind die Kenntnisse von Schutzmöglichkeiten.

---

<sup>76</sup>  $X^2=9,82$ ;  $p=.044$

<sup>77</sup>  $X^2=22,39$ ;  $p=.000$

### **Migranten mit sehr schlechten Kenntnissen über Schutzmöglichkeiten**

Von den 61 Migranten, die nur über geringe Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten verfügen, sind 88,5 % Frauen. Über die Hälfte dieser Migranten (52,5 %) haben ein mittleres und 26,2 % ein höheres Bildungsniveau. 41 % der Gruppe mit geringen Kenntnissen sind muslimischen Glaubens, gefolgt von den Migranten christlichen Glaubens (26,2 %) und die, die keiner Religion angehören (14,8 %). 39,3 % kommen aus Südosteuropa, 26,2 % aus Osteuropa und 18 % aus Sub-Sahara Afrika. Die Mehrheit der Migranten mit geringen Kenntnissen (64,9 %) haben auch eine sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung.

#### **4.3.4 Schlussfolgerungen: Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten**

Augenfällig ist das unsichere Antwortverhalten der Probanden, deutlich durch die doch gehäuften falschen Aussagen und die vielen Antworten in der Kategorie „weiß nicht“.

Erneut erweisen sich Probanden aus Sub-Sahara-Afrika als besser informiert, als Probanden aus Osteuropa und Südosteuropa. Auch sind es wieder Variablen zu Alter, Geschlecht, Bildung und Religion, die die Informiertheit zu diesem Punkt wesentlich bestimmen. Als einzige migrationsspezifische Variable ist erneut die Beherrschung der deutschen Sprache hervorzuheben, andere Variablen, wie Aufenthalts- und Versicherungsstatus und Länge des Aufenthalts spielen hier keine Rolle. Der Zusammenhang mit der Informiertheit über HIV-Übertragungswege wird deutlich: Personengruppen, die nur geringe Kenntnisse über Übertragungswege haben, wissen auch weniger über Schutzmöglichkeiten. Frauen, insbesondere aus Südosteuropa, muslimischen Glauben und mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung weisen erneut das niedrigste Wissen auf.

#### **4.3.5 Informationsverhalten**

Im Zusammenhang mit HIV-Prävention wird häufig als einer der wesentlichen Benachteiligungen von Migrantenpopulationen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deren geringere Zugänglichkeit zu Informationen beschrieben und im Umkehrschluss vermehrte und adäquatere Anstrengungen gefordert, diese Defizite in der Primärprävention auszugleichen den „Nur gut informierte Personen sind in der Lage, sich und andere vor HIV/AIDS zu schützen“<sup>78</sup> Wir haben deshalb unsere Probanden gefragt, ob sie jemals Informationen zu HIV/AIDS erhalten haben, in welchem Land und von wem. Natürlich haben wir auch gefragt, ob sie diese Informationen in ihrer Muttersprache oder in einer

---

<sup>78</sup> Petra Narimani (1998), S.239

sonst ihnen vertrauten Sprache erhalten haben. Darüber hinaus fragten wir, ob sie mehr Informationen benötigen und über welchen Weg sie diese Informationen erhalten möchten.

### **Informationen zu HIV/AIDS erhalten**

Auf die Frage „*Haben Sie jemals Informationen zu HIV/AIDS erhalten?*“ gaben 22,6 % der Probanden an (17,6 % der Männer und 27,4 % der Frauen), niemals Informationen über HIV/AIDS erhalten zu haben. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung, die laut BZgA zu 97 % „*überhaupt schon einmal*“ mit massenmedialen Angeboten der AIDS-Aufklärung in Kontakt stand, ist dies ein hoher Wert <sup>79</sup>.

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Herkunftsregion und dem Erhalt von Informationen in Deutschland. Mehr Männer (81,3 %) als Frauen (71,7 %) haben Informationen erhalten, allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant. Nach Regionen betrachtet, haben unter den Osteuropäern mehr Frauen (71,9 %) als Männer (68,4 %) Informationen bekommen. Genau umgekehrt ist dies der Fall für Südosteuropäer (81,1 % der Männer und nur 52,9 % der Frauen). 72 % der Sub-Sahara Afrikaner haben Informationen erhalten, ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

In Ihrer Herkunftsregion haben im nennenswerten Umfang ausschließlich Probanden aus Sub-Sahara-Afrika Informationen zu HIV/AIDS erhalten<sup>80</sup>, und zwar. von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (46 %), von Lehrern (31 %), über die Medien und von Freunden und Verwandten (jeweils 28 %).

Erneut sind es die 17 – 24 Jährigen die prozentual am wenigsten Informationen erhalten haben (64,2 %). Bei den über 30 Jährigen haben 75 % Informationen erhalten, deutlich mehr Männer (85,2 %) als Frauen (64,8 %). Bei den 25 – 30 Jährigen sehen wir ein anderes Muster: Hier haben 76,5 % bereits Informationen erhalten, 80,5 % Frauen und 72,5 % der männlichen Befragten. Für diese bemerkenswerte Abweichung vom vorherrschenden Muster gibt es eine einfache Erklärung: Über die Hälfte dieser Frauen (54,5 %) hat kleine Kinder und ist wahrscheinlich im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge mit dem Thema HIV in Berührung gekommen.

---

<sup>79</sup> BZgA 2004

<sup>80</sup> Aufgrund Datenschutzrechtlicher Bestimmungen konnte das genaue Herkunftsland nicht erfragt werden, so ist auch keine Schlussfolgerung auf die Informationspolitik zu HIV/AIDS in den jeweiligen Herkunftsländern möglich.



Einen sehr signifikanten Zusammenhang besteht zwischen dem Erhalt von Informationen über HIV/AIDS und dem *Bildungsniveau*<sup>81</sup>. Je höher das Bildungsniveau ist, je größer ist der Prozentsatz von Befragten, die Informationen über HIV/AIDS erhalten haben. Nur 27,3 % der Migranten ohne bzw. mit geringer Bildung haben Informationen erhalten, verglichen mit 88,7 % der Migranten mit einem akademischen Abschluss.

Die Länge des Aufenthalts in Deutschland hat überraschender Weise keinen Einfluss.

### **Informationsquellen**

Wie aus der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, ist die meist genannte Quelle der Informationen über HIV/AIDS genau wie in der Allgemeinbevölkerung „*Medien*“. Allerdings werden nur 41 % unserer Probanden (44,2 % der Männer und 39,6 % der Frauen) über diesen Weg erreicht, im Gegensatz zu 98 % der Allgemeinbevölkerung! Trotz der auch durch die repräsentative Umfrage der BZgA bezeugten Allgegenwärtigkeit beispielsweise der „*Mach's mit*“ - Kampagne wird diese von der Mehrheit der von uns befragten Migranten nicht wahrgenommen.

„*Öffentliche Gesundheitseinrichtungen*“ stehen an zweiter Stelle, wurden aber nur noch von 28,1 % der Probanden, also weniger als einen Drittel, angegeben. Aufgrund der Angebote der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in den Erhebungsgebieten Berlin und Brandenburg ist davon auszugehen, dass bereits diese wie alle anderen folgenden Informationsquellen „*Face-to-Face*“, d.h. im Rahmen von Konsultationen, aufsuchender Arbeit u.ä., persönlich erfolgten<sup>82</sup>. Diese Informationsquelle wurde hauptsächlich von Südosteuropäern genannt (40,7 %), jedoch mit einem großen geschlechtsspezifischen Unterschied (50 % der Männer und 27 % der Frauen), gefolgt von den Sub-Sahara Afrikanern mit 26,2 %. In diesem Fall haben mehr Frauen (35,7 %) als Männer (16,6 %) angegeben, Informationen von den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen bekommen zu haben. 21 % der Osteuropäer, sowohl Männer als Frauen, haben die gleiche Erfahrung gemacht.

„*Freunde und Verwandte*“ stehen mit 25,3 % an dritter Stelle dieses Rankings der Informationsquellen, was die Relevanz persönlicher Netzwerke deutlich macht. Durch diese Netzwerke bekamen 38,5 % der Südosteuropäer Informationen über HIV/AIDS (51,8 %

---

<sup>81</sup>  $\chi^2=41,95$ ;  $p=.000$

<sup>82</sup> Es wurde leider nicht nach persönlicher Beratung differenziert gefragt

der Männer und 18,9 % der Frauen), genauso wie 22,6 % der Sub-Sahara Afrikaner und 18 % der Osteuropäer. Dieser Informationsweg wird im allgemeinen eher von Männern (33,3 %) als von Frauen (18,7 %) genutzt.

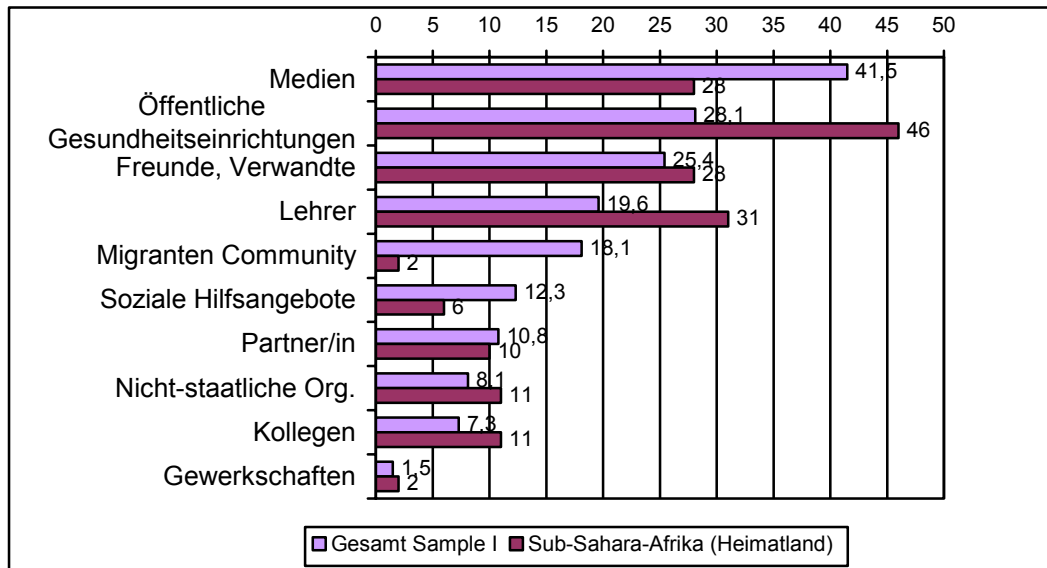
„Lehrer“ stehen mit 19,6 an vierter Stelle, erreichten aber über 30 % der jüngeren Altersgruppe (17 –24 Jahre), ohne große Unterschiede zwischen den Geschlechtern (32 % der Männer und 29,4 % der Frauen).

Mit 18,1 % folgt an fünfter Stelle die „*ethnische Community*“ als Informationsquelle. Mehr Männer als Frauen haben hier Informationen erhalten (26,6 % zu 10,8 %), hier besteht ein starker geschlechtsspezifischer Unterschied. Deutlich kann das bei den Südosteuropäern beobachtet werden, wo 22 % der Männer und nur 5 % der Frauen Informationen über diesen Weg bekamen. Das gleiche ist der Fall für die Sub-Sahara Afrikaner. 42,8 % der Männer und nur 7 % der Frauen haben Informationen über HIV/AIDS von der ethnische Community erhalten. In der Literatur zum Thema wird häufig eine Tabuisierung des Themas HIV in den ethnischen Communities beklagt <sup>83</sup>Diese Tabuisierung scheint geschlechtsspezifische Differenzen zu verstärken: Vielleicht sind Frauen in weit geringerem Ausmaß als Männer Teil solcher Communities, auf jeden Fall aber benutzen sie diese in nur sehr geringem Ausmaß als Informationsquelle zum Thema HIV/AIDS.

---

<sup>83</sup> Lopez, 1998)

**Abb. 34: HIV/AIDS Informationsquellen in Deutschland und im Heimatland (nur Sub-Sahara-Afrika\*) in Prozeno (n=236) Mehrfachnennungen**



\*Nur Probanden aus Sub-Sahara-Afrika haben im nennenswerten Umfang angegeben, Informationen zu HIV/AIDS bereits im Heimatland erhalten zu haben und werden deshalb hier berücksichtigt.

Die Befragten bekommen offensichtlich nicht oft Informationen von den/r Partner/in, da nur 10,8 % diese Option angegeben haben, 15 % der Männer und 7,2 % der Frauen.

Nach Altersgruppen, bekam die jüngste Gruppe (17-24 Jahre) am häufigsten Informationen von Lehrern (30,5 %), gefolgt von den Medien, Freunde und Verwandte (beide 23,7 %). Die am wenigsten genannten Quellen sind die jeweiligen ethnischen Gruppen, der/die Partner/in (beide 5,1 %) und die Nicht-Regierungs-Organisationen (3,4 %). Es gab in dieser Gruppe keine bedeutenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

In der Gruppe der 25-30-Jährigen ist die meist genannte Informationsquelle „Medien“ (42,4 %, 29 % der Männer und 54 % der Frauen). Am zweithäufigsten wurden die Gesundheitsdienste genannt (29,4 %), wo keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern vorliegen. Freunde und Verwandte wurden von 25,9 % genannt, ebenfalls ohne Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Am wenigsten genannt wurden Nicht-Regierungs-Organisationen (10,6 %, 19,5 % der Männer und 2,3 % der Frauen), der/die Partner/in und die Kollegen (beide 8,2 %).

Für die *älteste Gruppe (über 30 Jahre)* sind ebenfalls die Medien die meist genannte Informationsquelle (50,9 %) für beide Geschlechter (61,1 % der Männer und 41,6 % der Frauen). Für die Männer kommen an zweiter Stelle die Freunde und Verwandten (42,6 %), wobei für die Frauen diese an dritter Stelle (11,7 %) nach den Gesundheitseinrichtungen (31,6 %) genannt werden. 35,9 % der Männer nennen diese auch. Die am wenigsten genannten Quellen sind die Nicht-Regierungs-Organisationen (8,8 %) und Kollegen (6,1 %).

Im Hinblick auf die Informationsquellen gibt es keine bedeutenden Unterschiede zwischen den verschiedenen *Bildungsniveaus*.

Die *Länge des Aufenthalts in Deutschland* hat einen Einfluss auf die Informationsquellen. Obwohl die Medien immer an erster Stelle genannt wurden, ist der Stellenwert der eigenen Community als Informationsquelle um so höher, desto kürzer der Aufenthalt in Deutschland ist. Für die Migranten, die erst bis zu zwei Jahre in Deutschland leben, nimmt die ethnische Community den zweiten Platz ein. Für diejenigen, die zwischen drei und fünf Jahren in Deutschland sind, belegt sie den dritten Platz der Wichtigkeit und für die Migranten, die länger als fünf Jahre in Deutschland sind, den fünften. Mit der Länge des Aufenthalts steigt also die Partizipation an den Informationsquellen des Aufnahmelandes. Diese Annahme bestätigt sich bei Betrachtung des Einflusses der Beherrschung der Sprache. Je geringer die Deutschkenntnisse sind, desto wichtiger ist die ethnische Community als Informationsquelle.

### **Muttersprachliche Informationen**

In der Bundesrepublik Deutschland wurden zahlreiche Präventionsmaterialien in verschiedenen Sprachen produziert und verbreitet. Um eine Einschätzung zu ermöglichen, wie effektiv die Migranten von diesen Materialien und Präventionsbotschaften erreicht werden, wurden die Probanden gefragt, ob sie *Informationsmaterialien in ihrer Muttersprache oder einer Sprache, die sie gut verstehen*, in Deutschland erhalten haben. Weniger als die Hälfte hat dies bejaht (48,9 %), Frauen etwas mehr als Männer (55,7 % zu 42,4 %) <sup>84</sup>.

---

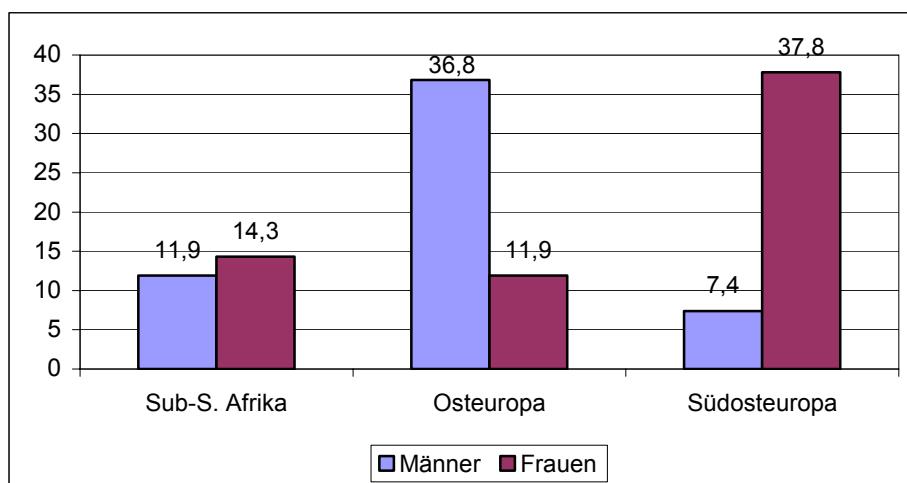
<sup>84</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern: Materiale in eine ihnen verständlichen Sprache erhalten: Italien- 23%, Österreich- 17%, Spanien- 15%, Griechenland-5,9% (Hughes et al, 2004)

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Informationen in einer gut verständlichen Sprache und der Herkunftsregion<sup>85</sup>. Die Südosteuropäer sind diejenigen, die am meisten Informationen in ihrer Sprache erhalten haben (61,3 %), gefolgt von Osteuropäer (52,6 %) und den Sub-Sahara Afrikanern (32,2 %). In den letzten beiden Herkunftsregionen haben mehr Frauen als Männer Informationen in einer ihnen verständlichen Sprache erhalten. 44,8 % Sub-Sahara Afrikanerinnen und nur 20 % der Sub-Sahara-Afrikaner, 72 % der osteuropäischen Frauen aber nur 15,4 % der osteuropäischen Männer. Genau gegenteilig verhält es sich mit den Südosteuropäern, wo 65 % der Männer und 50 % der Frauen Informationen in ihrer Sprache erhalten haben.

### Kommunikation zu HIV/AIDS

Ist HIV/AIDS ein Thema, dass die Probanden mit ihrem näheren sozialen Umfeld kommunizieren? Für insgesamt 17,4 % nicht: Sie haben dieses Thema noch niemals mit irgendjemanden besprochen. Innerhalb der Regionen gibt es aber einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied, wie aus der nächsten Abbildung zu entnehmen ist.

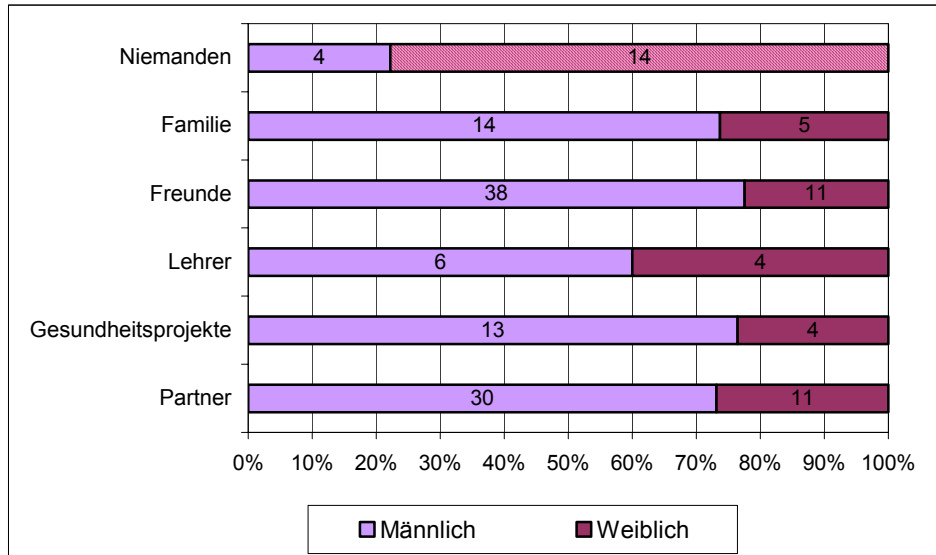
**Abb. 35:** „Ich rede mit niemandem über AIDS“, in Prozent (n=259)



Männer aus Osteuropa und Frauen aus Südosteuropa stellen die höchsten Prozentsätze derjenigen, die mit niemandem über dieses Thema reden. Frauen aus Südosteuropa verhalten sich in bezug auf das Thema AIDS insgesamt sehr zurückhaltend, wie die folgende Abbildung zeigt.

<sup>85</sup>  $\chi^2=11,17$ ;  $p=.004$

**Abb. 36: Mit wem haben Sie bereits über AIDS gesprochen?**  
**Nur Herkunftsregion Südosteuropa (N= 91) Mehrfachnennungen**



Das es sich hier um einen geschlechtsspezifischen Unterschied und nicht etwa um einen rein kulturellen oder religiösen handelt, zeigt die doch vergleichsweise aktive Kommunikation der südosteuropäischen Männer.

Über die Hälfte der Befragten (52,3 %) hat dieses Thema schon mal unter Freunden diskutiert, 36,7 % mit dem Partner/der Partnerin. Medizinisches Personal war für 23,6 % Ansprechpartner zum Thema, gefolgt von Familie (22,8 %), Lehrern (17,4 %), Sozialarbeitern (7,7 %) und den eigenen Kindern (6,9 %). Nur 3,9 % haben mit einem Vertreter einer Religionsgemeinschaft über HIV/AIDS gesprochen.

In allen *drei Altersgruppen* sind Freunde die am häufigsten genannten Gesprächspartner zum Thema HIV/AIDS. Allerdings scheint dieses Thema unter jungen Probanden weniger interessant zu sein, als unter etwas älteren: In der Altersgruppe der 17-24 reden 45,8 % mit Freunden, in der Gruppe der 25-30-Jährigen 54,1 % und in der letzten Alterskategorie 55,3 %.

Die jüngste Altersgruppe nennt an zweiter Stelle Lehrer (30,5 %) und dann „niemanden“ (18,6 %). In der Gruppe der 25-30-Jährigen haben der/die Partner/in (36,5 %) die zweithäufigste Nennung als Gesprächspartner. An dritter Stelle steht medizinisches Personal

(24,7 %). Die gleiche Reihenfolge wurde von den über 30-Jährigen genannt, nur sind die Prozentsätze etwas höher, nämlich jeweils 47,4 % und 28,9 %.

### **Bedarf an weiteren Informationen zu HIV/AIDS**

Auf die Frage, „*Glauben Sie, dass Sie mehr Informationen benötigen, um sich effektiv vor AIDS schützen zu können?*“ antworten insgesamt 59,8 % mit „ja“. Insbesondere osteuropäische Probanden sind der Meinung, mehr Informationen zu brauchen (69,2%), gefolgt von den Südosteuropäern (58,6 %) und den Sub-Sahara Afrikanern (54,9 %). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in dieser Frage in der Gesamtheit nicht signifikant, fällt aber nach Regionen sehr unterschiedlich aus: Mehr Männer als Frauen aus Sub-Sahara Afrika (69 % der Männer und 40 % der Frauen) und Osteuropa (73,7 % Männer und 66,7 % Frauen) geben an, mehr Information zu benötigen. Interessanter Weise ist dies bei den Südosteuropäischen Probanden umgekehrt: 75,8 % der Frauen und 48,1 % der Männer gaben an, mehr Informationen zu benötigen.

Insgesamt korreliert geringes Wissen zu HIV/AIDS mit dem Wunsch nach mehr Informationen<sup>86</sup>. Den betroffenen Probanden ist also sehr bewusst, dass ihr Kenntnisstand gering ist.

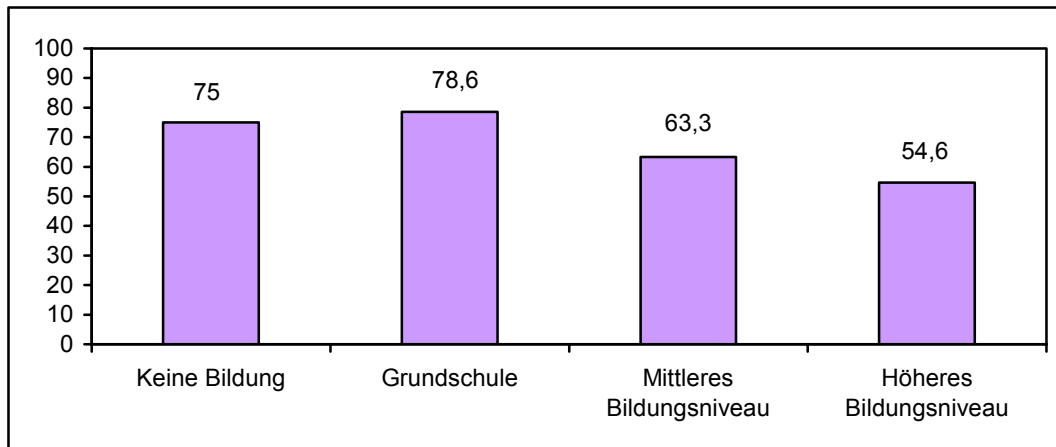
Es konnte ein sehr signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach mehr Informationen und dem Bildungsniveau<sup>87</sup> festgestellt werden, wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist.

---

<sup>86</sup>  $X^2=18,24$ ;  $p=.000$

<sup>87</sup>  $X^2=13,17$ ;  $p=.004$

**Abb. 37: Wunsch nach mehr Informationen über HIV/AIDS und Bildungsniveau.**  
Angaben in Prozent (n=244)



Insbesondere Probanden mit einem eher geringen Bildungsniveau hätten gern mehr Informationen zum Thema HIV/AIDS.

Die Länge des Aufenthalts in Deutschland beeinflusst den Wunsch nach mehr Informationen, die folgenden Unterschiede sind aber nicht signifikant. 66,7 % der Migranten, die weniger als ein Jahr in Deutschland sind wollen mehr Informationen erhalten, 72,5 % der Migranten, die sich zwischen drei und fünf Jahren in Deutschland aufhalten und 55 % der Migranten, die schon mehr als fünf Jahre in Deutschland sind. Die Deutschkenntnisse sind nicht entscheidend für das Gefühl, mehr Informationen zu brauchen, genau sowenig wie die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft.

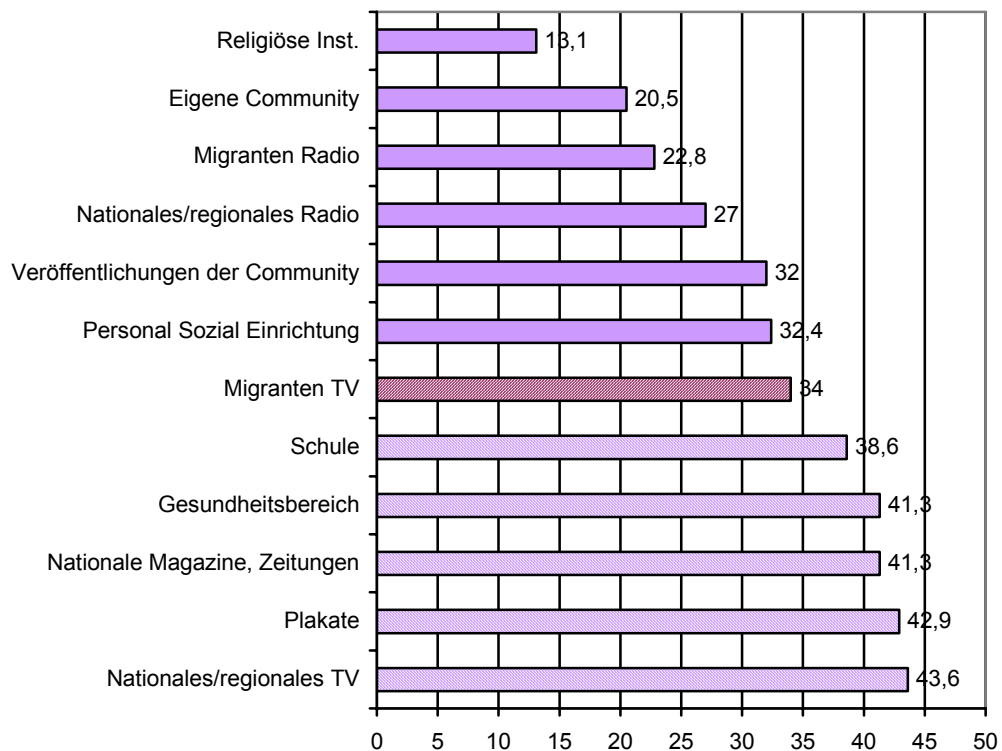
Ein signifikanter Zusammenhang besteht aber zwischen dem Wunsch nach mehr Informationen und Selbstwirksamkeitserwartung. Die Probanden mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung äußern den größten Bedarf an Informationen zu HIV/AIDS.

### **Bevorzugte Informationswege**

Auf die Frage „Was wären für Sie die besten Wege, Informationen über HIV/AIDS zu erhalten?“ bevorzugen die meisten der Probanden allgemein zugängliche Massenmedien und, ebenfalls allgemein zugänglich, Mitarbeiter/innen des Gesundheitsbereichs, also niedergelassene Ärzte, Sprechstundenhilfen, Krankenschwestern etc.



**Abb. 38: Bevorzugte Informationswege in Prozenz, Mehrfachantworten (n=259)**



Die Probanden empfinden sich als „Teil der Allgemeinbevölkerung“<sup>88</sup> und möchten auch entsprechend einbezogen werden. Alle „Sonderwege“, wie Migrantenradios, Veröffentlichungen der Community oder auch die Community selbst, werden in sehr viel geringerem Umfang als Informationsquelle gewünscht. Eine Ausnahme bildet hier „Migranten TV“, dass von Südosteuropäern überwiegend als Informationsquelle gewünscht wurde.

Unter den verschiedenen *Herkunftsregionen* gibt es deutliche Unterschiede in der Bevorzugung von Informationswegen. Die Sub-Sahara Afrikaner nennen an erster Stelle das Personal des Gesundheitsbereichs (53,6 %), gefolgt von Plakaten (40,5 %) und nationalen Fernsehprogrammen (39,3 %). Das zeigt, dass Afrikaner ein direktes Beratungsgespräch zum Erhalt von Informationen über HIV/AIDS bevorzugen. Die Osteuropäer nennen an erster Stelle Plakate (44,3 %), dann Magazine und Zeitungen (41 %) und nationales Fernsehen sowie Veröffentlichungen der Community (beide 39,3 %). Die Südosteuropäer nennen die Schule an erster Stelle (52,7 %), nationales Fernsehen und Plakate folgen (beide 46,2 %). An dritter Stelle steht das „Fernsehen für Migranten“ (45,1 %).

<sup>88</sup> siehe hierzu Petra Narimani, a.a.o.; Jane Hughes, a.a.O., S. 61 ff

*Männer* bevorzugen an erster Stelle massenmediale Aktionen über das Fernsehen (57,5 %), und Plakate (54,2 %) danach folgt das persönliche Gespräch mit einem Mitarbeiter des Gesundheitsbereichs (49,2 %). *Frauen*, bevorzugen eher nationale (deutsche) Magazine und Zeitungen (36,7 %), gefolgt von der Schule (35,3 %) und dem Personal einer Gesundheitseinrichtung (34,5 %).

Auch nach Religionszugehörigkeit geschichtet, ergibt sich kein anderes Bild: In erster Linie werden „*weltliche*“ Informationsquellen benannt, religiöse Institutionen werden für die Informationsgewinnung von keiner der drei Religionen stärker gewünscht.

Die Beherrschung der deutschen Sprache hat keinen Einfluss auf die Bevorzugung eines Informationsweges.

#### **4.3.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung zu Informationsverhalten**

Die von uns befragten Migranten sind nicht nur schlechter informiert als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland, sie haben auch sehr viel weniger Kontakt mit Informationen zum Thema. Insbesondere die Merkmale Geschlecht und Alter wirken sich auf den Erhalt von Informationen zum Thema negativ aus: Frauen und die jüngste Altersgruppe zwischen 17 und 24 Jahren haben am wenigsten Informationen erhalten. „*Bildung*“ hingegen beeinflusst die Antworten auf diese Frage positiv: Migranten mit hohem Bildungsniveau haben signifikant häufiger Informationsmaterialien erhalten, als Migranten mit niedriger Bildung.

Die Antworten zu den genutzten Informationsquellen lösen das Rätsel, warum die Probanden aus der Herkunftsregion Sub-Sahara-Afrika trotz schlechter Ausgangsvoraussetzungen im soziodemographischen Bereich die bestinformierteste Gruppe in unserem Sample darstellen: Sie haben als einzige Gruppe in nennenswertem Umfang bereits Informationen zum Thema HIV/AIDS im Heimatland erhalten. Dies wirkt sich auch auf die Community in Deutschland positiv aus: Informationen werden überwiegend im sozialen Umfeld weitergegeben, eine gute Ausgangslage verstärkt die Informiertheit der Community im Aufnahmeland.

Das Thema wird am häufigsten unter Freunden besprochen, jedoch gibt es unter Männern aus Osteuropa und Frauen aus Südosteuropa große Gruppen, die mit niemandem über

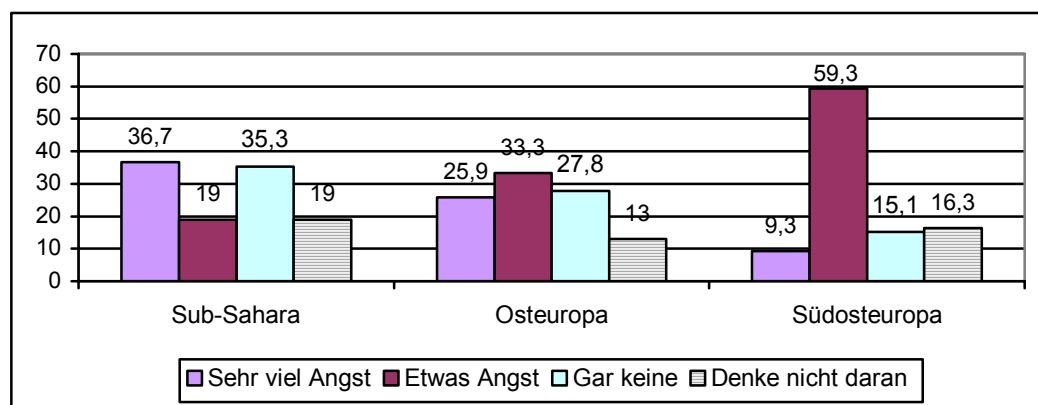
HIV/AIDS reden. Insbesondere Frauen aus Südosteuropa sind hier sehr zurückhaltend. Die Mehrheit der Probanden, aber insbesondere jene mit geringem Wissen zu HIV/AIDS und mit geringem Bildungsniveau äußern einen Bedarf nach mehr Informationen zum Thema. Die meisten möchten diese Informationen über allgemein zugängliche Medien wie TV, Plakate, Zeitungen, usw. erhalten, gesonderte Medien für Migranten wurden nicht so häufig benannt. Mit Ausnahme der Sub-Sahara-Afrikaner stehen massenmediale Informationsquellen im Vordergrund. Die Probanden aus Sub-Sahara-Afrika bevorzugten das persönliche Gespräch mit Mitarbeiter/innen der Gesundheitsversorgung, um sich zu informieren.

#### 4.4 Angst vor einer Ansteckung mit HIV

Die Interviewten wurden gefragt, ob sie Angst davor hätten, sich mit AIDS anstecken zu können. Mehr als 1/5 (21,6 %) der Befragten hat „sehr viel Angst“, 37,8 % haben „etwas Angst“, 22,5 % „gar keine“ und 18,3 % „denken nicht darüber nach“. Zum Vergleich: nur 6 % der Allgemeinbevölkerung hat Angst, sich möglicherweise mit AIDS anstecken zu können<sup>89</sup>.

Die folgende Abbildung zeigt die Antworten der Migranten bezüglich der Angst sich möglicherweise mit AIDS anstecken zu können unterteilt in die Herkunftsregionen.

**Abb. 39:** Abbildung: Sind sie besorgt, sich mit HIV/AIDS zu infizieren? nach Herkunftsregionen. Angaben in Prozent (n=241)



<sup>89</sup> BZgA, (2004)

Insbesondere Probanden aus den Ländern, in denen HIV endemisch ist, also aus der Region Sub-Sahara-Afrika haben „*sehr viel Angst*“, sich mit HIV anzustecken. Sie bilden in unserem Sample die Gruppe mit dem besten Wissensstand zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten, dieses Wissen wurde häufig bereits im Heimatland erworben. Außerdem kennen 38 % von Ihnen bereits eine oder mehrere Personen mit HIV. Aber auch der Anteil der Probanden, die „*gar keine Angst*“ haben, ist unter den Sub-Sahara-Afrikanern am größten.

Innerhalb der Herkunftsregion gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer aus Sub-Sahara-Afrika sind besorgter, sich mit HIV zu infizieren als Sub-Sahara-Afrikanerinnen (60 % der Männer und 12,5 % der Frauen). Osteuropäerinnen sind dagegen besorgter als die Männer dieser Region (31,4 % der Frauen und 15,8 % der Männer). 13,2 % der südosteuropäischen Männer haben sehr viel Angst vor einer Infektion, aber nur 3,0 % der Frauen. 42,4 % der südosteuropäischen Frauen befassen sich nicht mit dem Thema, sie denken gar nicht daran, sich eventuell mit HIV infizieren zu können.

Die verschiedenen rechtlichen Aufenthaltstitel haben einen signifikanten Einfluss auf die Angst, sich infizieren zu können<sup>90</sup>. Die „*Illegalen*“ sind sehr viel besorgter (44,7 %), als Probanden mit einer langfristigen Aufenthaltserlaubnis (13,8 %). Das ist nicht überraschend, da die Personen ohne Aufenthaltstitel häufig in sehr schwierigen sozialen Verhältnissen leben und „*sich nicht erlauben können, krank zu werden*“<sup>91</sup> um im Land nicht aufzufallen.

Ein Viertel des Samples (25,2 %) kennt jemanden, der HIV-positiv ist oder AIDS hat. Unter den Sub-Sahara-Afrikanern sind es 37,8 % (31 % der Männer und 45 % der Frauen), gefolgt von den Südosteuropäern mit 28,4 % (35,2 % der Männer und 17,6 % der Frauen) und den Osteuropäern mit 11,1 % (5,3 % der Männer und 14,3 % der Frauen). Unter den Migranten über 30 befinden sich die meisten Menschen, die eine HIV-positive Person kennen (32,1 %), gefolgt von den 25-30-Jährigen (20,5 %) und die jüngste Gruppe (18,9 %).

---

<sup>90</sup>  $X^2=19,27$ ;  $p=.004$

<sup>91</sup> Anderson, 2003:S.34

## 4.5 *Kenntnisse zu HIV-Testmöglichkeiten, Testerfahrungen und Testberatung*

### 4.5.1 **Kenntnisse zu Möglichkeiten sich auf HIV testen zu lassen**

Ende der 80er Jahre wurden in Deutschland in 300 Gesundheitsämtern AIDS-Beratungsstellen eingerichtet, in denen eine anonyme und vertrauliche Beratung sowie ein kostenloser HIV-Test angeboten wurde (Steffan et al 2004). Diese Beratungsstellen sind heute weitestgehend mit STD-Beratungsstellen zusammengelegt, arbeiten aber im Wesentlichen nach den gleichen, damals von der Enquete-Kommission empfohlenen Prinzipien Anonymität und Kostenlosigkeit<sup>92</sup>, der Nationale Aids-Beirat hat die Wichtigkeit dieser Prinzipien jüngst in einem Votum bekräftigt<sup>93</sup>. Diese Angebote werden allerdings öffentlich kaum beworben. So verwundert es denn auch nicht sehr, dass nur 24 % der Befragten wussten, dass ein HIV-Test kostenlos<sup>94</sup> und anonym möglich ist<sup>95</sup>. 14,6 % sind der Meinung, man benötige auf jeden Fall einen Aufenthaltstitel oder eine Krankenversicherung (13,8 %). 3,7 % sind der Meinung, dass der Test kostenpflichtig ist und 43,1 % wussten darauf keine Antwort zu geben.

Am besten informiert zeigen sich Migranten aus Südosteuropa (37,5 %) wobei die Männer (51,9 %) wieder wesentlich besser informiert sind, als die Frauen (14,7 %). Jedoch nur 19,8 % der Sub-Sahara Afrikaner (keine deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern) und 18,5 % der Osteuropäer (10,5 % der Männer und 22,9 % der Frauen) wussten hier Bescheid. Insbesondere das Vergleichsweise „*schlechte*“ abschneiden der Herkunftsgruppe „*Sub-Sahara-Afrika*“ ist hier bedeutsam: Geht es um eine Information, die nur im Aufnahmeland und nicht bereits im Heimatland erworben werden konnte, sind sie nicht mehr die am besten informierte Gruppe.

Die Antworten zu dieser Frage zeigen einen Zusammenhang mit der migrationsspezifischen Variable „*Aufenthaltsstatus*“. Migranten mit einer langfristigen Aufenthaltserlaub-

---

<sup>92</sup> Deutscher Bundestag (1990), S. 18 f

<sup>93</sup> RKI (2004), Ausgabe 47, S. 409

<sup>94</sup> Im Jahr nach der Erhebung hat Berlin eine Gebühr von 10 Euro für einen HIV-Test eingeführt, jedoch sind auch heute in Berlin HIV-Teste bei Bedürftigkeit weiterhin kostenlos und anonym sowieso möglich.

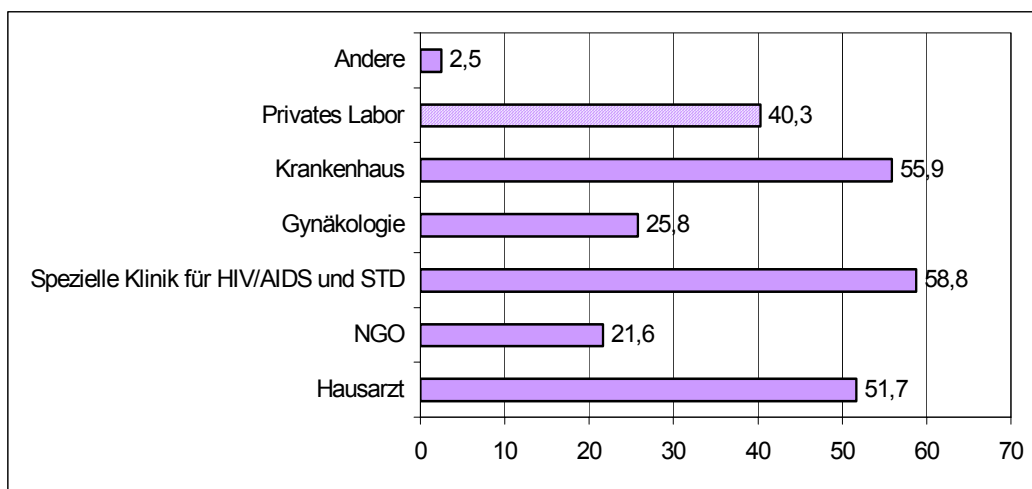
<sup>95</sup> Internationaler Vergleich mit anderen europäischen Partnern:

Es wissen, dass der HIV Test vertraulich und kostenlos ist: Italien und Spanien- ca. 50%, Österreich- über 30%, Griechenland- unter 20% (Hughes et al, 2004)

nis sind besser informiert über den anonymen und kostenfreien Zugang zum HIV-Test (62,1 %), als Migranten mit einer kurzfristigen Aufenthaltserlaubnis oder ohne Aufenthaltstitel (beide 19 %).

Die folgende Abbildung zeigt das Wissen von Migranten über Testmöglichkeiten in ihrer Wohngegend

**Abb. 40:** Wissen Sie, wo man in ihrer Wohngegend einen Test machen lassen kann?  
In Prozenz (n=236) Mehrfachantworten



Bei den Antworten auf diese Frage scheint es sich z.T. um „Schätzungen“ zu handeln und nicht um echtes Wissen. Die Frage nach dem „privaten Labor“ die aufgrund der Aufrechterhaltung einer internationalen Vergleichbarkeit als Antwortkategorie belassen wurde, hätte eigentlich für Deutschland nicht benannt werden dürfen. Die Plausibilität der Antworten auf diese Frage wird als eher gering eingestuft, eine differenzierte Auswertung unterbleibt daher.

#### **Glaube an die Vertraulichkeit des HIV-Tests**

Auf die Frage „Glauben Sie, dass eine Person, die einen HIV-Test machen lässt, sich darauf verlassen kann, dass die testende Stelle vertraulich damit umgeht?“ antworteten nur 41 % mit „Ja“. Es gibt einen sehr signifikanten Zusammenhang zwischen der Herkunftsregion und dem Glauben an die Vertraulichkeit der Test-Ergebnisse<sup>96</sup>. Dieses Misstrauen ist stärker unter den Sub-Sahara Afrikanern, von denen sich nur 32,9 % auf die

<sup>96</sup>  $\chi^2=10,12$ ;  $p=.006$

Vertraulichkeit des Tests verlassen. 38,2 % der Osteuropäer glauben an dieser Vertraulichkeit, genauso wie 52,9 % der Südosteuropäer. Dieses Misstrauen insbesondere gegenüber staatlichen Einrichtungen ist offenbar tief verwurzelt und z.T. bereits in der Heimat erworben. In einer Arbeitsgruppe mit Teilnehmerinnen aus Sub-Sahara-Afrika wurde uns erklärt, dass man generell nicht an Vertraulichkeit glaube „*Nur was Du verschweigst, ist wirklich vertraulich*“ sagte eine Probandin<sup>97</sup>.

Auch hier konnte ein Zusammenhang zur migrationsspezifischen Variable „*Aufenthaltsstatus*“ festgestellt werden: Weniger als die Hälfte der „*illegalen*“ Migranten vertrauen den Gesundheitseinrichtungen, aber fast drei Viertel der Migranten mit Aufenthaltstiteln. Es gibt aber keinen Zusammenhang zwischen diesem Vertrauen und der Länge des Aufenthalts in Deutschland oder den deutschen Sprachkenntnissen.

#### **4.5.2 HIV-Test und Testberatung**

Auf die Frage „*Haben Sie sich jemals auf HIV testen lassen?*“ antwortete ein Drittel des Samples (30 %) mit „*Ja*“ (35,8 % der Männer und 24,6 % der Frauen), 5,7 % im letzten Jahr und 24,3 % vor mehr als einem Jahr. Es gibt einen sehr signifikanten Zusammenhang<sup>98</sup> zwischen Herkunftsregion und HIV-Test. Probanden aus Sub-Sahara Afrika haben sich häufiger testen lassen (47,5 %), als Südosteuropäer (29,5 %) und Osteuropäer (9,4 %).

Die überwiegende Mehrheit dieser Tests (84,9) wurde in Deutschland durchgeführt. Sub-Sahara-Afrikaner und Osteuropäer habe sich zum Teil bereits in ihren Heimatland einem Test unterzogen (26,3 % der getesteten Sub-Sahara Afrikaner und 20 % getesteten Osteuropäer).

Das Testverhalten von Migranten weicht nicht wesentlich ab vom Testverhalten der Allgemeinbevölkerung. Laut der repräsentativen Studie „*AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2003*“ (BZgA, 2004), haben sich 31 % der allgemeinen Bevölkerung testen lassen, 9 % davon im vergangenen Jahr.

---

<sup>97</sup> Via (2004): S. 49

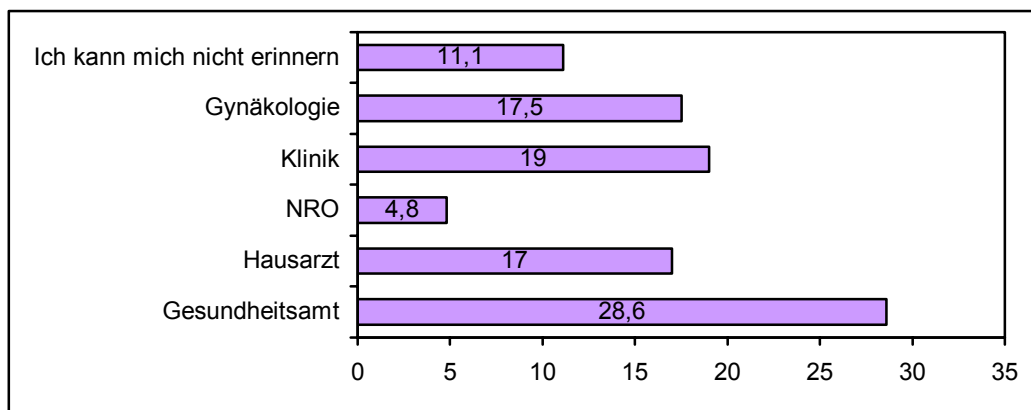
<sup>98</sup>  $\chi^2=22,81$ ;  $p=.000$

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Testverhalten und dem Alter<sup>99</sup>. 15,4 % der Migranten zwischen 17-24 Jahren haben sich testen lassen, verglichen mit 33,3 % derjenigen zwischen 25-30 Jahren und 38,5 % der Migranten über 30 Jahren. In allen Altersgruppen gibt es einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied. In der jüngsten Gruppe, haben sich 20 % der Männer und 10 % der Frauen testen lassen, genauso wie in der mittleren Gruppe. In der dritten Gruppe haben sich 49,1 % der Männer und 27,5 % der Frauen testen lassen.

Weiterhin gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Tests und Aufenthaltstitel<sup>100</sup>. Migranten ohne Aufenthaltstitel haben sich häufiger testen lassen als Migranten mit Aufenthaltstiteln (53 % bzw. 27,2 %).

Wie aus der folgenden Abbildung zu ersehen ist, ließen die Mehrheit der Migranten sich beim Gesundheitsamt testen. Die Männer überwiegend beim Hausarzt und Gesundheitsamt (67,6 %), eine spezialisierten Klinik (20,6 %) und 8,8 % können sich nicht erinnern. Die meisten Frauen haben sich bei einem Gynäkologen testen lassen (34,5 %), gefolgt von einem Hausarzt (20,7 %) und eine spezialisierte Klinik (17,2 %). Die Art der Aufenthaltsgenehmigung hat keinen Einfluß auf den Ort des Tests.

**Abb. 41: Ort des HIV-Tests. Angaben in Prozent (n=63)**



55 Probanden gaben an, den Test aufgrund von Anforderungen von Ärzten und Behörden gemacht zu haben, die am häufigsten genannten Gründe waren eine vorliegende Schwan-

<sup>99</sup>  $X^2=8,69$ ;  $p=.013$

<sup>100</sup>  $X^2=9,51$ ;  $p=.009$



gerschaft (33,3 %), eine Krankenhauseinweisung (26,7 %) und ein HIV-Test auf Verlangen der Ausländerbehörde, zB. im Rahmen von Asylverfahren (6,7 %).

In 52 Fällen erfolgte der Test aufgrund einer individuellen Motivation, u.z. hauptsächlich aus Interesse „den HIV-Status zu erfahren“ (51 %), wegen „eventueller sexueller Risiken“ (39,2 %) und aufgrund einer bestehenden „Schwangerschaft“ (27,5 %).

### **Testberatung**

Weniger als die Hälfte der befragten Migranten haben im Rahmen des Tests in Deutschland eine Beratung erhalten. 45,8 % berichteten über eine Beratung vor dem Test und 41,5 % als sie das Testergebnis erfuhren. Das Prinzip des „voluntary counselling and testing“<sup>101</sup>, dass auch in Deutschland seit den 80er Jahren verbindlicher Standard in dieser Frage ist<sup>102</sup>, sieht dringend eine angemessene Beratung vor und nach dem HIV-Test vor.

Nur im Zusammenhang mit einer wirklichen Risikoabklärung und einem entsprechenden Gespräch über Schutzmaßnahmen ist ein breites, anonym und kostenlos wahrzunehmendes Testangebot auch für die Primär- und Sekundärprävention sinnvoll. Migranten sind nicht die einzige Gruppe in Deutschland, die berichten, vor einem HIV-Test nicht beraten worden zu sein. In unseren Studien zur Lebenssituation HIV-positiver Frauen<sup>103</sup> und zur heterosexuellen Transmission des HIV<sup>104</sup> berichteten ebenfalls fast die Hälfte der Befragten, vor dem HIV-Test nicht beraten worden zu sein, u. zwar insbesondere, wenn diese Tests bei nicht auf HIV spezialisierten Ärzten in der Praxis (z. B. im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge) oder im Krankenhaus durchgeführt wurden. Allerdings kann es auch sein, dass eine Beratung als solche nicht erinnert wird, sie also die individuellen Maßstäbe an eine „Beratung“ nicht erfüllt.

Vor dem Test wurden 48,5 % der Männer und 60 % der Frauen nicht beraten und nach dem Test 53,3 % der Männer und 63,6 % der Frauen (Zusammenhang nicht signifikant). Nach Herkunftsregionen erhielten Osteuropäer (66,7 % wurden vor und nach dem Test nicht beraten) und Sub-Sahara-Afrikaner (65,4 % vor; 68 % nach dem Test) keine Beratung. Die Südosteuropäer wurden in 32 % der Fälle vor dem Test nicht beraten und 38,1 % nach dem Test.

---

<sup>101</sup> siehe hierzu: UNAIDS 2002: HIV Voluntary Counselling and Testing: a Gateway to Prevention and Care:

<sup>102</sup> z.B. BMG 1999; RKI (2004) Ausgabe 47

<sup>103</sup> SPI-Forschung (2004)

<sup>104</sup> SPI-Forschung (2003)

### Zufriedenheit mit der Test-Beratung

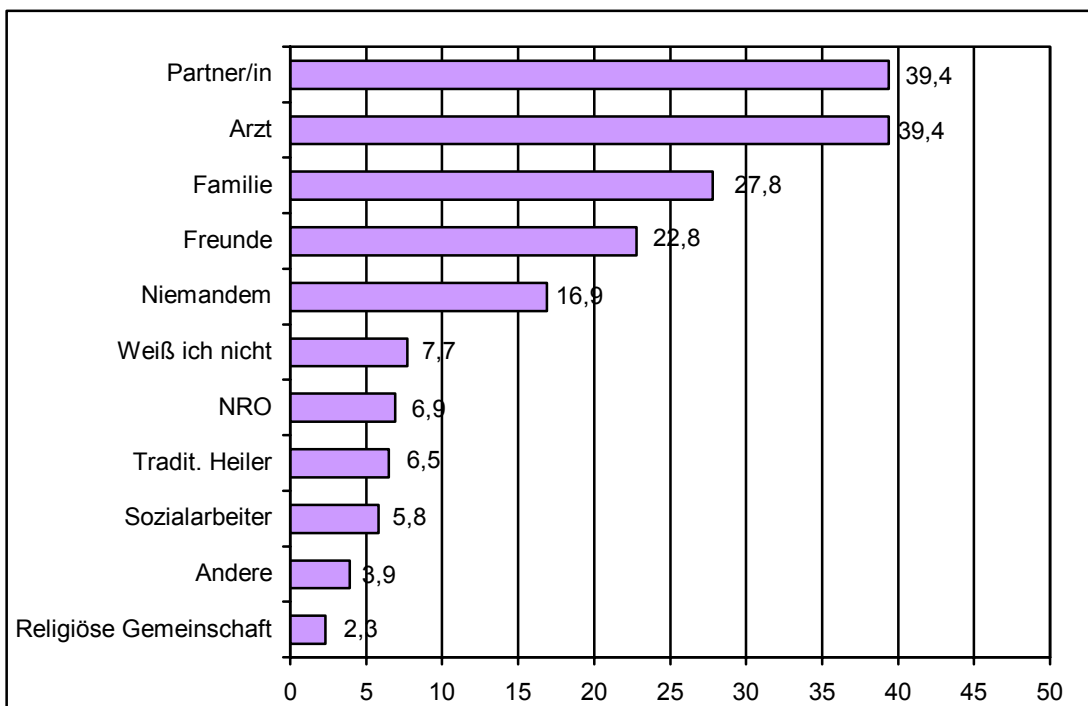
Diejenigen, die beraten wurden, waren in 83,3 % der Fälle zufrieden mit der Beratung. Alle Probanden aus Sub-Sahara-Afrika und Osteuropa waren zufrieden, Probanden aus Südosteuropa waren in 72,2 % der Fälle mit der Beratung zufrieden. 72 % dieser mit Beratung zufriedenen Probanden beherrscht die deutsche Sprache gut oder sehr gut.

### Umgang mit einem positiven HIV-Test-Ergebnis

Die folgenden Fragen waren rein hypothetisch, aus Gründen des Datenschutzes wurde in dieser Studie nicht danach gefragt, ob jemand tatsächlich HIV-positiv ist. Es wurde aber gefragt, was sie tun würden, sollten sie jemals HIV-positiv getestet werden. Diese hypothetischen Fragen dienen dazu, in Erfahrung zu bringen, welche Vorstellungen vom Umgang mit einer HIV-Infektion existieren und welche Kenntnisse über Therapiemöglichkeiten vorhanden sind.

Die Migranten wurden gefragt, wem sie ein positives Testergebnis mitteilen würden und mit wem sie darüber reden würden. Der/die Partner/in und der Hausarzt waren die häufigsten Antworten (beide 41,5 %). Die Familie wurde an dritter Stelle benannt, wie aus der folgenden Abbildung zu entnehmen ist.

**Abb. 42:**     **Abbildung 19: Mit wem würden Sie über einen positiven HIV-Test reden?**  
Angaben in Prozent (n=259)



Etwas über die Hälfte der Südosteuropäer würde ein positives Ergebnis dem/r Partner/in mitteilen, nur 32,1 % der Sub-Sahara Afrikaner und 24,6 % der Osteuropäer würden dies tun. Der Hausarzt würde über die Diagnose von 52,4 % der Sub-Sahara Afrikaner, 40,7 % der Südosteuropäer und 19,7 % der Osteuropäer informiert werden.

Freunde würden von 30,8 % der Südosteuropäer, 25 % der Sub-Sahara Afrikaner und nur von 9,8 % der Osteuropäer informiert werden. Die Osteuropäer sind auch diejenigen, die ihren HIV positiven Status am häufigsten für sich behalten würden (32,8 %), im Vergleich zu den Sub-Sahara Afrikanern (15,5 %) und Südosteuropäern (11 %).

#### **4.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung**

In ihrem Testverhalten unterscheiden sich die von uns befragten Migranten und Migrantinnen nicht von der Allgemeinbevölkerung, etwa 30 % haben sich testen lassen. Nicht verwunderlich ist, dass Personen aus Hochprävalenzländern häufiger getestet wurden, als Personen anderer Herkunftsregionen. Auch Illegale sind viel häufiger getestet worden. Die Tests wurden nur in der Hälfte der Fälle aus eigenem Antrieb vorgenommen, die andere Hälfte bestand aus Tests auf Verlangen von Ärzten, Krankenhäusern und Behörden.

Über die Hälfte der getesteten Probanden wurden in Deutschland vor und nach dem Test nicht beraten. Insbesondere Frauen, Menschen aus Hochprävalenzländern und Osteuropäer wurden vor dem Test nicht beraten! In einem Land, in dem immer wieder betont wird, dass kein Test ohne Beratung durchgeführt werden soll, ein Skandal und auch unter primärpräventiven Gesichtspunkten ganz unmöglich.

#### **4.6 *Kenntnisse über die Therapierbarkeit von HIV/AIDS***

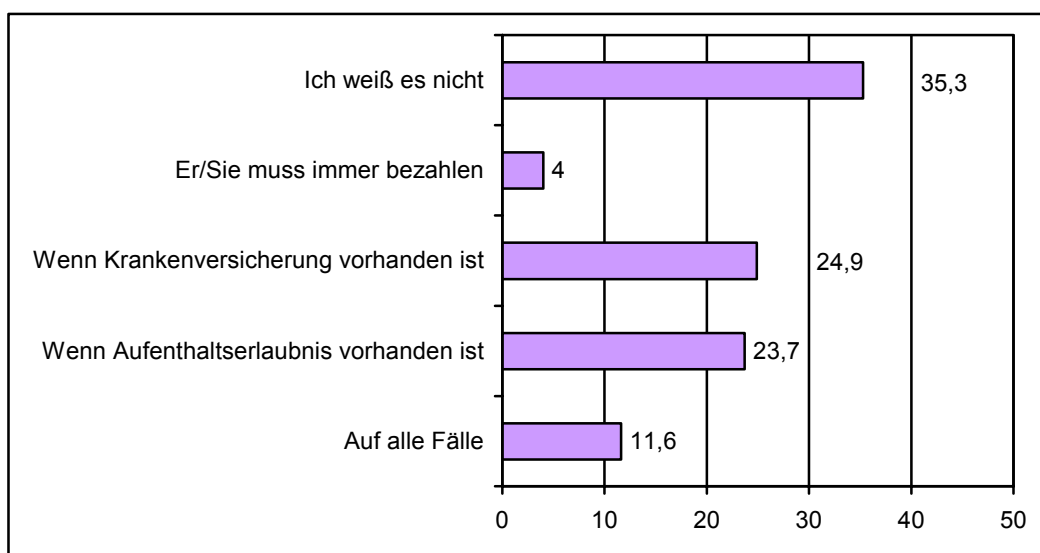
Das Wissen darüber, dass HIV/AIDS behandelbar ist und unter welchen Umständen eine solche Therapie möglich ist, kann die Entscheidung für oder gegen einen Test maßgeblich beeinflussen. Auch bei den Antworten auf diese Frage waren Informationsdefizite sichtbar, allerdings sind Migranten in diesem Punkt wesentlich besser informiert, als die All-

gemeinbevölkerung. Die Mehrheit der Migranten (65,2 %) aber nur eine Minderheit der Allgemeinbevölkerung<sup>105</sup> (29 %) weiß, dass, obwohl es keine Heilung gibt, eine Behandlung möglich ist. 16,4 % wissen nicht, ob HIV/AIDS behandelt werden kann und 13,9 % dachten, es gäbe keine Behandlungsmöglichkeit.

Die Sub-Sahara Afrikaner sind am besten informiert über eine Behandlungsmöglichkeit (74,4 %), gefolgt von den Südosteuropäern (64 %) und den Osteuropäern (56,6 %). Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede unter den Ost- und Südosteuropäern. Unter den Osteuropäern waren Frauen besser informiert als Männer (60 % zu 50 %). Genau das Gegenteil ist bei den Südosteuropäern der Fall, hier waren Männer (72,2 %) besser informiert als Frauen (50 %)

Ob allerdings eine solche Therapie auch für Nicht-EU-Ausländer in Deutschland möglich ist und unter welchen Umständen, ist nur einer Minderheit der Befragten bekannt. Wie aus der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, weiß die Mehrheit der Migranten nicht, ob ein/e Migrant/in aus einem Land außerhalb der EU in Deutschland einen kostenfreien Zugang zur Behandlung von HIV/AIDS hat.

**Abb. 43:     Abbildung 16: Hat ein Migrant aus einem Nicht-EU-Land kostenfreien Zugang zu einer Behandlung wegen HIV/AIDS? Angaben in Prozent (n=173)**



<sup>105</sup> BZgA 2004; S.58

#### 4.7 *STD Kenntnisse, Tests und Infektionen*

Andere sexuell übertragbare Erkrankungen führten in öffentlichen Kampagnen zur Prävention neben AIDS lange ein Schattendasein<sup>106</sup>. Erklärlich, handelte es sich doch bei HIV/AIDS um eine neue tödliche Infektionserkrankung. Durch die höhere Verbreitung von STD war und ist es jedoch nach wie vor wesentlich wahrscheinlicher, sich in entsprechenden Risikosituationen mit einer STD zu infizieren als mit HIV. Außerdem gelten STD als sogenannte „Risikomarker“ für eine HIV-Gefährdung: Das vermehrte Vorkommen von STD weist auf eine mögliche HIV-Gefährdung hin, vorhandene STD erhöhen bei Kontakt mit dem HI-Virus eine Infektionswahrscheinlichkeit<sup>107</sup>.

Zum Thema STD sind die von uns befragten Migranten besser informiert als die deutsche Allgemeinbevölkerung<sup>108</sup> (BZgA, 2004). Auch hier verfügen die von uns befragten Migranten offenbar über andere Informationswege. Außerdem konnten wir in Fokusgruppen feststellen, dass die Tabuisierung von HIV/AIDS in einigen Herkunftsregionen nicht auf andere STD übertragen wurde<sup>109</sup>. In der folgenden Abbildung stellen wir diese Unterschiede dar.

---

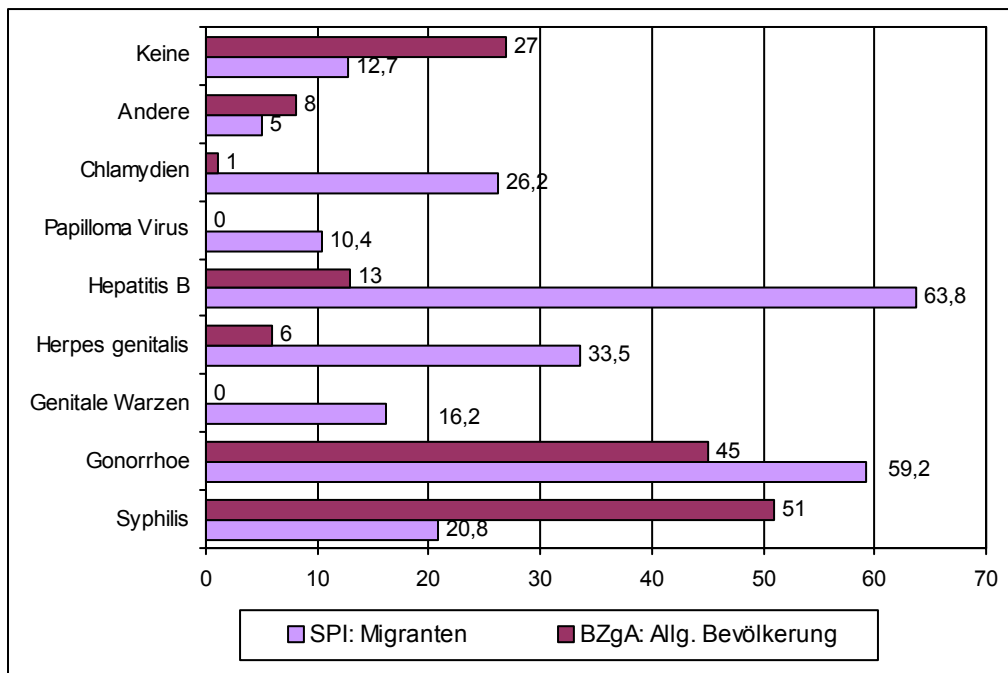
<sup>106</sup> Allerdings ist hier vieles in Veränderung begriffen: „Von der AIDS-Aufklärung zur STD-Prävention in Deutschland“ titelte beispielsweise Frau Pott, Leiterin der BZgA ihren Vortrag auf dem diesjährigen deutsch/österreichischen AIDS-Kongress. in: European Journal of Medical Research (2005), Volume 10(Supplement II)

<sup>107</sup> Muluneh/Waka, 2000; UNDP 2004

<sup>108</sup> Allerdings gibt es einen wichtigen Unterschied in den Erhebungsmethoden, der eine Vergleichbarkeit der Antworten etwas erschwert: Den Probanden der BZgA wurde die Frage offen gestellt, den von uns befragten Migranten wurde eine Liste vorgelegt.

<sup>109</sup> Protokoll der Fokusgruppe

**Abb. 44:      Abbildung 27: Kenntnissen von STD: Studien SPI-Forschung und BZgA (n=139)**



Der Bekanntheitsgrad der einzelnen STD variiert stark nach Herkunftsregionen: Probanden aus Osteuropa, über HIV/AIDS eher schlecht informiert, kannten zu 91,9 % Gonorrhoe und zu 74,2 % Hepatitis B. Auch Syphilis (29 %) meinten sie zu kennen. Probanden aus Sub-Sahara-Afrika, besser informiert zu HiV/AIDS, waren zu STD lange nicht so gut informiert, sie kannten Hepatitis B/C (48,8 %), Gonorrhoea (46,4 %) und Chlamydien (30 %), aber nur zu 15,5 % Syphilis. Südosteuropäer kannten Herpes genitalis (42,8 %) Gonorrhoe (46 %), Chlamydien (30 %).

Waren Frauen zu HIV/AIDS durchweg schlechter informiert, als Männer, ist es bei STD schon mal umgekehrt: Mehr Frauen als Männer kennen Hepatitis (68,3 % zu 48,7 %) und Chlamydien. Mehr Männer als Frauen kennen Syphilis (29 % der Männer und 13,7 % der Frauen).

Durften wir aufgrund einer Auflage des Datenschutzes nicht direkt nach HIV-Infektionen fragen, waren uns zum Thema STD keine Restriktionen auferlegt. 15 % des Samples haben bereits mindestens eine Untersuchung auf STD in Anspruch genommen, 9,7 % (13

Männer und 12 Frauen<sup>110</sup>) hatten in den letzten zwei Jahre insgesamt 30 STD. 9 hatten Herpes genitalis, 8 Chlamydien, 5 Gonorrhoe und 3 Syphilis und vier „sonstige“ STD.

Hinweise auf die wahrscheinlichen Risiken liefern die sexuellen Orientierungen, die diese Personen angeben haben: Während die betroffenen Frauen alle heterosexuell orientiert sind, hatten 5 der Männer ausschließlich Sex mit Männern und 7 bezeichneten sich als bisexuell. Lediglich ein Mann hatte ausschließlich heterosexuelle Kontakte angegeben.

#### **4.7.1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: STD Kenntnisse, Tests und Infektionen**

Die von uns befragten Migranten sind über STD wesentlich besser informiert als die Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Berührungängste und Tabus scheint es zum Thema STD nicht im vergleichbaren Ausmaß zu geben, wie zum Thema HIV/AIDS.

### **4.8 Sexualverhalten und Kondomgebrauch**

Neben dem Wissen über HIV-Infektionswege und Schutzmöglichkeiten interessierte uns auch das Sexualverhalten und der Kondomgebrauch der befragten Migranten. Fast die Hälfte des Samples gab an, im vergangenen Jahr nur einen Sexualpartner gehabt zu haben (44 %). 26,3 % hatten zwei bis drei Sexualpartner, 5,8 % hatte vier bis zehn und 1,2 % mehr als zehn. 18,1 % gaben an, überhaupt keinen Sexualpartner im vergangenen Jahr gehabt zu haben.

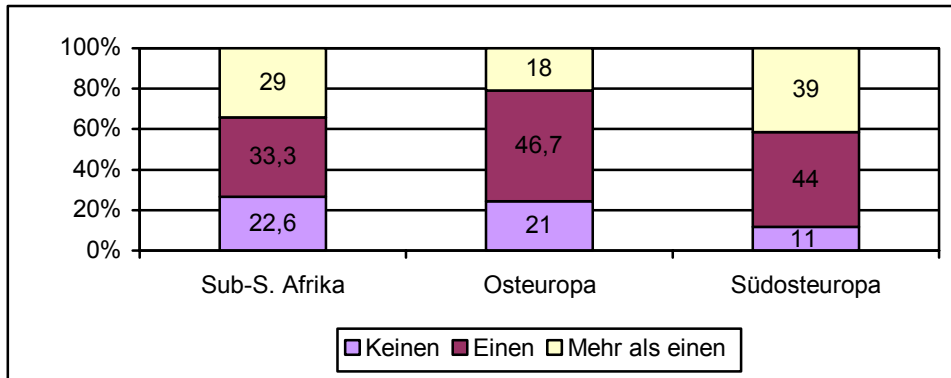
Insgesamt hatten also 33,3 % der befragten Migranten in diesem Zeitraum mehr als einen Sexualpartner. Verglichen mit der allgemeinen deutschen Bevölkerung ist diese Zahl sehr hoch, nur 23 % der Alleinlebenden unter 45 Jahre hatten nach der repräsentativen Umfrage der BZgA im vergangenen Jahr mehr als einen Sexualpartner<sup>111</sup>. Nach Herkunftsregionen hatten 39 % der Südosteuropäer und 29 % der Sub-Sahara Afrikaner mehr als einen Sexualpartner im letzten Jahr, aber nur 18 % der Osteuropäer. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Sexualpartner im vergangenen Jahr nach Herkunftsregionen.

---

<sup>110</sup> Wegen der kleinen Zahlen wird auf eine Prozentuierung verzichtet

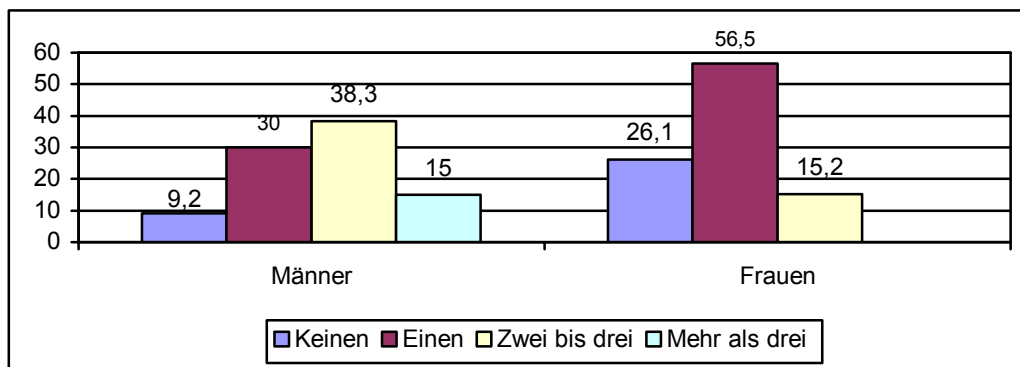
<sup>111</sup> BZgA (2004), S. 36.

**Abb. 45: Anzahl der Sexualpartner im vergangenen Jahr nach Regionen.**  
Angaben in Prozent (n=250)



Große Unterschiede wurden beim Vergleich zwischen den Geschlechtern festgestellt: 56,5 % der Frauen gaben an, einen Sexualpartner gehabt zu haben, aber nur 30 % der Männer. 15,2 % der Frauen und 53,3 % der Männer sagten aus, mehr als einen Sexualpartner gehabt zu haben. Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen geschlechtsspezifischen Unterschied.

**Abb. 46: Anzahl der Sexualpartner nach Geschlecht der Befragten.**  
Angaben in Prozent (n=250)

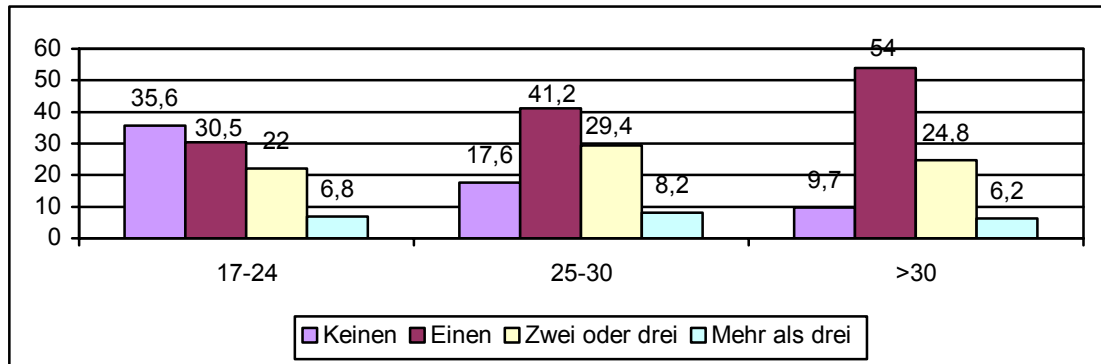


Der geschlechtsspezifische Unterschied ist besonders groß unter den Südosteuropäern. 64,9 % der Frauen dieser Region gaben an, nur einen Sexualpartner im vergangenen Jahr gehabt zu haben, aber nur 29,6 % der Männer. 40,7 % der Männer hatte zwei oder drei Sexualpartner, aber nur 13,5 % der Frauen. Nur Männer hatten mehr als drei Sexualpartner, 18,5 % von ihnen zwischen vier und zehn und 3,7 % mehr als zehn.

In der nächsten Abbildung ist die Anzahl der Sexualpartner nach Altersgruppen zu sehen.



**Abb. 47: Anzahl der Sexualpartner nach Alter der Befragten. Angaben in Prozent (n=250)**



Wie aus der Abbildung zu entnehmen ist, hatte die Altersgruppe zwischen 25 und 30 Jahre die größte Anzahl von Sexualpartnern im letzten Jahr.

Auch die sexuelle Orientierung wurde in der Studie erfasst. Auch diese Frage interessierte uns ausschließlich im Zusammenhang mit HIV/AIDS und STD- Risiken und nicht als eigenständiges Thema. Die Mehrheit der Männer (86,2 %) hatte im letzten Jahr nur mit Frauen sexuellen Kontakt, 4,6 % nur mit Männern und 5,5 % mit beiden Geschlechtern. Unter den Frauen haben 81,7 % nur mit Männern sexuellen Kontakt gehabt, 4,9 % nur mit Frauen und 2,4 % mit beiden Geschlechtern.

#### 4.8.1 Kondomgebrauch

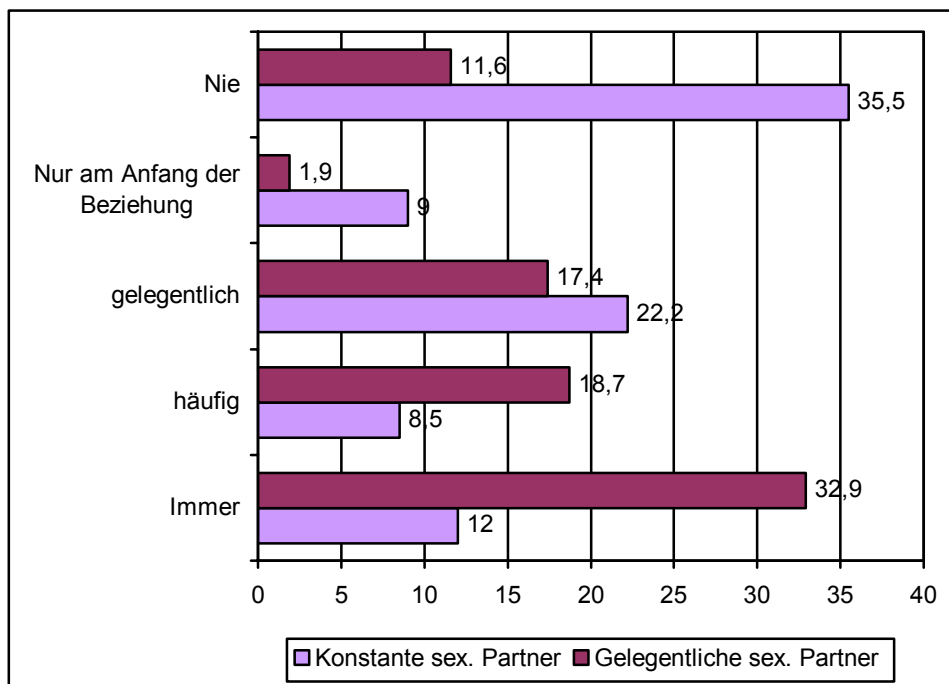
Um einen Vergleich mit den Ergebnissen der BZgA-Befragung zu ermöglichen, mussten wir die Antworten zur Frage „Kondomgebrauch“ recodieren. Die BZgA Befragung zum Thema Schutzverhalten konzentriert sich auf „Teilgruppen mit potenziell riskanten Lebensweisen“, von denen nur eine - Alleinlebende unter 45 Jahren – tendenziell mit unserem Sample vergleichbar ist. Der BZgA Bericht „AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2003“ zeigt, dass 71 % der alleinstehenden Allgemeinbevölkerung unter 45 Jahren mit sexuellen Kontakten, aber 83 % der von uns Befragten Migranten in den letzten 12 Monaten „immer“, „häufig“ oder „gelegentlich“ Kondome benutzten. 49 % benutzen Kondome „immer“ oder „häufig“. Auch hier liegen die befragten Migranten mit 58 % über diesem Wert.

Auch wenn man sich Personen mit mehreren Sexualpartnern im letzten Jahr anschaut, kommt man auf eine ähnliche Relation der Kondomverwendung: In der BZgA-Befragung

78 % der Personen mit mehreren sexuellen Partnern im letzten Jahr an, Kondome „*immer*“, „*häufig*“ oder „*gelegentlich*“ Kondome zu verwenden, aber 82,7 % der befragten Migranten.

Die Frage nach der Kondomverwendung wird allerdings von unseren Probanden sehr unterschiedlich beantwortet, wenn man nach „*festen*“ und „*gelegentlichen*“ Partnern fragt, wie die folgende Abbildung zeigt. Hier gehen wir wieder auf unsere ursprünglichen Antwortkategorien zurück und beziehen die Gesamtheit der Befragten (Sample 1), d.h. , auch Personen mit nur einem Sexualpartner, mit ein.

**Abb. 48: Kondomgebrauch mit konstanten bzw. gelegentlichen sexuellen Partner in Prozent (gelegentliche sex. P. n=155, konstante n=234)**



Im folgenden ziehen wir die Antworten „*immer*“ und „*häufig*“ zusammen und betrachten zunächst die Kondomverwendung mit „*festen*“ Partner. Die häufigste *Kondomverwendung* mit festen Partnern wird von Probanden der Herkunftsregion Osteuropa angegeben: 29,3 % benutzen „*immer/häufig*“ Kondome, gefolgt von Sub-Sahara Afrikanern (27 %) und die Südosteuropäern (18,8 %). Die Verwendung von Kondomen mit konstanten Partnern hängt signifikant mit dem Niveau der Informiertheit über HIV/AIDS zusammen:

Befragte Migranten, die über mehr Informationen verfügen, verwenden signifikant häufiger Kondome<sup>112</sup>.

Der Kondomgebrauch mit einem/r konstanten Partner/in hängt auch signifikant zusammen mit Bildung, Migranten mit einem hohen Bildungsabschluss benutzen signifikant häufiger Kondome als Migranten mit einem niedrigen Bildungsabschluss<sup>113</sup>.

Auch das Alter ist für die Kondomverwendung von Bedeutung. Die sexuell aktivste Altersgruppe zwischen 25 und 30 Jahren benutzt in festen Partnerschaften häufiger Kondome (28,2 %) als die Befragten der jüngsten Altersgruppe zwischen 17 - 24 (24,3 %) und der ältesten ab 30 Jahre (19,8 %).

Mit *gelegentlichen Partnern* werden viel häufiger Kondome benutzt. Probanden aus Subsahara Afrika haben hier prozentual den höchsten Wert (68,9 %), gefolgt von Südeuropäern (60,4 %) und Osteuropäern (57,1 %).

Für den Kondomgebrauch mit gelegentlichen Partnern ist das Alter unerheblich, jedoch ist auch hier ein signifikanter Zusammenhang mit Bildung festzustellen: je höher die Bildung, desto höher die Angabe zum Kondomgebrauch mit gelegentlichen sexuellen Partnern<sup>114</sup>.

Auch die Informiertheit zu HIV/AIDS weist einen signifikanten Zusammenhang mit Kondomgebrauch aus: Besser informierte Migranten geben einen höheren Kondomgebrauch mit gelegentlichen Partnern an.<sup>115</sup>

Anders als bei der Kondomverwendung mit konstanten sexuellen Partner/innen, gibt es hier einen sehr signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Benutzung von Kondomen<sup>116</sup>. Mehr Männer als Frauen gaben an, bei gelegentlichen Partnern/innen „*immer/häufig*“ Kondome zu benutzen.

Eine weitere Frage beschäftigte sich mit der Entscheidung für eine Kondombenutzung. Die Frage „*Wenn Sie Kondome benutzen, wer trifft diese Entscheidung?*“ erhielten wir erwartungsgemäß geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Antworten. Insgesamt

---

<sup>112</sup>  $X^2=26,357$ ;  $p=.000$

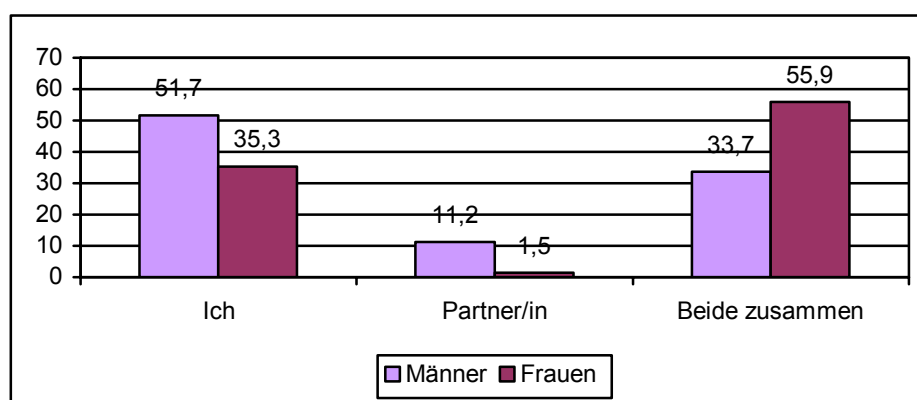
<sup>113</sup>  $X^2=14,45$ ;  $p=.001$

<sup>114</sup>  $X^2=9,980$ ;  $p=.007$

<sup>115</sup>  $X^2=16,01$ ;  $p=.000$

44,6 % der Befragten gaben an, *selbst* über die Kondombenutzung zu entscheiden (51,7 % der Männer und 35,3 % der Frauen). 43,3 % entscheidet gemeinsam mit dem/r sexuellen Partner/in (33,7 % der Frauen und 55,9 % der Männer) und eine Minderheit von 7 % der (11,2 % der Männer und nur 1,5 % der Frauen) überlässt diese Entscheidung der/die Partner/in. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern wird in der folgenden Abbildung verdeutlicht.

**Abb. 49: Wer fällt die Entscheidung für den Kondomgebrauch? In Prozent (n=157)**



Kondomverwendung ist nur ein kleiner Aspekt des Verhütungsverhaltens, dass von vielen unterschiedlichen Faktoren geprägt wird: Einerseits verlangt die Anwendung des männlichen Kondoms – und nur um diese handelt es sich hier - zumindest die Mitwirkung des männlichen Partners. Andererseits ist durch das Thema Empfängnisverhütung das Thema Verhütungsverhalten insgesamt stark geschlechtsspezifisch geprägt und wird traditionellerweise den Frauen überlassen. Wir können der Vielschichtigkeit dieses Themas an dieser Stelle nicht gerecht werden, jedoch weist das Antwortverhalten<sup>117</sup> in diese Richtung.

Inwieweit für diese Antwort auch die empfängnisverhütende Wirkung des Kondoms maßgeblich war, ist aufgrund unserer Daten schwer zu beurteilen. Einen Hinweis liefert die Frage, welche Verhütungsmittel benutzt werden. Nach der Anti-Baby-Pille (28,8 %) sind Kondome das zweitwichtigste Verhütungsmittel 27,7 % für Männer und Frauen.

Die nächste Frage zielt auf das verhütungsspezifische Konfliktmanagement in der Partnerschaft, wir fragten, „Was machen Sie, wenn ihr Partner, ihre Partnerin keine Kondome verwenden will?“ 37,2 % der Befragten gaben an, in dem Fall den Sex ganz abzuleh-

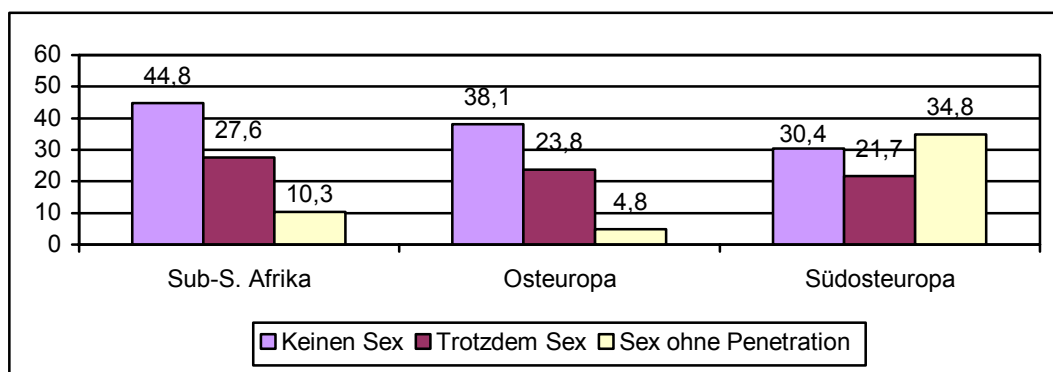
<sup>116</sup>  $\chi^2=9,32$ ;  $p=.009$

<sup>117</sup> siehe hierzu Steffan (2000): Die Fallen der geschlechtsspezifischen Sozialisation.

nen, 23,1 % würden trotzdem Geschlechtsverkehr haben (d.h. dann ohne Kondom) und 15,4 % würden Sex ohne Penetration haben. Wir haben hier nur drei sehr eindeutige Handlungsoptionen abgefragt, im wirklichen Leben sind die Verhandlungsmöglichkeiten zwischen den Sexualpartnern zum Thema „Schutz“ sehr viel variantenreicher. Martin Dannecker hat für diese Umgangsweise mit dem Infektionsrisiko den Begriff „*Negotiated safety*“ entwickelt<sup>118</sup>

Die folgende Abbildung zeigt die Antworten zu dieser Frage nach Herkunftsregionen. Die Sub-Sahara Afrikaner sind diejenigen, die angegeben haben, im Falle einer Kondomverweigerung am häufigsten den Sex ganz zu verweigern. Allerdings stellen sie auch die größte Gruppe derjenigen, die „*auf jeden Fall*“ Sex haben würden.

**Abb. 50: Wenn der/die Partner/in keine Kondome benutzen will. In Prozent (n=78)**



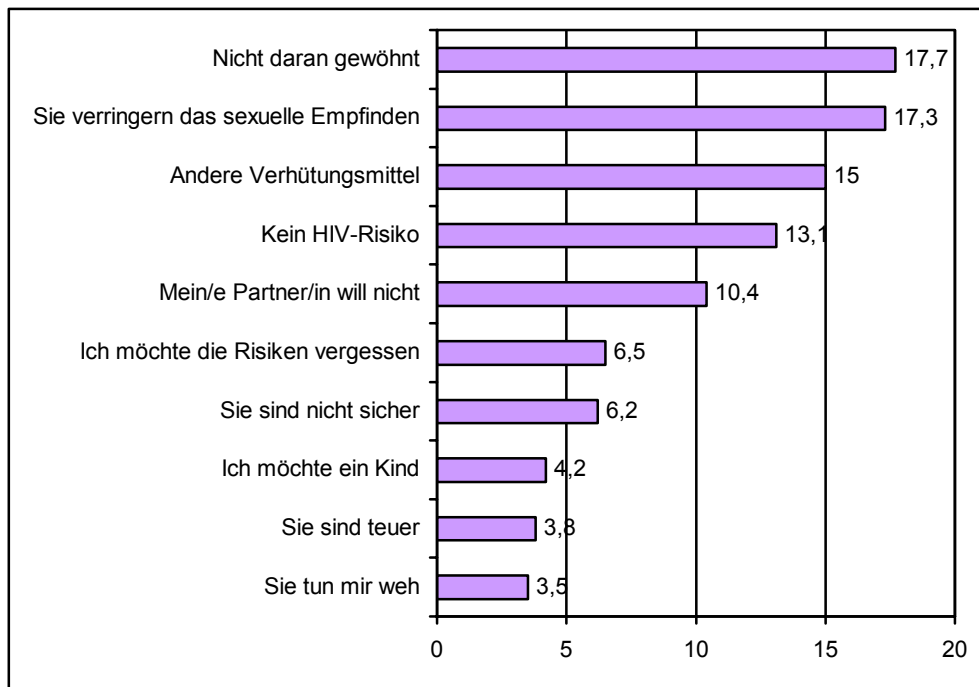
Leider haben 56 % der Frauen auf diese Frage nicht geantwortet, ein geschlechtsspezifischer Vergleich kann daher nicht vorgenommen werden. Allerdings gibt es interessante Unterschiede zwischen den Männern der einzelnen Herkunftsregionen, wenn man sich die Option, „*trotzdem*“, also im Falle einer Verweigerung dann ohne Kondom, Geschlechtsverkehr zu haben. Unter den Osteuropäern würden 50 % der Männer auch ohne Kondom Sex haben, unter den Sub-Sahara Afrikanern, 36,8 % und unter den Südosteuropäern 20 %.

Zum Abschluss dieses Bereichs stellten wir noch die Frage, „*Was sind Ihre Gründe dafür, Kondome gar nicht oder nur unregelmäßig zu benutzen?*“ Am häufigsten wurde „*nicht daran gewöhnt zu sein*“ genannt (17,7 %) und dass Kondome „*das sexuelle Empfinden*

<sup>118</sup> Martin Dannecker (2004), S. 296

verringern“ (17,3 %). Auch die Behauptung, „kein HIV-Risiko“ zu haben (13,1 %), war noch relativ häufig, wie die nächste Abbildung zeigt.

**Abb. 51: Gründe für den Verzicht auf Kondome in Prozent, Mehrfachantworten .(n=259)**



Insbesondere südosteuropäische (23,1 %) und osteuropäische Männer (35 %) haben die Nichtverwendung der Kondome damit begründet, sie nicht gewöhnt zu sein. Das passt zur Antwort südosteuropäischer (32,4 %) und osteuropäischer Frauen (16,6 %), die häufig angaben, andere Verhütungsmittel zu benutzen. Auch für die jüngste Altersgruppe der 17 – 24 Jährigen, war „nicht daran gewöhnt zu sein“ mit 21,6 % der am häufigsten genannte Grund.

Insbesondere für Männer reduzieren Kondome das *sexuelle Empfinden* (20,8 % aller Männer) oder *sind es nicht gewöhnt* (17,6 %), während Frauen andere Verhütungsmittel benutzen (35 %) oder *es nicht gewöhnt sind* (28 %).

#### **4.8.2 Zusammenfassung und Schlussfolgerung: Sexualverhalten und Kondomgebrauch**

die von uns befragten Migrant\*innen verwenden genauso häufig „immer/häufig Kondome, wie die von der BZgA befragte Allgemeinbevölkerung. Wichtige Indikatoren sind auch hier Geschlecht, Alter, Bildung und Informiertheit zu HIV/AIDS. Insbesondere Frauen, junge Proband\*innen und Menschen mit einem schlechten Bildungsniveau und schlecht informierte verwenden signifikant weniger Kondome.

#### **4.9 Alkohol- und Drogenkonsum**

Wir haben unsere Proband\*innen auch nach Alkohol- und Drogenkonsum gefragt. Zum einen natürlich, weil das gemeinsame Benutzen von Spritzbestecken ein wichtiger Risikofaktor für die Übertragung von HIV ist, zum anderen aber auch, weil insbesondere regelmäßiger Alkoholkonsum das sexuelle Übertragungsrisiko von HIV und STD erhöhen kann<sup>119</sup>. Alkohol- und Drogenkonsum ist in unserer Sample nur für eine kleine Minderheit ein risikoerhöhender Faktor. Mehr als ein Viertel des Samples (26,1 %) gab an, überhaupt keinen Alkohol zu trinken (26,1 %). 33,9 % trinken Alkohol weniger als einmal die Woche, 21 % mindestens einmal die Woche, 11 % einige Tage in der Woche und 3,5 % trinken Alkohol jeden Tag. Der Prozentsatz der riskant konsumierenden Alkoholkonsument\*innen dürfte damit geringer sein, als in der Allgemeinbevölkerung<sup>120</sup>.

Nur 10 % der Migrant\*innen gaben an, in den vergangenen 12 Monaten Drogen konsumiert zu haben. 1,4 % konsumieren regelmäßig Marihuana und 0,5 % Extasy. Marihuana ist auch die Droge die am meisten gelegentlich konsumiert wird (15,8 %), gefolgt von Extasy (3,3 %). Nur drei Interviewte haben Heroin, Kokain oder Amphetamine injiziert. Eine von diesen Personen gab an sich mit einem fremden nicht desinfiziertem Spritzbesteck injiziert zu haben, eine andere Person war sich nicht sicher.

---

<sup>119</sup> z.B. Rogala et al, (2004)

<sup>120</sup> Die Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren schätzt den Anteil der riskant Konsumierenden auf 16% der Gesamtbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren: DHS (2003)

## 5 Schlussfolgerungen

Auch aus den hier in einer Auswahl vorgestellten Befragungsergebnissen wird deutlich, dass die HIV/AIDS-Prävention in Deutschland Migranten und Migrantinnen nicht im gleichen Maße erreicht, wie die Allgemeinbevölkerung. Das zur Prävention von AIDS notwendige Basiswissen fehlt in vielen Fällen, Beratungs- und Testangebote (auch anonym und kostenlos) der öffentlichen Gesundheitsdienste sind nur unzureichend bekannt (und auch nicht immer vorhanden)

Die von uns befragten Migranten sind insgesamt schlechter über HIV/AIDS - Infektionswege und –Schutzverhalten informiert als die Allgemeinbevölkerung, haben aber mehr Informationen zu STD. Junge Menschen (17 - 24 Jahren) und Frauen (insbesondere aus Südosteuropa) haben die schlechtesten Kenntnisse und das unsicherste Schutzverhalten. Frauen weisen außerdem eine stark unterdurchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung auf. Eine aktive selbstständige Rolle bei der Verringerung ihres Informationsdefizits und der Stärkung ihrer Selbstschutzmöglichkeiten ist daher kaum zu erwarten.

Über anonyme und kostenlose Testmöglichkeiten wissen Migranten in Deutschland viel weniger als beispielsweise in Spanien und Italien. Weniger als die Hälfte der in Deutschland getesteten Migranten wurde vor und nach dem Test beraten, dies ist gemessen an den verbindlichen Standards und Empfehlungen ein unhaltbarer Zustand.

Zum Thema HIV/AIDS und STD weisen die Probanden eine Reihe von *Merkmale* auf, die das Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflussen. In erster Linie sind diese Merkmale nicht migrationspezifisch: *Geschlecht*, *Bildung* und *Alter* beeinflussen sowohl die Informiertheit zu HIV/AIDS- Infektionswegen und Schutzverhalten als auch Sexualverhalten und Kondomverwendung. Erst danach folgen kulturspezifische Merkmale wie *Herkunftsregion* und *Religionszugehörigkeit* und dann migrationspezifische Variablen wie *Beherrschung der deutschen Sprache* und *Aufenthaltsstatus*. Merkmale wie *Länge des Aufenthalts* und *Beschäftigungssituation* haben in unserer Studie keinen wesentlichen Einfluss auf Informiertheit und Gesundheitsverhalten.

Auch Theda Borde et al. stellen in ihrer Studie zur Nutzung Berliner Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten fest, dass „*einige pauschale Annahmen und stereoty-*



*pe Bilder von und über Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen [.....] revidiert werden müssen. Die Tatsachen dass in Deutschland bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über die Versorgungsbedürfnisse und –lage von Migranten vorliegen, begünstigt Spekulationen und Stereotypisierungen“.* Migranten befinden sich durch den Migrationshintergrund, ihr soziale Situation und ihr kulturelles Umfeld in einer besonderen Situation, sie sind aber im wesentlichen Teil der Allgemeinbevölkerung und sollte auch als solcher Teil Berücksichtigung finden.

### **Empfehlungen**

*Massenmedien:* Kampagnen zur Erhöhung der nationalen Aufmerksamkeit sollten kurze und prägnante Botschaften benutzen, die in alle wichtigen Sprachen (darunter natürlich die Sprache des Aufnahmelandes selbst) übersetzt werden können. Der überwiegende Teil der von uns befragten Migranten möchte mehr Informationen zu HIV/AIDS genau über diesen Weg erhalten.

*Informationskampagnen:* Informationskampagnen für Migranten sollten als Teil einer integrativen Strategie auch strukturelle und kulturelle Gegebenheiten berücksichtigen, geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein, Bildungsniveaus und das Alter der Zielgruppen einbeziehen. Wünschenswert wären verstärkte Bemühungen zur Erreichung von jungen Migranten, Frauen und schlechter Gebildeten. Zur Gestaltung und Durchführung sollten Migranten-Communities einbezogen werden, die Maßnahmen selbst sollten aber eher von allgemein zugänglichen Institutionen durchgeführt werden.

*Informationsmaterialen und personalkommunikative Beratung:* Informationsmaterialien sollten insbesondere die Merkmale Geschlecht, Bildung und Alter berücksichtigen, in Kooperation mit den betreffenden Communities entwickelt werden und in Zusammenarbeit mit persönlicher Beratung, in Beratungszentren, aufsuchender Arbeit und Peer-education Programmen benutzt werden;

*Anonyme und kostenlose Testangebote* sollten dringend stärker beworben werden. Auf die Einhaltung einer adäquaten Beratung vor und nach dem Test sollte dringend geachtet werden. Hier sollten Fortbildungen und Artikel in Fachzeitschriften das Personal in medizinischen Einrichtungen stärker sensibilisieren.

*Verteilungsstrategien:* Informationen zu HIV/AIDS/STI sollten in allgemeinen Informationen über Zugang, Struktur und Rechte im Rahmen gesundheitlicher Versorgung enthalten sein und –auch anonym – an Orten verteilt werden, die häufig von Migranten aufgesucht werden. Auch lokale Medien wie beispielsweise Zeitungen und Radiosender und

auch Grenzübergänge (für mobile Populationen) eignen sich zum Verteilen eher allgemein gehaltener Informationen.

*Förderung von Selbsthilfe- Netzwerken:* Selbsthilfeorganisationen sollten darin bestärkt und dabei unterstützt werden, untereinander zu kooperieren mit dem Ziel, adäquate Informationen für ihre spezifischen Communities zu vermitteln, mit Gesundheitseinrichtungen zusammenzuarbeiten und für ihre Bedürfnisse und Rechte auch im politischen Kontext einzutreten.

## 6 Literaturverzeichnis

- Anderson, P. (2003): „Das Sie uns nicht vergessen...“ Menschen in der Illegalität in München. Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Zusammenarbeit: München
- Bales, S., Baumann, H.G., Schnitzler, N. (2001): Infektionsschutzgesetz. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. (2002): Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2004): Daten-Fakten-Trends, Strukturdaten der ausländischen Bevölkerung
- Borde, T., Braun, T., David, M. (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten?. In: Borde, T., David, M.(Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse- Verlag: Frankfurt am Main
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Gesundheitsämter im Wandel. BMGS: Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit. (1999): AIDS-Bekämpfung in Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit: Bonn
- Bundesregierung. (2005):Lebenslagen in Deutschland Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. (2003): AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Köln
- Dannecker, M. (2004): HIV-Prävention und Sexualität- Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In: SPI Forschung (Hrsg.): Sexuell übertragbare Krankheiten, Ein Lesebuch für die Beratungspraxis. Asanger Verlag: Heidelberg
- Deutscher Bundestag. (1998): Grundgesetz
- Enquete- Kommission des 11. Deutschen Bundestages „ Gefahren von AIDS und Wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“. (1990): Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung, AIDS: Fakten und Konsequenzen. Deutscher Bundestag: Bonn
- European Commission for Health and Consumer Protection. (2003): The health status of the European Union, Narrowing the health gap. European Communities: Italy
- Foda, F., Kadur, M. (2005): Flüchtlingsfrauen-Verborgene Ressourcen. Deutsches Institut für Menschenrechte: Berlin
- Franz, A. (2003): Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In: In: Borde, T., David, M.(Hrsg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse- Verlag: Frankfurt am Main
- Gerhards, J., Schmidt, B. (1992): Intime Kommunikation. Bundesministerium für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden Baden

- Haour-Knipe, M.(2001): Migration and HIV/ AIDS. In: International Organization for Migration (Hrsg.): HIV/AIDS Prevention and Care among Mobile Groups in the Balkans. International Organisation for Migration: Rome
- Haour-Knipe, M., Dubois-Arber, F.(1993): Minorities, Immigrants and HIV/AIDS Epidemiology: Concerns About the Use and Quality of Data, European Journal of Public Health 3, 259-63
- Ingleby, D; Chimienti, M.; Hatziprokopiou, P.; Ormond, M; De Freitas, C.: The role of health in integration. In: [www.ercomer.org](http://www.ercomer.org)
- Jane Hughes et.al (Hg) (2004): Chancengleichheit im Gesundheitssystem?, Selbstverlag, [www.crrrps.org](http://www.crrrps.org)
- Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS. (2002): HIV Voluntary Counselling and Testing: a gateway to prevention and care. Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS: Geneva
- Krause, B. (o.J.): Migrantinnen und Gesundheitssystem Abschlussbericht. Katholische Fachhochschule NW: Aachen
- Krause, H., Schaeffer, D. (2005): Unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation in Deutschland- Resultate des dreijährigen Modellvorhabens nach § 65b SGB V. Huber: Bern
- Lopez, O. (1998): Primärprävention von HIV/ AIDS für MigrantInnen. Erfahrungen aus einem Gesundheitsprojekt. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin
- Migration und Bevölkerung. Newsletter: Ausgabe Juni 2005. [www.migration-info.de/migration\\_und\\_bevölkerung/aktuell](http://www.migration-info.de/migration_und_bevölkerung/aktuell)
- Muluneh, A., Waka, A. (2000): Afrikanische Communities in Deutschland. In: Deutsche Aids-Hilfe e.V. (Hrsg.): AIDS und Migration. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin
- Münz, R., Seifert, W., Ulrich, R:(1997): Zuwanderung nach Deutschland. Campus: Frankfurt/Main
- Nitschke, H.(2005): Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes- Erfahrungen und Perspektiven. In: Jünschke, K., Paul, B.(Hrsg.): Wer bestimmt denn unser Leben?. Loper Literaturverlag: Karlsruhe
- Nzimegne-Gözl, S. (o.J.): HIV und AIDS . Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika<sup>1</sup>
- Pott, E. (2005): Von der AIDS-Aufklärung zur STD-Prävention: Vorschläge für eine erfolgversprechende Zukunft . In: European Journal of Medical Reserach, Volume 10/ Supplement II: Munich
- Rauchfuss, K. (2001): Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus. Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.: Bochum
- Razun, O., Geiger, I., Zeeb, H., Ronellenfitsch, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt: Jg. 101, Heft 43. Spektrum: Köln
- Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin. (47/2004)
- Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin. (A/2004)
- Rogala, C., Tyden, T. (o.J.): Do they know what we believe them to do? Sexual behaviour and experience among young women and men visiting a STI/ Con-

- traceptive counselling clinic, Abstract. World AIDS Conference 11.07.2004-16.07.2004: Bangkok
- Sanogo, A. (2005): Bleiben oder nicht bleiben?. In : Frauen Leben Positiv Dokumentation der Veranstaltung vom 22-23.10.2004 im Ev. Johannesstift Berlin. Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Berlin
- Schwarzer R.(1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer persönlichen Bewältigungsressource. In: Diagnostica, 1994, 40, Heft 2, 105-123
- SPI Forschung (Hrsg.). (2004 A): Sexuell übertragbare Krankheiten. Asanger Verlag GmbH: Heidelberg und Kröning
- SPI Forschung (Hrsg.). (1993): Dokumentation zur rechtlichen und sozialen Situation von Prostituierten in der Bundesrepublik Deutschland. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart
- SPI Forschung (Hrsg.). (2002): Die ambulante Berliner Sucht- und Drogenhilfe, Basisdokumentation für das Jahr 2002. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz IHH12: Berlin
- SPI Forschung (Hrsg.). (2003): Heterosexuelle Transmission des HIV vor dem Hintergrund der neuen Therapiemöglichkeiten. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Berlin
- SPI Forschung (Hrsg.). (2004 B):Frauen Leben II. Einfluss medizinischer Therapiefortschritte auf die Lebens- und Handlungsperspektiven von Frauen mit HIV und AIDS. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Berlin
- Steffan, E. (2000): Die Fallen der Geschlechtsspezifischen Sozialisation. In: Deutsche Aids Hilfe e.V.: Der Kleine Unterschied Frauen- Männer- AIDS, Dokumentation der Präventionskonferenz der DAH: Düsseldorf
- Steffan, E. (2001): Gesundheitsförderung im Bereich Prostitution – notwendige öffentliche Aufgabe? In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., 3. Quartal 2001, Ausgabe 32
- Treibel, A. (1999): Migration in modernen Gesellschaften. Juventa Verlag: Weinheim und München
- Venema, M., Grimm, C. (2002): Situation der Ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Offenbach und München
- Verband für Interkulturelle Arbeit. (2004): HIV/ AIDS- Prävention für Afrikanerinnen und Afrikaner in Berlin- aber wie?. Verband für Interkulturelle Arbeit: Berlin
- Wright, M.T. (Hrsg.). (2005): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung Teil 2: Frauen. Deutsche AIDS- Hilfe e.V.: Berlin
- [www.fes.de/fulltext/asfo/00763toc.htm](http://www.fes.de/fulltext/asfo/00763toc.htm) 11.07.2005
- [www.zeit.de/2003/34/M\\_Neu\\_Muenduiger\\_Patient\\_2](http://www.zeit.de/2003/34/M_Neu_Muenduiger_Patient_2) 25.07.2005

## 7 **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1:	<i>Immigranten in Deutschland nach Herkunftsländern (2003)</i> .....	7
Abb. 2:	<i>Neue HIV-Fälle in Deutschland nach Jahr und Herkunftsregion</i> .....	8
Abb. 3:	<i>Zusammensetzung der Befragten nach Herkunftsregionen</i> .....	15
Abb. 4:	<i>Geschlecht der Befragten (n=258)</i> .....	17
Abb. 5:	<i>Selbstwirksamkeitserwartung nach Geschlecht (Prozent)</i> .....	18
Abb. 6:	<i>Relativer Anteil der Altersgruppen nach Herkunftsregionen</i> .....	19
Abb. 7:	<i>Gründe, das Heimatland zu verlassen in Prozent (n=256)</i> .....	20
Abb. 8:	<i>Schulbildung. Angaben in Prozent (n=259)</i> .....	22
Abb. 9:	<i>Beherrschung der deutschen Sprache</i> .....	23
Abb. 10:	<i>Beschäftigungssituation in Prozent (n=259)</i> .....	24
Abb. 11:	<i>Einkommenssituation (n=259)</i> .....	26
Abb. 12:	<i>Religionszugehörigkeit in Prozent (n=259)</i> .....	27
Abb. 13:	<i>Zukunftspläne nach Herkunftsregion in Prozent (n=258)</i> .....	29
Abb. 14:	<i>Freizeitverhalten in Prozent der Fälle(n=259)*</i> .....	30
Abb. 15:	<i>Einschätzung der Einstellung Deutscher gegenüber den Probanden (in Prozent, N=259), Mehrfachnennungen</i> .....	31
Abb. 16:	<i>Aufenthaltsstatus N= 259</i> .....	31
Abb. 17:	<i>Art der Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland. Angaben in Prozent (n=259)</i> ...	33
Abb. 18:	<i>Haben Nicht-EU-Ausländer in Deutschland freien Zugang zur gesundheitlichen Versorgung?</i> .....	35
Abb. 19:	<i>Krankenversicherungsstatus nach Regionen, in Prozente (n=128)</i> .....	36
Abb. 20:	<i>Kenntnisse über Standorte von Gesundheitsdiensten und deren Nutzung. Angaben in Prozent (n=259), Mehrfachnennungen</i> .....	38
Abb. 21:	<i>Inanspruchnahme nach Krankenversicherungsstatus, in Prozente (n=231)</i> .....	39
Abb. 22:	<i>Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten in den letzten 12 Monaten in Prozent (n=235)</i> .....	40
Abb. 23:	<i>Aufenthaltsstatus und Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste in den -letzten 12 Monaten, Fallzahl (n=238)</i> .....	40
Abb. 24:	<i>Kenntnisse und Nutzung sozialer Einrichtungen. Angaben in Prozent (n=204) Mehrfachnennungen</i> .....	42
Abb. 25:	<i>Kenntnisse über HIV/AIDS nach Herkunftsregionen. Angaben in Prozent (n=259)</i> .....	45

Abb. 26:	<i>Kenntnisse über HIV/AIDS Übertragungswege. Angaben in Prozent (n=259). Mehrfachnennungen .....</i>	<i>48</i>
Abb. 27:	<i>Kenntnisskala über HIV/AIDS Übertragungswege. Angaben in Prozent (n=259)</i>	<i>50</i>
Abb. 28:	<i>Kenntnisskala über HIV/AIDS nach Religion, in Prozente (n= 197) .....</i>	<i>50</i>
Abb. 29:	<i>Kenntnisse zu HIV/AIDS nach Altersgruppen. Angaben in Prozent (n=259) .....</i>	<i>51</i>
Abb. 30:	<i>Informiertheit über HIV/AIDS und Schulbildung, in Prozent (n=259).....</i>	<i>52</i>
Abb. 31:	<i>Wie kann man sich vor HIV/AIDS schützen? In Prozent, Mehrfachnennung, n=234.....</i>	<i>54</i>
Abb. 32:	<i>Kenntnisse von Schutzmaßnahmen vor HIV/AIDS nach Alterskategorien. Angaben in Prozent (n=234) Mehrfachnennungen .....</i>	<i>55</i>
Abb. 33:	<i>Kenntnisse über Schutzmöglichkeiten nach Geschlecht, in Prozent (n=259).....</i>	<i>56</i>
Abb. 34:	<i>HIV/AIDS Informationsquellen in Deutschland und im Heimatland (nur Sub- Sahara-Afrika*) in Prozente (n=236) Mehrfachnennungen.....</i>	<i>61</i>
Abb. 35:	<i>„Ich rede mit niemandem über AIDS“, in Prozent (n=259).....</i>	<i>63</i>
Abb. 36:	<i>Mit wem haben Sie bereits über AIDS gesprochen? Nur Herkunftsregion Süd osteuropa (N= 91) Mehrfachnennungen.....</i>	<i>64</i>
Abb. 37:	<i>Wunsch nach mehr Informationen über HIV/AIDS und Bildungsniveau. An gaben in Prozent (n=244).....</i>	<i>66</i>
Abb. 38:	<i>Bevorzugte Informationswege in Prozente, Mehrfachantworten (n=259) .....</i>	<i>67</i>
Abb. 39:	<i>Abbildung: Sind sie besorgt, sich mit HIV/AIDS zu infizieren? nach Herkunftsregionen. Angaben in Prozent (n=241).....</i>	<i>69</i>
Abb. 40:	<i>Wissen Sie, wo man in ihrer Wohngegend einen Test machen lassen kann? In Prozente (n=236) Mehrfachantworten .....</i>	<i>72</i>
Abb. 41:	<i>Ort des HIV-Tests. Angaben in Prozent (n=63) .....</i>	<i>74</i>
Abb. 42:	<i>Abbildung 19: Mit wem würden Sie über einen positiven HIV-Test reden? Angaben in Prozent (n=259) .....</i>	<i>76</i>
Abb. 43:	<i>Abbildung 16: Hat ein Migrant aus einem Nicht-EU-Land kostenfreien Zu gang zu einer Behandlung wegen HIV/AIDS? Angaben in Prozent (n=173).....</i>	<i>78</i>
Abb. 44:	<i>Abbildung 27: Kenntnissen von STD: Studien SPI-Forschung und BZgA (n=139)</i>	<i>80</i>
Abb. 45:	<i>Anzahl der Sexualpartner im vergangenen Jahr nach Regionen. Angaben in Prozent (n=250).....</i>	<i>82</i>
Abb. 46:	<i>Anzahl der Sexualpartner nach Geschlecht der Befragten. Angaben in Prozent (n=250).....</i>	<i>82</i>
Abb. 47:	<i>Anzahl der Sexualpartner nach Alter der Befragten. Angaben in Prozent (n=250)</i>	<i>83</i>

Abb. 48:	<i>Kondomgebrauch mit konstanten bzw. gelegentlichen sexuellen Partner in Prozent (gelegentliche sex. P. n=155, konstante n=234) .....</i>	84
Abb. 49:	<i>Wer fällt die Entscheidung für den Kondomgebrauch? In Prozent (n=157) .....</i>	86
Abb. 50:	<i>Wenn der/die Partner/in keine Kondome benutzen will. In Prozent (n=78).....</i>	87
Abb. 51:	<i>Gründe für den Verzicht auf Kondome in Prozent, Mehrfachantworten (n=259).</i>	88



## 8 Anhang

### 8.1 *Internationale Kooperationspartner*

#### OESTERREICH

*Das europäische Zentrum für Sozialpolitik und Forschung* ist eine an die UN angeschlossene, regierungsübergreifende Organisation, deren Mandat die Förderung der internationalen Zusammenarbeit auf dem Feld der sozialen Entwicklung, Gesundheit und Wohlfahrt ist. Sie führt Sozialforschung durch und stellt Expertenwissen aus verschiedenen Bereichen, darunter HIV/AIDS- Prävention- und Versorgung, Kampf gegen Drogen, inkl. der gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen des Drogenkonsums und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung, zur Verfügung.

European Centre for Social Policy and Research

Bergasse 17 1090 Vienna, Austria

Tel. +43-1-3194505 35 Fax.+43-1- 3194505 19

[www.euro.centre.org](http://www.euro.centre.org)

#### DEUTSCHLAND

*SPI Forschung gGmbH* führt sozialwissenschaftliche Forschung, Evaluation, Modellprogramme und Fort und Ausbildungen, insbesondere im Hinblick auf schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene durch. Hauptthemen der Forschung sind Gesundheit, Frauen, Drogengebrauch, Prostitution und HIV/AIDS-Prävention.

SPI Forschung gGmbH

Kohlfurter Strasse 41-43 D- 10999 Berlin

Tel.:+49 30 – 252 16 19 Fax: +49 30 – 251 60 94

[www.spi-research.de](http://www.spi-research.de)

Leitung: Wolfgang Heckmann; Elfriede Steffan

#### GRIECHENLAND

*Das hellenische Zentrum für die Kontrolle von Infektionskrankheiten (KEEL)* in Athen ist Teil des Ministeriums für Gesundheit und Soziales. Es überwacht, koordiniert und fördert Aktivitäten zur Prävention und Behandlung von ansteckenden Krankheiten, in erster Linie HIV/AIDS. Die Hauptaktivität ist die Überwachung und Sammlung epidemiologi-

scher Daten, Prävention, Versorgung, psychologische Unterstützung und Beratung und Ausbildung. Für Notfallinterventionen existiert ein mobiles Büro.

Contact: Hellenic Centre for Infectious Diseases Control

6-8 Macedonias Str., 10433 Athens, Greece

[www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr)

## ITALIEN

*Das regionale Zentrum für Gesundheitsförderung in Venetien (CRRPS)* ist Teil des öffentlichen Gesundheitssystem der Region Venetien und verantwortlich für die Planung und Evaluation im Bereich der Gesundheitsförderung. Es arbeitet hauptsächlich auf regionaler Ebene, fördert aber auch die Entwicklung von speziellen Programmen, die vom Gesundheitserziehungsbüro der 21 lokalen Gesundheitseinrichtungen in der Region Venetien, durchgeführt werden. Das Ziel des Zentrums ist die Förderung der Gesundheit durch die Stärkung von Einzelpersonen, Gruppen und Gemeinschaften. Die Aktivitäten beinhalten Ausbildung, Training, Forschung, Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen und politische Beratung.

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute

Via Marconi 27F,

37122 Verona, Italy

[www.crrps.org](http://www.crrps.org)

[info@crrps.org](mailto:info@crrps.org)

Direktor: Dr. Massimo Mirandola

## SPANIEN

*Die andalusische Schule für öffentliche Gesundheit (EASP)* ist eine öffentliche Institution mit Sitz in Granada. Das Angebot umfasst Ausbildung, Training, internationale Kooperation und Forschung im Bereich öffentliche Gesundheit, Gesundheitsmanagement und Untersuchungs- und Sozialdienste. Sie fördert Ausbildung, Untersuchungs- und Forschungsaktivitäten sowie Kooperation und Austausch im wissenschaftlichen und technischen Bereich auf nationaler und internationaler Ebene.

Escuela Andaluza de Salud Pública

Campus Universitario de Cartuja, Cuesta del Observatorio s/n,

18071 Granada, Spain

[www.easp.es](http://www.easp.es)

## **8.2 Erhebungsinstrument**

Das Erhebungsinstrument wurde von der internationalen Forschungsgruppe erstellt und liegt in sieben Sprachen vor. Im Anhang befindet sich die englische Version, dies ist Originalversion.

**IMMIGRANTS FROM EUROPEAN SOUTHERN  
AND EASTERN BORDERS:  
HIV HEALTH RISKS, SOCIAL CONDITIONS AND SERVICE  
PROVISION RE-ORIENTATION**



**Questionnaire**

**English version**

INTERVIEWER'S ID No. \_\_\_\_\_  
RESPONDENT'S ID No. \_\_\_\_\_  
DATE OF INTERVIEW (day/month/year) \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
STARTING TIME(hh:mm)\_\_\_\_:\_\_\_\_

Brief explanation of the project

**(to be read to the respondent before beginning the interview)**

This interview is part of a study sponsored by the European Union on the health and social needs of immigrants in five EU countries: Italy, Spain, Germany, Austria and Greece. The specific aim is to help to prevent the spread of HIV/AIDS and sexually transmitted diseases among immigrant communities. A total of 300 immigrants will be answering this questionnaire in each of the five countries taking part in the project. The questions are similar to those asked to nationals of EU countries in other studies as part of efforts to prevent the spread of HIV/AIDS and sexually transmitted diseases among the population.

This questionnaire contains just over 100 questions about your knowledge, experience and assessment of the health and social services in this country. Some of the questions are about your personal life. We are interested in finding out whether you, and other people in situations like yours, are receiving the assistance you need and to which you are entitled in this country. The questionnaire is completely confidential and anonymous, and no one will be able to trace you. I am also professionally bound to secrecy. My job is to help you to understand the questions. You are not obliged to answer all the questions in the questionnaire, but when you do, I would ask you to answer as sincerely and accurately as you can. Please feel free to ask at any time if any of the questions are unclear.

When we have finished the interview, the information you have provided will be given to [**SPI Forschung gGmbH**], the organisation responsible for the project in this country. At the end of this interview I will give you the details of the contact person in the organisation in case you have any further questions.

It will take us about one hour to complete the questionnaire. At the end of this interview you will receive € 15,00 in recompense for the time you have spent in answering the questionnaire. I will also offer you some information about services dealing with health, in particular the prevention of HIV/AIDS and sexually transmitted diseases, in this area and in the rest of the country, if you would like to receive this. We are very grateful for your assistance.

0. respondent's sex

1 male

2 female

**BEFORE STARTING THE INTERVIEW I WOULD LIKE TO ASK YOU AN IMPORTANT QUESTION:**

1. Have you been in any way forced to come here to answer this questionnaire?

yes 1 stop the interview (check reasons) \_\_\_\_\_

no 2 proceed to Q2

**I. General Life and Work Situation**

**OK, VERY GOOD. I'D LIKE TO START BY ASKING YOU A FEW GENERAL QUESTIONS.**

2. In what year were you born?

19\_\_\_\_\_

3. In which country/region were you born?

North Africa

1

Sub-Saharan Africa

2

Latin America

3

Eastern Europe

4

South-Eastern Europe

5

Middle East

6

Asia

7

other

8

chose not to answer

88

4. In which kind of area did you mostly grow up?

countryside/village

1

small town

2

big city (more than 20,000 inhabitants)

3

chose not to answer

88

5.

6.

no	yes, but with great difficulty	yes, enough to get by	yes, well	chose not to answer
----	--------------------------------	-----------------------	-----------	---------------------

7. Do you speak the language of this country?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 88
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

8. Can you read the language of this country?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 88
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

9. Which of the following best describes your educational qualifications?

*More than one option possible*

- no educational qualifications (did not finish primary school)  1
- primary school certificate (approx. 11 years of age )  2
- middle school certificate (approx. 15 years of age)  3
- high school certificate (approx. 18 years of age)  4
- vocational qualification (licence to practise a profession e.g. electrician)  5
- higher education diploma (e.g. teacher, nurse)  6
- university degree  7
- chose not to answer  88

10. To which religion do you belong?

- Christian - Roman Catholic  1
- Christian - Orthodox  2
- Christian - other (e.g. Protestant, Evangelical, Baptist)  3
- Jewish  4
- Muslim  5
- Hindu  6
- Buddhist  7
- other (specify \_\_\_\_\_)  8
- none  9
- chose not to answer  88

11. Are you currently:

*more than one option possible*

- married  1
- living with a partner (not married)  2
- separated  3
- divorced  4
- widowed  5
- single  6
- chose not to answer  88

**12. Do you have any children?**

yes

no

chose not to answer

1

2 → go to Q14

88 go to Q14

**13. Please list your children, from youngest to oldest**

A) No.    B) age    C) born in this country    D) living with you

		yes	no	yes	no
1	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**14. When did you arrive in this country?**

-----/-----

(yyyy) / (mm)

don't remember     77

chose not to answer     88



**15. What was the main reason for leaving your country?**

- economic reasons/to look for work  1
- family reunification  2
- health reasons  3
- political, religious or racial persecution  4
- humanitarian (e.g. war, natural disaster)  5
- study  6
- other (specify \_\_\_\_\_)  7
- chose not to answer  88

**16A. After leaving your country and before arriving here, did you stay for MORE THAN ONE MONTH in another country?**

- yes  1
- no  2 → **go to Q17**
- chose not to answer  88 **go to Q17**

**16B.**

**17. How often do you visit your country of origin on average?**

- never  1
- less than once a year  2
- once a year  3
- more than once a year  4
- chose not to answer  88

**18. What are your plans for the future?**

- stay in this country  1
- return to country of origin  2
- go to another country (specify: \_\_\_\_\_)  3
- don't know  77
- chose not to answer  88

**19. Where are you currently living?**

- |   |                          |    |             |
|---|--------------------------|----|-------------|
| your own house or flat  | <input type="checkbox"/> | 1  |             |
| rented house or flat  | <input type="checkbox"/> | 2  |             |
| hotel/bed and breakfast (at your expense)   | <input type="checkbox"/> | 3  |             |
| temporary reception facility (e.g. dormitory,shelter)   | <input type="checkbox"/> | 4  |             |
| housing provided by the local authorities/<br>non-governmental organisation (NGO) /religious organisation | <input type="checkbox"/> | 5  |             |
| free accommodation provided by employer/ workplace  | <input type="checkbox"/> | 6  |             |
| empty or abandoned property   | <input type="checkbox"/> | 7  |             |
| homeless  | <input type="checkbox"/> | 8  | → go to Q24 |
| other   | <input type="checkbox"/> | 9  |             |
| chose not to answer   | <input type="checkbox"/> | 88 |             |

**20. Approximately how many people sleep in your room ?**

--	--	--

**21. With whom are you living?**  
*more than one option possible*

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| your spouse/partner                       | <input type="checkbox"/> | 1  |
| your children and/or other family members | <input type="checkbox"/> | 2  |
| friends                                   | <input type="checkbox"/> | 3  |
| other people from your home country       | <input type="checkbox"/> | 4  |
| other immigrants                          | <input type="checkbox"/> | 5  |
| other people from this country            | <input type="checkbox"/> | 6  |
| alone                                     | <input type="checkbox"/> | 7  |
| chose not to answer                       | <input type="checkbox"/> | 88 |

**22. What are the living conditions like in the place where you live?**  
*Please read all options*

- |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|
| very good              | <input type="checkbox"/> | 1  |
| satisfactory           | <input type="checkbox"/> | 2  |
| unsatisfactory         | <input type="checkbox"/> | 3  |
| totally unsatisfactory | <input type="checkbox"/> | 4  |
| chose not to answer    | <input type="checkbox"/> | 88 |

**23. Does the place where you are living provide the following facilities?**

	yes	no	don't know
01 WC/toilet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
02 washbasin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
03 shower	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
04 bathtub	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
05 heating	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77

chose not to answer 88

**24. What is the attitude of the local people in this country towards you in general?**

friendly and helpful	<input type="checkbox"/> 1
polite but distant	<input type="checkbox"/> 2
indifferent	<input type="checkbox"/> 3
intolerant	<input type="checkbox"/> 4
rejecting	<input type="checkbox"/> 5
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

**25. With whom do you usually spend your spare time? Imagine a typical situation at the week-end, for example.**

*More than one option possible*

alone	<input type="checkbox"/> 1
with family members	<input type="checkbox"/> 2
with other people from your country	<input type="checkbox"/> 3
with other foreigners	<input type="checkbox"/> 4
with friends from this country	<input type="checkbox"/> 5
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

**26. When you have a problem that you cannot solve by yourself, to whom do you turn for help and support?**

*more than one option possible*

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| your family or relatives living in this country | <input type="checkbox"/> | 1  |
| your spouse/partner                             | <input type="checkbox"/> | 2  |
| other people from your community                | <input type="checkbox"/> | 3  |
| friends from this country                       | <input type="checkbox"/> | 4  |
| social services                                 | <input type="checkbox"/> | 5  |
| religious community                             | <input type="checkbox"/> | 6  |
| a local NGO or association supporting migrants  | <input type="checkbox"/> | 7  |
| no one  | <input type="checkbox"/> | 8  |
| other (specify _____)                           | <input type="checkbox"/> | 9  |
| chose not to answer                             | <input type="checkbox"/> | 88 |

**27. Do you participate in any organisation run by and for your ethnic community?**

- |                     |                          |                      |
|---------------------|--------------------------|----------------------|
| yes                 | <input type="checkbox"/> | 1                    |
| no                  | <input type="checkbox"/> | 2 → <b>Go to Q29</b> |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 <b>Go to Q29</b>  |

**28. What sort of organisation is it?**

*More than one option possible*

- |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|
| cultural               | <input type="checkbox"/> | 1  |
| religious              | <input type="checkbox"/> | 2  |
| sport/leisure          | <input type="checkbox"/> | 3  |
| solidarity (self-help) | <input type="checkbox"/> | 4  |
| other (specify: _____) | <input type="checkbox"/> | 5  |
| chose not to answer    | <input type="checkbox"/> | 88 |

**29. Are you currently:**

*more than one option possible*

- |    |                     |                          |   |
|----|---------------------|--------------------------|---|
| 01 | casually employed   | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 02 | employed part-time  | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 03 | employed seasonally | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 04 | employed full-time  | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 05 | self-employed       | <input type="checkbox"/> | 5 |

- 06 Unemployed 6 →go to Q31
- 07 Student 7 →go to Q31
- 08 housewife 8 →go to Q31
- 09 retired 9 →go to Q31
- 10 other (specify) 10

chose not to answer 88 go to Q31

**30. In which sector are you currently working?**

*More than one option possible*

**SECTOR OF ACTIVITY**

- restaurant, hotel, café 1
- factory/industry 2
- agriculture 3
- construction 4
- cleaning firm 5
- commerce 6
- handcraft 7

**SECTOR OF ACTIVITY**

- transport 8
- public sector (office, school) 9
- sex work 10
- domestic help 11
- personal care/assistance 12
- street vendor 13
- night club (including bar dancer) 14
- other (specify): 15

chose not to answer 88

**31. What was your estimated household income last month?**

- |                |                            |                     |                             |
|----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| less than €100 | <input type="checkbox"/> 1 | €2000 to 2500       | <input type="checkbox"/> 8  |
| €100 to 250    | <input type="checkbox"/> 2 | €2500 to 3000       | <input type="checkbox"/> 9  |
| €251 to 500    | <input type="checkbox"/> 3 | €3000 to 3500       | <input type="checkbox"/> 10 |
| €501 to 750    | <input type="checkbox"/> 4 | €3500 to 4000       | <input type="checkbox"/> 11 |
| €751 to 1000   | <input type="checkbox"/> 5 | over €4000          | <input type="checkbox"/> 12 |
| €1001 to 1500  | <input type="checkbox"/> 6 | don't know          | <input type="checkbox"/> 77 |
| €1500 to 2000  | <input type="checkbox"/> 7 | chose not to answer | <input type="checkbox"/> 88 |

**32. How many people does this income support?**

**32A In this country**

No.

**32A In another country**

No.

don't know  77

chose not to answer  88

**33. What kind of residence permit do you have?**

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| short-term residence permit (visitor, tourist etc.) | <input type="checkbox"/> | 1  |
| temporary residence permit (e.g. humanitarian)      | <input type="checkbox"/> | 2  |
| long-term residence permit                          | <input type="checkbox"/> | 3  |
| applying for/renewing residence permit              | <input type="checkbox"/> | 4  |
| expired residence permit                            | <input type="checkbox"/> | 5  |
| no residence permit (never had one)                 | <input type="checkbox"/> | 6  |
| don't need a resident permit                        | <input type="checkbox"/> | 7  |
| don't know  | <input type="checkbox"/> | 77 |
| chose not to answer                                 | <input type="checkbox"/> | 88 |

**34. Have you ever been severely/repeatedly abused or maltreated (physically, mentally or verbally) in this country?**

*More than one option possible*

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| no   | <input type="checkbox"/> | 1  |
| yes, by police                                 | <input type="checkbox"/> | 2  |
| yes, by government officials                   | <input type="checkbox"/> | 3  |
| yes, by staff of health and/or social services | <input type="checkbox"/> | 4  |
| yes, by local people                           | <input type="checkbox"/> | 5  |
| yes, by employer                               | <input type="checkbox"/> | 6  |
| yes, by other people from your country/region  | <input type="checkbox"/> | 7  |
| yes, by other immigrants                       | <input type="checkbox"/> | 8  |
| chose not to answer                            | <input type="checkbox"/> | 88 |

II. Health status and behaviour, experience of health services

**35. Do you know if non-EU foreigners have free access to public medical assistance in the event of illness in this country?**

*Please read all options*

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| yes, they do have access regardless of their legal status                            | <input type="checkbox"/> | 1  |
| Yes, but only for emergencies and some pathologies, regardless of their legal status | <input type="checkbox"/> | 2  |
| yes, but only if they have a residence permit  | <input type="checkbox"/> | 3  |
| yes, but only if they have health insurance/a health card                            | <input type="checkbox"/> | 4  |
| no, they have to pay for it  | <input type="checkbox"/> | 5  |
| don't know   | <input type="checkbox"/> | 77 |
| chose not to answer  | <input type="checkbox"/> | 88 |

- 36. In this country do you have any kind of health coverage:**
- health insurance  1
  - health card  2 →Go to Q38
  - no coverage, but costs covered by social services/NGO or others  3 →Go to Q40
  - you would have to pay the costs yourself  4 →Go to Q40
  - choose not to answer  88

- 37. How is your health insurance organised?**
- through your work contract  1
  - through the local health authority  2
  - you are self insured  3
  - through unemployment social welfare support  4
  - through your spouse/partner  5
  - through your parents  6
  - through a special agreement signed between the authorities and local NGOs  7
  - don't know  77
  - chose not to answer  88

- 38. Did you experience difficulties in obtaining your health insurance/health card?**
- yes  1
  - no  2 →go to Q40
  - chose not to answer  88 →go to Q40

- 39. What kind of difficulties did you experience?  
*more than one option possible***
- bureaucratic difficulties  1
  - lack of information  2
  - language/communication problems  3
  - other (specify: \_\_\_\_\_)  4
  - chose not to answer  88

**40. For your age, would you describe your current state of health as:**

*Please read all options*

- Excellent  1
- very good  2
- good  3
- fair  4
- poor  5
- very poor  6
- chose not to answer  88

**41. How was your health before your arrival in this country?**

*Please read all options*

- much worse  1
- a bit worse  2
- the same  3
- a bit better  4
- much better  5
- don't know  77
- chose not to answer  88

**42. When you have a problem with your health in this country, what do you usually do?**

*more than one option possible*

contact a doctor or other health service for help <input type="checkbox"/> 1	go to the hospital/emergency services <input type="checkbox"/> 9
contact an NGO <input type="checkbox"/> 2	go to a herbalist/alternative practitioner <input type="checkbox"/> 10
contact a traditional healer <input type="checkbox"/> 3	contact a doctor in your own country <input type="checkbox"/> 11
ask for help from people in your community <input type="checkbox"/> 4	try to solve the problem by yourself <input type="checkbox"/> 12
ask for help from your family <input type="checkbox"/> 5	other (specify) <input type="checkbox"/> 13
ask for help from your friends from this country <input type="checkbox"/> 6	don't know <input type="checkbox"/> 77
ask for help from your spouse/partner <input type="checkbox"/> 7	chose not to answer <input type="checkbox"/> 88
ask the chemist <input type="checkbox"/> 8	



**43. Do you know where to find the following health services in the place where you live?**  
*Please read all options*

<b>Service</b>	yes	no
01 public health care service/ doctor/general practitioner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 private doctor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 family planning clinic and counselling service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 gynaecologist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 antenatal services	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06 paediatrician	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07 clinic specialising in sexually transmitted diseases/skin diseases	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08 mental health service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09 accident and emergency service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10 hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11 NGO health care centre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12 other (specify)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

If all answers are “no”, go to Q49

chose not to answer

88      go to  
Q46

**44. How did you learn about these services?**  
*More than one option possible*

**From:**

- family/partner 1
- friends 2
- teachers 3
- employer 4
- mass media 5
- written information (leaflets, posters etc.) 6
- police 7
- health services 8
- social services 9

- other immigrants 10
- NGOs, charitable organisations 11
- religious representatives 12
- other 13
- don't remember 77
- chose not to answer 88

**45. Which of the services that you know have you or your family used?**  
*Please read all options*

<b>Service</b>	yes	no
01 public health care service/ doctor/general practitioner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 private doctor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03 family planning clinic and counselling service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04 gynaecologist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05 antenatal services	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06 paediatrician	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07 clinic specialising in sexually transmitted diseases/skin diseases	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08 mental health service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09 accident and emergency service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10 hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11 NGO health care centre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12 other (specify)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

chose not to answer

88

**if all answers are "no" go to Q49**

**46. In the past 12 months, how many times have you used the health services?**

- |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|
| never                  | <input type="checkbox"/> | 1  |
| once                   | <input type="checkbox"/> | 2  |
| twice                  | <input type="checkbox"/> | 3  |
| once every 2-3 months  | <input type="checkbox"/> | 4  |
| once a month           | <input type="checkbox"/> | 5  |
| more than once a month | <input type="checkbox"/> | 6  |
| don't remember         | <input type="checkbox"/> | 77 |
| chose not to answer    | <input type="checkbox"/> | 88 |

**47. How satisfied are you with your experience of the health services?**

*Please read all options*

- |                      |                          |    |            |
|----------------------|--------------------------|----|------------|
| completely satisfied | <input type="checkbox"/> | 1  | →go to Q49 |
| fairly satisfied     | <input type="checkbox"/> | 2  |            |
| not very satisfied   | <input type="checkbox"/> | 3  |            |
| not at all satisfied | <input type="checkbox"/> | 4  |            |
| don't know           | <input type="checkbox"/> | 77 |            |
| chose not to answer  | <input type="checkbox"/> | 88 | →go to Q49 |

**48. What kind of difficulties have you experienced?**

*More than one option possible*

- |  |                          |   |                     |                          |    |
|--|--------------------------|---|---------------------|--------------------------|----|
| inconvenient place/difficult to reach                      | <input type="checkbox"/> | 1 | long queues         | <input type="checkbox"/> | 8  |
| inconvenient opening hours                                 | <input type="checkbox"/> | 2 | costs               | <input type="checkbox"/> | 9  |
| communication problems (understanding)                     | <input type="checkbox"/> | 3 | long waiting lists  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| unfriendly attitude of staff                               | <input type="checkbox"/> | 4 | denial of service   | <input type="checkbox"/> | 11 |
| discrimination   | <input type="checkbox"/> | 5 | other (specify)     | <input type="checkbox"/> | 12 |
| bureaucratic problems (including lack of health insurance) | <input type="checkbox"/> | 6 | don't know          | <input type="checkbox"/> | 77 |
| Unsatisfactory treatment of illness                        | <input type="checkbox"/> | 7 | chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |

**49. Have you (or your wife/female partner) ever had an abortion since arriving in this country?**

- |                     |                          |    |           |
|---------------------|--------------------------|----|-----------|
| yes                 | <input type="checkbox"/> | 1  |           |
| no                  | <input type="checkbox"/> | 2  | go to Q51 |
| not applicable      | <input type="checkbox"/> | 66 | go to Q51 |
| don't know          | <input type="checkbox"/> | 77 | go to Q51 |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 | go to Q51 |

50. **Where did you (or your wife/female partner) go for the abortion?**
- public hospital/ family planning clinic  1
  - private clinic/doctor  2
  - traditional healer  3
  - other  4
  - don't know  77
  - chose not to answer  88

51. **When you need medicine, where do you usually get it?**  
*More than one option possible*
- doctor  1
  - chemist  2
  - herbalist/alternative practitioner  3
  - supermarket  4
  - hospital/emergency services  5
  - traditional/community healer  6
  - your spouse/family members  7
  - your community  8
  - friends  9
  - NGO  10
  - other (specify \_\_\_\_\_)  11
  - you have never needed medicine  12
  - don't know  77
  - chose not to answer  88

### III. Social Services

**Now I am going to ask you a few questions about your use of the social services. By “social services” I mean services (including both public services provided by the local authorities and services provided by the voluntary or non-governmental (NGO) sector providing practical and financial assistance to people who are in need of special help.**

52. **Do you know where to find the following social services in your area ?**  
*Please read all options*

<b>Service</b>	yes	no
01 local authority social welfare office	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02 NGO social services (information, housing, counselling, welfare aid etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

- |    |  |                            |                            |
|----|--|----------------------------|----------------------------|
| 03 | emergency aid services (reception centre, shelter)                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04 | basic needs services (meals, clothes, public showers, dormitories) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05 | education/training (vocational preparation, job placement )        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06 | other (specify:_____)  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |



If all answers are “no”, go to Q 57

chose not to answer

88 go to  
Q57

**53. How did you learn about these social services?**

*More than one option possible*

- |  |                             |
|--|-----------------------------|
| family/partner                               | <input type="checkbox"/> 1  |
| friends                                      | <input type="checkbox"/> 2  |
| teachers                                     | <input type="checkbox"/> 3  |
| employer                                     | <input type="checkbox"/> 4  |
| mass media                                   | <input type="checkbox"/> 5  |
| written information (leaflets, posters etc.) | <input type="checkbox"/> 6  |
| police                                       | <input type="checkbox"/> 7  |
| health services                              | <input type="checkbox"/> 8  |
| social services                              | <input type="checkbox"/> 9  |
| other immigrants                             | <input type="checkbox"/> 10 |
| NGOs, charitable organisations               | <input type="checkbox"/> 11 |
| religious representatives                    | <input type="checkbox"/> 12 |
| other (specify:_____)                        | <input type="checkbox"/> 13 |
| chose not to answer                          | <input type="checkbox"/> 88 |

**54. Which of the services that you know have you or your family used?**

*Please read all options*

- |    | <b>Service</b>  | yes                        | no                         |
|----|---|----------------------------|----------------------------|
| 01 | local authority social welfare office                                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02 | NGO social services (information, housing, counselling, welfare aid etc.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03 | emergency aid services (reception centre, shelter)                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04 | basic needs services (meals, clothes, public showers, dormitories)        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05 | education/training (vocational preparation, job placement )               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06 | other (specify)   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

↓

**If all answers are “no”, go to Q 57**

chose not to answer

**55. Are you satisfied with your experience of the social services?**

*Please read all options*

- |                      |                          |              |
|----------------------|--------------------------|--------------|
| completely satisfied | <input type="checkbox"/> | 1→go to Q57  |
| fairly satisfied     | <input type="checkbox"/> | 2            |
| not very satisfied   | <input type="checkbox"/> | 3            |
| not at all satisfied | <input type="checkbox"/> | 4            |
| don't know           | <input type="checkbox"/> | 77           |
| chose not to answer  | <input type="checkbox"/> | 88→go to Q57 |

**56. What kind of difficulties have you experienced?**

*More than one option possible*

- |  |                          |                     |                          |  |
|--|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| Inconvenient place/difficult to reach                      | <input type="checkbox"/> | costs               | <input type="checkbox"/> |  |
| Inconvenient opening hours                                 | <input type="checkbox"/> | long waiting lists  | <input type="checkbox"/> |  |
| communication problems (understanding)                     | <input type="checkbox"/> | denial of service   | <input type="checkbox"/> |  |
| unfriendly attitude of staff                               | <input type="checkbox"/> | other (specify)     | <input type="checkbox"/> |  |
| discrimination   | <input type="checkbox"/> | don't know          | <input type="checkbox"/> |  |
| bureaucratic problems (including lack of health insurance) | <input type="checkbox"/> | chose not to answer | <input type="checkbox"/> |  |
| Long queues  | <input type="checkbox"/> |                     | <input type="checkbox"/> |  |

**IV. Perceived Self-Efficacy**

The following ten questions present different ways people assess their own ability and resources to cope with life. When you hear each of them think how far is it true for yourself and answer from 1 (not at all true) to 4 (exactly true)

I. **I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough.**

- |                 |                          |   |
|-----------------|--------------------------|---|
| not at all true | <input type="checkbox"/> | 1 |
| hardly true     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| moderately true | <input type="checkbox"/> | 3 |
| exactly true    | <input type="checkbox"/> | 4 |

II. **If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want.**

- |                 |                          |   |
|-----------------|--------------------------|---|
| not at all true | <input type="checkbox"/> | 1 |
| hardly true     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| moderately true | <input type="checkbox"/> | 3 |

exactly true  4

III. **It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

IV. **I am confident that I could deal efficiently with unexpected events.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

V. **Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

VI. **I can solve most problems if I invest the necessary effort.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

VII. **I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

VIII. **When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions.**

not at all true  1

hardly true  2

moderately true  3

exactly true  4

IX. **If I am in trouble, I can usually think of a solution.**

- not at all true  1
- hardly true  2
- moderately true  3
- exactly true  4

X. **I can usually handle whatever comes my way.**

- not at all true  1
- hardly true  2
- moderately true  3
- exactly true  4

V. HIV/AIDS and Sexual Practices

**Now there is a section of specific questions about HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. There are also some questions related to various sexual practices, drug-taking and alcohol. First, I will ask you some questions about things you may know about HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases.**

57. **Do you know what HIV/AIDS is?**

- yes, quite sure  1
- yes, fairly sure  2
- not so sure  3
- no  4 →go to Q82
- chose not to answer  88

58. **How can HIV/AIDS be transmitted, in your opinion?**

- |  | true                       | false                      | don't know                  |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a) by sharing and re-using needles for taking drugs                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| b) by touching, hugging or shaking hands with someone who has HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| c) by breathing the same air as someone with HIV/AIDS                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| d) by using public toilets   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| e) by drinking from same cup /glass used by someone who has HIV/AIDS   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| f) by kissing/coming into contact with saliva                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| g) through unprotected homosexual intercourse                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| h) from a mother with HIV/AIDS to her baby during pregnancy            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |



i) through a blood transfusion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
j) from unsterilised surgical instruments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
k) from blood contact	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
l) by sharing personal hygiene items (e.g. toothbrush)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
m) through unprotected heterosexual intercourse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88		

**59. How can one protect oneself from HIV/AIDS, in your opinion?**

	true	false	don't know
a) by getting vaccinated against HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
b) by using condoms during intercourse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
c) by taking birth control pills (for women)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
d) by having sexual relations with only one stable partner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
e) by having no sexual relations	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
f) there is no way of protecting oneself	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88		

**60. Have you ever received information about HIV/AIDS?**

yes	<input type="checkbox"/>	1	
no	<input type="checkbox"/>	2	→go to Q63
don't remember/don't know	<input type="checkbox"/>	77	→go to Q63
chose not to answer	<input type="checkbox"/>	88	→go to Q63

**61. From whom did you receive this information?**

*More than one option possible*

	in your country of origin	in this country	in another country
01 public health services (GP, family planning, hospital etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 social services	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 teachers/educators	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 ethnic group/migrant community organization	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

05 other NGO services (e.g. Caritas, Red Cross)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06 mass media	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
07 a partner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
08 friends and relatives	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
09 colleagues, employers	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10 trade union	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
don't remember/don't know	<input type="checkbox"/> 77		
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88		

**62. Have you ever received information on HIV/AIDS in your own language in this country?**

yes	<input type="checkbox"/> 1
no	<input type="checkbox"/> 2
don't remember/don't know	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

**63. Do you think you need more information about HIV/AIDS in order to protect yourself effectively?**

yes	<input type="checkbox"/> 1
no	<input type="checkbox"/> 2
don't know	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

**64. What would be the best way for you to receive information about HIV/AIDS?**

*More than one option possible*

national or local radio	<input type="checkbox"/> 1
national or local TV	<input type="checkbox"/> 2
national magazines or newspapers	<input type="checkbox"/> 3
TV channels for immigrants	<input type="checkbox"/> 4
radio stations for immigrants	<input type="checkbox"/> 5
publications produced by immigrant associations	<input type="checkbox"/> 6
posters	<input type="checkbox"/> 7
health professionals	<input type="checkbox"/> 8
social professionals	<input type="checkbox"/> 9
your religious leader	<input type="checkbox"/> 10
Informed people from your own community	<input type="checkbox"/> 11
an immigrant association	<input type="checkbox"/> 12
school	<input type="checkbox"/> 13

Internet	<input type="checkbox"/>	14
other (specify _____)	<input type="checkbox"/>	15
don't know	<input type="checkbox"/>	77
chose not to answer	<input type="checkbox"/>	88

**65. Do you know anyone who is HIV positive or has AIDS?**

yes	<input type="checkbox"/>	1
no	<input type="checkbox"/>	2
don't know	<input type="checkbox"/>	77
chose not to answer	<input type="checkbox"/>	88

**66. Are you worried that you could get HIV/AIDS?**

very	<input type="checkbox"/>	1
rather	<input type="checkbox"/>	2
a little	<input type="checkbox"/>	3
not at all	<input type="checkbox"/>	4
don't think about it	<input type="checkbox"/>	5
chose not to answer	<input type="checkbox"/>	88

**67. Have you ever talked about HIV/AIDS with any of the following?**

*More than one option possible*

01 your spouse/partner	<input type="checkbox"/>	1
02 health professionals	<input type="checkbox"/>	2
03 social workers	<input type="checkbox"/>	3
04 cultural mediators	<input type="checkbox"/>	4
05 teachers	<input type="checkbox"/>	5
06 friends	<input type="checkbox"/>	6
07 religious or community representative	<input type="checkbox"/>	7
08 family	<input type="checkbox"/>	8
09 your children	<input type="checkbox"/>	9
10 no one	<input type="checkbox"/>	10
11 others (specify: _____)	<input type="checkbox"/>	11
12. chose not to answer	<input type="checkbox"/>	88

**68. As you may know, there is a blood test that tells whether or not one has the HIV/AIDS virus. Do you know if non-EU foreigners have access to a free and confidential test for HIV/AIDS in this country?**

- yes, they have access regardless of their legal status  1
- yes, but only if they have a residence permit  2
- yes, but only if they have a health insurance policy/health card  3
- no, they do not have free access  4
- don't know  77
- chose not to answer  88

**69. Do you know where it is possible to have the HIV test in your area?**

	yes	no	don't know
01 doctor/general practitioner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02 NGO health care facility	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03 specialised clinic for HIV/sexually transmitted diseases	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04 family planning clinic / gynaecological service	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05 hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06 private testing laboratory	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
07 others (specify: _____)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88		

**70. Do you think a person who has had an HIV test can be sure that the services will not tell anyone else the result?**

- yes  1
- no  2
- don't know  77
- chose not to answer  88

**71. Do you know if HIV/AIDS can be treated?**

- yes, it can be cured definitively  1
- yes, there is a treatment but not a cure  2
- no, there is no treatment possible  3 →go to Q74

- don't know  77 →go to Q74  
 chose not to answer  88

**72. In your opinion, do non-E.U. foreigners have access to free treatment for HIV/AIDS in this country?**

- yes, they have access regardless of their legal status  1  
 yes, but only if they have a residence permit  2  
 yes, but only if they have a health insurance policy/health card  3  
 no, they have to pay for it  4  
 don't know  77  
 chose not to answer  88

**73. Do you know where it is possible to be treated for HIV/AIDS in your area?**

- |  | yes                         | no                         | don't know                  |
|--|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 01 doctor/general practitioner                                   | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| 02 NGO health care facility                                      | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| 03 specialised clinic for HIV/AIDS/sexually transmitted diseases | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| 04 family planning/ gynaecological service                       | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| 05 hospital  | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| 06 others (specify: _____)                                       | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 77 |
| chose not to answer  | <input type="checkbox"/> 88 |                            |                             |

**74. Have you ever been tested for HIV/AIDS?**

- no, never  1 →go to Q80  
 yes, more than one year ago  2  
 yes, in the last year  3  
 don't know  77 →go to Q80  
 chose not to answer  88 →go to Q80

**The next five questions are related to your MOST RECENT HIV/AIDS test.**

**75. Where were you tested the last time?**

- in this country  1

- |                     |                          |    |            |
|---------------------|--------------------------|----|------------|
| in your own country | <input type="checkbox"/> | 2  | →go to Q80 |
| in another country  | <input type="checkbox"/> | 3  | →go to Q80 |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 | →go to Q80 |

**76. Where did you go for the test in this country?**

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| doctor/general practitioner                                   | <input type="checkbox"/> | 1  |
| NGO health care facility                                      | <input type="checkbox"/> | 2  |
| specialised clinic for HIV/AIDS/sexually transmitted diseases | <input type="checkbox"/> | 3  |
| family planning clinic/ gynaecological service                | <input type="checkbox"/> | 4  |
| hospital  | <input type="checkbox"/> | 5  |
| don't remember  | <input type="checkbox"/> | 77 |
| chose not to answer   | <input type="checkbox"/> | 88 |

**77. What was the reason for being tested?**

**77A It was REQUIRED for:**

- |   | yes                      | no                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01 pregnancy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 hospitalisation/delivery or a surgical procedure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 immigration purposes                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 insurance purposes                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 military service                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 blood donation                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 employment                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 international travel                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 other (specify: _____)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| don't know/don't remember                           | <input type="checkbox"/> | 77                       |
| chose not to answer                                 | <input type="checkbox"/> | 88                       |

**77B It was a PERSONAL DECISION, because....**

- |  | yes                      | no                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01 you used IV drugs                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 you had a blood transfusion             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 of your sexual activities               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 you just wanted to know your HIV status | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 you were pregnant                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 other (specify: _____)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chose not to answer                        | <input type="checkbox"/> | 88                       |

78. Did you receive counselling in this country?

	yes	no	don't know	chose not to answer
78A. when you were tested	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 77
78B. when you got your results	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 77



If all answers are "no". go to Q80.

79. Were you satisfied with the counselling that you received in your most recent test ?

yes	<input type="checkbox"/> 1
no	<input type="checkbox"/> 2
don't know	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

80. If you were diagnosed HIV-positive, what would you do?

*More than one option possible*

nothing	<input type="checkbox"/> 1
take prescribed drugs	<input type="checkbox"/> 2
go to a traditional healer	<input type="checkbox"/> 3
stop having sex	<input type="checkbox"/> 4
start using condoms	<input type="checkbox"/> 5
wait until the symptoms appear	<input type="checkbox"/> 6
Other (specify: _____)	<input type="checkbox"/> 7
don't know	<input type="checkbox"/> 77
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

81. If you were diagnosed HIV-positive, with whom would you talk about it?

*More than one option possible*

no one	<input type="checkbox"/> 1
spouse/partner	<input type="checkbox"/> 2
friend(s)	<input type="checkbox"/> 3
family	<input type="checkbox"/> 4
doctor/general practitioner	<input type="checkbox"/> 5
representatives of your religious community	<input type="checkbox"/> 6
social worker	<input type="checkbox"/> 7
traditional healer	<input type="checkbox"/> 8

- voluntary organisation/NGO  9
- other (specify: \_\_\_\_\_)  10
- don't know  77
- chose not to answer  88

**82. Have you heard any of the following sexually transmitted diseases?**

*More than one option possible*

- syphilis  1
- gonorrhoea  2
- genital warts  3
- herpes genitalis  4
- hepatitis B/C  5
- papilloma virus  6
- chlamidia  7
- other \_\_\_\_\_  8
- none  9 →go to Q86

**83. Have you ever had a test for STDs in this country?**

- Yes  1
- No  2
- don't know  77
- chose not to answer  88

**84. In the last two years, have you ever had any type of sexually transmitted diseases, such as:**

*More than one option possible*

- syphilis  1
- gonorrhoea  2
- genital warts  3
- herpes genitalis  4
- hepatitis b/ c  5
- papilloma virus  6
- chlamidia  7
- other \_\_\_\_\_  8
- none  9 →go to Q86
- chose not to answer  88 →go to Q86



**85. Where did you go for the treatment?**

specialised clinic for sexually transmitted diseases	<input type="checkbox"/> 1	treated yourself	<input type="checkbox"/> 9
doctor/general practitioner	<input type="checkbox"/> 2	traditional healer	<input type="checkbox"/> 10
family planning clinic and counselling service	<input type="checkbox"/> 3	family/community	<input type="checkbox"/> 11
gynaecological service	<input type="checkbox"/> 4	nowhere (you did not seek treatment)	<input type="checkbox"/> 12
emergency service	<input type="checkbox"/> 5	other (specify)	<input type="checkbox"/> 13
hospital	<input type="checkbox"/> 6		
NGO	<input type="checkbox"/> 7	don't know	<input type="checkbox"/> 77
chemist	<input type="checkbox"/> 8	chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88

**86. Have you ever had a TB (Tuberculosis) test done in this country?**

- yes  1
- no  2
- haven't heard of test  3
- chose not to answer  88

The following questions are related to drugs and alcohol consumption, which might be relevant to HIV/AIDS.

**87. In the past 12 months, how many times have you used the following drugs ?**

regularly      occasionally      never

01 cocaine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<b>If all the answers to these options are 'never' go to Q90</b>
02 heroin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
03 speed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
04 steroids	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
05 amphetamines	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
06 ecstasy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
07 marijuana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
08 other (specify: _____)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
don't know	<input type="checkbox"/> 77			<b>go to Q90</b>
chose not to answer	<input type="checkbox"/> 88			<b>go to Q90</b>

88. **In the last 12 months have you INJECTED yourself with drugs (such as heroin, speed, cocaine or steroids)?**
- |                     |                          |    |            |
|---------------------|--------------------------|----|------------|
| yes                 | <input type="checkbox"/> | 1  |            |
| no                  | <input type="checkbox"/> | 2  | →go to Q90 |
| don't know          | <input type="checkbox"/> | 77 | →go to Q90 |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 | →go to Q90 |
- 
89. **In the last 12 months, have you ever (even if just on one occasion) injected drugs with the injecting outfit (including syringe, cotton wool, cooker and/or rinsing water) previously used by someone else, without first cleaning it with bleach?**
- |                     |                          |    |  |
|---------------------|--------------------------|----|--|
| yes                 | <input type="checkbox"/> | 1  |  |
| no                  | <input type="checkbox"/> | 2  |  |
| maybe               | <input type="checkbox"/> | 3  |  |
| don't know          | <input type="checkbox"/> | 77 |  |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |  |
- 
90. **On average, how often do you drink alcohol?**
- |                       |                          |    |           |
|-----------------------|--------------------------|----|-----------|
| every day             | <input type="checkbox"/> | 1  |           |
| several days a week   | <input type="checkbox"/> | 2  |           |
| at least once a week  | <input type="checkbox"/> | 3  |           |
| less than once a week | <input type="checkbox"/> | 4  |           |
| never                 | <input type="checkbox"/> | 5  | go to Q91 |
| don't know            | <input type="checkbox"/> | 77 | go to Q91 |
| chose not to answer   | <input type="checkbox"/> | 88 | go to Q91 |
- 
91. **How many drinks do you usually have on the days when you have any? (drink= one beer; one glass of wine, one tot of spirits)**
- |                     |                          |    |  |
|---------------------|--------------------------|----|--|
| 1 or 2              | <input type="checkbox"/> | 1  |  |
| 3 or 4              | <input type="checkbox"/> | 2  |  |
| more than 4         | <input type="checkbox"/> | 3  |  |
| don't know          | <input type="checkbox"/> | 77 |  |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |  |

**The next questions are related to your personal life and sexual practices. As I ask these questions, please remember that people practice many different kinds of sexual activities, and some people do things that others do not. The purpose of these questions is not to be indiscreet and investigate your personal sexual experiences, but to deepen our understanding about the risks for HIV related to some practices. First, I want to ask you some questions about your past experiences.**

IF THE INTERVIEWEE IS A SEX WORKER PROCEED WITH QUESTION 92.  
IF NOT GO TO Q99.

**ONLY FOR SEX WORKERS**

**92. In the last 12 months, have you ever had sex in exchange for money?**

- |                      |                          |    |            |
|----------------------|--------------------------|----|------------|
| yes                  | <input type="checkbox"/> | 1  |            |
| no                   | <input type="checkbox"/> | 2  | →go to Q99 |
| choose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |            |

**93. With how many people in average do you have sex in exchange for money every week? (try to make a good estimate)**

No. \_\_\_\_\_

In the last 12 months

**94A. Have you carried out any of these practices with this type of partner?**

**94B. How often have condoms been used in each one of these practices?**

		yes	no					
				always	mostly	half of the time	occasionally	never
01	vaginal inter-course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	oral sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	anal sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If all the answers corresponding to each practice done are "always", go to Q96.

If all the answers are "never" proceed with Q95 and then skip to Q99.

**95. If condoms are NOT used in these practices, why not?**

*More than one option possible*

- client does not want to use them  1
- client pays more  2
- not allowed to use them in your work  3
- do not have any  4
- you don't care whether you use them or not  5
- not used to using them  6
- other (specify: \_\_\_\_\_)  7
- don't know  8
- choose not to answer  88

**96. When condoms are used in these practices, what is the main reason for using them? ONLY one**

*option . the most relevant*

- prevent infection  1
- prevent pregnancy  2
- client's request  3
- other (specify: \_\_\_\_\_)  4
- choose not to answer  88

**97. Who usually proposes to use condoms?**

- usually you  1
- usually the client  2
- sometimes you, sometimes the client  3
- choose not to answer  88

**98. If the client does not want to use condoms what do you usually do?**

- have sex without condoms anyway  1
- have sex without condoms only if i know him well  2
- have sex without condoms only if he looks OK/reliable  3
- have low risk sex (without penetration)  4
- do not have sex  5
- other (specify) ( \_\_\_\_\_ )  6
- choose not to answer  88

The following questions **ONLY** refer to sexual relations with not commercial partners, that is, with your regular partner or with occasional partners.

**FOR ALL RESPONDENTS**

**99. During the last year, with how many people have you had sexual intercourse?**

- |                            |                          |    |             |
|----------------------------|--------------------------|----|-------------|
| no one                     | <input type="checkbox"/> | 1  | →go to Q103 |
| just one person            | <input type="checkbox"/> | 2  |             |
| a few people (2-3)         | <input type="checkbox"/> | 3  |             |
| several people (4-10)      | <input type="checkbox"/> | 4  |             |
| many people (more than 10) | <input type="checkbox"/> | 5  |             |
| don't know                 | <input type="checkbox"/> | 77 |             |
| chose not to answer        | <input type="checkbox"/> | 88 |             |

**100. During the last year, with whom did you have sexual relationships?**

- |                     |                          |    |  |
|---------------------|--------------------------|----|--|
| women only          | <input type="checkbox"/> | 1  |  |
| men only            | <input type="checkbox"/> | 2  |  |
| both men and women  | <input type="checkbox"/> | 3  |  |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |  |

**101. Have you had a stable sexual relationship for the last 12 months?**

- |                     |                          |    |  |
|---------------------|--------------------------|----|--|
| yes                 | <input type="checkbox"/> | 1  |  |
| no                  | <input type="checkbox"/> | 2  |  |
| chose not to answer | <input type="checkbox"/> | 88 |  |

**102. Do you know if in the last 12 months your partner/partners has/have, or has/have had, any of the following?**

*more than one option possible*

- |                                     |                          |   |  |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--|
| sexual relations with other persons | <input type="checkbox"/> | 1 |  |
| homosexual contacts                 | <input type="checkbox"/> | 2 |  |
| bisexual contacts                   | <input type="checkbox"/> | 3 |  |
| alcohol problem                     | <input type="checkbox"/> | 4 |  |
| taken intravenous drugs             | <input type="checkbox"/> | 5 |  |

- test for sexually transmitted disease 6
- sexually transmitted disease(s) 7
- HIV test 8
- HIV positive result 9
- worked in prostitution 10
- chose not to answer 88

**103. Do you use condoms during sexual intercourse?**

- |   | <b>103A.<br/>steady sexual<br/>partner</b> | <b>103B. casual<br/>sexual part-<br/>ners</b> |                    |
|---|--|---|--------------------|
| always                                    | <input type="checkbox"/> 1                 | <input type="checkbox"/> 1                    |                    |
| most of the time                          | <input type="checkbox"/> 2                 | <input type="checkbox"/> 2                    |                    |
| sometimes                                 | <input type="checkbox"/> 3                 | <input type="checkbox"/> 3                    |                    |
| rarely                                    | <input type="checkbox"/> 4                 | <input type="checkbox"/> 4                    |                    |
| only at the beginning of the relationship | <input type="checkbox"/> 5                 | <input type="checkbox"/> 5                    |                    |
| never                                     | <input type="checkbox"/> 6                 | <input type="checkbox"/> 6→go to Q106         |                    |
| chose not to answer                       | <input type="checkbox"/> 88                |   | <b>go to Q 107</b> |

**104. When you use condoms, who makes the decision to use them?**

- |                      |                             |                       |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| usually you          | <input type="checkbox"/> 1  |                       |
| usually your partner | <input type="checkbox"/> 2  | <b>go to<br/>Q106</b> |
| both of you together | <input type="checkbox"/> 3  | <b>go to<br/>Q106</b> |
| chose not to answer  | <input type="checkbox"/> 88 |                       |

**105. How do you act when your partner does not want to use condoms?**

- |                                     | yes                         | no                         |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 1 will not have sex                 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2 will have full sex anyway         | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3 will have sex without penetration | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 |
| chose not to answer                 | <input type="checkbox"/> 88 |                            |

**106. If you never use condoms, or only use them irregularly, what are the reasons for this?**

*More than one option possible*

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| you are afraid your partner might leave you  | <input type="checkbox"/> | 1  |
| your partner doesn't like them               | <input type="checkbox"/> | 2  |
| you are not used to using one                | <input type="checkbox"/> | 3  |
| you are not at risk of HIV infection         | <input type="checkbox"/> | 4  |
| you want to forget about the risks           | <input type="checkbox"/> | 5  |
| decreases the sexual pleasure                | <input type="checkbox"/> | 6  |
| condoms are not reliable                     | <input type="checkbox"/> | 7  |
| condoms are expensive                        | <input type="checkbox"/> | 8  |
| condoms hurt you and make you feel dry/itchy | <input type="checkbox"/> | 9  |
| you want to have a child                     | <input type="checkbox"/> | 10 |
| you are using other contraceptive methods    | <input type="checkbox"/> | 11 |
| other (specify)                              | <input type="checkbox"/> | 12 |
| don't know                                   | <input type="checkbox"/> | 77 |
| chose not to answer                          | <input type="checkbox"/> | 88 |

**107. Which method of contraception do you use?**

*More than one option possible*

- |                                      |                          |    |
|--------------------------------------|--------------------------|----|
| the contraceptive pill               | <input type="checkbox"/> | 1  |
| IUD                                  | <input type="checkbox"/> | 2  |
| hormonal injection                   | <input type="checkbox"/> | 3  |
| condoms                              | <input type="checkbox"/> | 4  |
| interrupted sex                      | <input type="checkbox"/> | 5  |
| "safe" days (temperature, day-count) | <input type="checkbox"/> | 6  |
| other                                | <input type="checkbox"/> | 7  |
| none                                 | <input type="checkbox"/> | 8  |
| chose not to answer                  | <input type="checkbox"/> | 88 |

**Thank you for your answers. They will be very helpful for us! I have just one final question which I would like to ask you before you go:**

**108. Do you still agree to let us use the information contained in your answers to this questionnaire for the purposes of this research project? As I explained at the beginning of the interview, the information is anonymous and it will not be possible to identify you?**

yes (**thank you** give the respondent the envelope with the money)  1

no (check the reason and explain once again in detail the way in which we are going to use it. If the respondent still refuses, give him/her the envelope with the money anyway)  2

ENDING TIME (hh:mm)\_\_\_\_:\_\_\_\_

INTERVIEWER'S SIGNATURE\_\_\_\_\_