



Der HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt Bremen

Die Nutzer/innen antworten !





Impressum

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Straße 60-70
28203 Bremen

verantwortlich

Dr. Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Hilbert
Sozialmedizin für Erwachsene

Autorin

Felicitas Jung
AIDS/STD-Beratung
unter Mitarbeit von Janina Grumbt und Valentina Stehle

Kontakt

Felicitas Jung
Gesundheitsamt Bremen
AIDS/STD-Beratung
Horner Straße 60-70
28203 Bremen
Felicitas.Jung@Gesundheitsamt.Bremen.de

Auflage: 100
PDF-Version unter: www.gesundheitsamt.bremen.de
Erscheinungsdatum: 02/2010



Der HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt Bremen

Die Nutzer/innen antworten!

Bremen 2009





Inhaltsverzeichnis

1	HIV/AIDS-Prävention in Deutschland	7
2	Zielsetzung	9
3	Methode.....	11
4	Ergebnisse.....	13
4.1	Wer nutzt das Angebot des HIV-Antikörpertests im Gesundheitsamt?.....	13
4.2	Informationswege.....	19
4.3	Welche Bedeutung haben Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit für die Teilnehmer/innen?	22
4.4	Wie wird der Test genutzt?	25
4.4.1	Häufigkeit des Tests.....	25
4.4.2	Zeitabstände zwischen den Tests.....	27
4.4.3	Wo fanden die vorherigen Tests statt?	27
4.4.4	Was sind die Motive für den aktuellen Test?	29
4.4.5	Unterschiede in den Motiven zu vorhergehenden Tests?	30
4.5	Was sind die Risiken?.....	32
4.5.1	Häufigkeit des Partnerwechsels.....	32
4.5.2	Kondomnutzung.....	35
4.5.3	Sexuell übertragbare Erkrankungen	38
4.5.4	Hepatitis-B-Impfung	41
4.6	Explorative Analyse von Teilgruppen.....	46
4.6.1	Beschreibung der Cluster.....	48
4.6.2	Bewertung der Cluster	52
4.7	Zusammenfassung der Ergebnisse	58
5	Perspektiven der Weiterentwicklung	61
5.1	Zukünftige Zielgruppen	61
5.2	Zugangswege entwickeln.....	63
5.3	Bewertung der Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit – Folgen für das Angebot.....	66



Tabellenanhang	69
Literatur	73
Glossar	73
Fragebogen	79



1 HIV/AIDS-Prävention in Deutschland

1981 berichtete die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC (Centers for Disease Control) über eine rätselhafte Häufung seltener Infektionen und Tumore bei jungen, homosexuellen Männern. Noch im selben Jahr erkannte man in diesem Krankheitsbild eine eigenständige Krankheit, die den Namen AIDS (acquired immunodeficiency syndrome – erworbenes Abwehrschwächesyndrom) erhielt. In Deutschland wurden die ersten AIDS-Fälle 1982 registriert. 1983 entdeckten französische Forscher den AIDS-Erreger HIV (human immunodeficiency virus).

AIDS war Mitte der 1980er Jahre eine zumeist tödliche Krankheit, die in den Industrienationen überwiegend bei homosexuellen Männern und intravenös Drogenabhängigen auftrat. Das HI-Virus greift das Immunsystem des Menschen an, das Viren und andere Krankheitserreger abwehren soll. Die Infektion mit HI-Viren verläuft oft jahrelang ohne körperliche Symptome und bleibt dadurch unbemerkt. Die Viren schwächen jedoch das Immunsystem nach und nach. Die immer löchriger werdende Immunabwehr begünstigt so genannte opportunistische, durch Pilze, Bakterien und Viren verursachte Infektionen. Ebenfalls typisch für das Krankheitsbild AIDS waren erheblicher Verlust des Körpergewichts (Wasting-Syndrom) sowie bösartige Erkrankungen wie das Kaposi-Sarkom, ein ansonsten selten auftretender Hauttumor. Seit Mitte der 1990er Jahre sind jedoch Medikamente verfügbar, die die Lebenserwartung der Betroffenen deutlich steigern und die AIDS-Erkrankung in „eine weitgehend vermeidbare Komplikation einer HIV-Infektion“ verwandelt haben.¹ Wichtig ist die frühzeitige Diagnose und die konsequente Behandlung der Infektion.

Die in den Anfangsjahren bestehende Angst, AIDS könne auf weite Teile der Bevölkerung übergreifen, hat sich für Deutschland und für Europa insgesamt nicht bestätigt. Ursächlich dafür sind verschiedene Faktoren. So waren die rasch eingeleiteten präventiven Maßnahmen, zu denen auch das kostenlose und anonyme Angebot eines Testes auf HIV (HIV-Antikörpertest) gehörten, außerordentlich effektiv. Hinzu kam die gute medizinische Versorgung Betroffener sowie eine wachsende Akzeptanz und Toleranz gegenüber Homosexualität und Menschen mit einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung. Nicht zuletzt erwies sich aber auch die Infektiosität des Virus als vergleichsweise gering.

Die damalige Bundesministerin für Gesundheit, Rita Süssmuth, setzte sich entschieden für einen verantwortungsvollen Umgang aller Bevölkerungsgruppen mit dem potenziellen Risiko einer HIV-Infektion ein, deren Hauptübertragungsweg der Geschlechtsverkehr ist. Seit Beginn der Aufklärung zu AIDS wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kontinuierlich und flächendeckend für den Gebrauch von Kondomen als wirksamer Schutz geworben. Die Deutsche AIDS Hilfe, eine ursprüng-

¹ RKI 2009, 206



lich von Homosexuellen gegründete Organisation, gestaltet vielfältige bundesweite Aktivitäten zur AIDS-Prävention vorwiegend für homo- und bisexuelle Menschen. Auf regionaler Ebene führen Gesundheitsämter, regionale AIDS-Hilfen und viele andere Organisationen wie in Bremen das „Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V.“ Präventionsaktivitäten durch, die sich an verschiedene Zielgruppen richten. Darüber hinaus geben viele dieser Organisationen konkrete Hilfestellung für Betroffene.

Ein zentrales Instrument der Prävention ist noch immer der anonyme und kostenlose HIV-Antikörpertest, der stets mit einem Beratungsgespräch verbunden ist. Der Test erlaubt ein frühes Erkennen einer HIV-Infektion und damit eine frühzeitige Therapie, die das Leben Infizierter deutlich verlängern kann.² Die Behandlung führt außerdem zu einer Verringerung der Ansteckungsfähigkeit und damit zu einer Reduzierung neuer HIV-Infektionen. Das Gespräch vor dem Test kann außerdem ein Anstoß sein, das präventive Verhalten zu überdenken und Risiken künftig zu vermeiden.

Ende 2008 lebten in Deutschland ca. 63.000 Menschen mit einer HIV-Infektion oder mit AIDS, in Bremen betrug diese Zahl ca. 1.200. Die weitaus größte Gruppe (65%) sind nach wie vor Männer, die sexuelle Kontakte zu Männern haben (MSM), der Anteil heterosexueller Männer und Frauen liegt deutlich darunter (17%). Ein weiterer Teil (12%) kommt aus Ländern, in denen relativ viele Menschen (> 1% der Bevölkerung) mit HIV infiziert sind. Drogenabhängige bilden mittlerweile die kleinste Gruppe (5%).

Nach einer Phase des Rückgangs stieg die jährliche Zahl neuer HIV-Diagnosen seit 2002 wieder kontinuierlich an. Seit 2005 wurden bundesweit jährlich 2.500 bis 2800 neue HIV-Infektionen diagnostiziert; d.h. täglich erfahren zwischen 6 und 8 Personen, dass sie HIV-infiziert sind. Präventionsmaßnahmen zu HIV sind also keineswegs überflüssig geworden, auch wenn es durch gemeinsame Anstrengungen bisher gelungen ist, das Virus und seine Verbreitung in Grenzen zu halten.

² Die Diagnose einer HIV-Infektion ist nicht gleichzusetzen mit einer AIDS-Erkrankung. s. Glossar HIV und AIDS.



2 Zielsetzung

Anstoß, sich intensiver mit der Frage zu beschäftigen, wen das Bremer Gesundheitsamt mit dem HIV-Antikörpertest erreicht, war eine Studie des Kölner Gesundheitsamtes mit dem provokanten Titel "Testen wir die Richtigen?"³ Die Studie kam zu zwei wesentlichen Schlüssen:

- Menschen mit geringer Bildung und solche mit einem hohen Risiko für HIV sowie für weitere sexuell übertragbare Erkrankungen werden mit dem HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt nur unzureichend erreicht. Die Ausnahme sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM).
- Um bislang kaum erreichte Gruppen anzusprechen, sollte das Angebot des HIV-Antikörpertests um eine bedarfsgerechte Beratung und Diagnostik zu anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen erweitert werden. Außerdem sollte eine engere Zusammenarbeit mit den Anlaufstellen angestrebt werden, die bereits Menschen mit besonderen Risiken für sexuell übertragbare Erkrankungen erreichen.

Seit 1986 bietet die AIDS/STD Beratung⁴ des Gesundheitsamtes Bremen den HIV-Antikörpertest für die Allgemeinbevölkerung anonym und kostenlos an. Neben diesem breit angebotenen Test gehören zu unseren Aufgaben die Unterstützung von HIV-positiven Menschen, die Beratung, Diagnostik und Behandlung von Prostituierten bei sexuell übertragbaren Krankheiten sowie vielfältige Präventionsangebote zu HIV und weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten. Das spezielle Beratungs- und Untersuchungsangebot für Prostituierte und für Menschen ohne Krankenversicherung beinhaltet ebenfalls den HIV-Antikörpertest. Dabei setzen wir nicht nur darauf, dass unsere Zielgruppen von sich aus den Weg in die Beratungsstelle finden.

Prostituierte erreichen wir auch über aufsuchende Sozialarbeit direkt in Bars, in "Apartments" und auf dem Straßenstrich, wo wir vor Ort informieren und beraten. Zuwander/innen erreichen wir über verschiedene Wege. Seit 2004 arbeitet das Afrika-Projekt mit Multiplikator/innen, die kultursensible Präventionsstrategien zu HIV und AIDS entwickeln und diese in der afrikanischen Community in Bremen verankern. Für Asylbewerber/innen und Flüchtlinge führen wir – in Kooperation mit dem im Gesundheitsamt angesiedelten Untersuchungsprogramm für diese Zielgruppe – seit vielen Jahren Informationsveranstaltungen zu HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten in der Zentralen Aufnahmestelle für Asylbewerber/innen und in Wohnheimen durch. Darüber hinaus bieten wir seit 2006 gemeinsam mit pro familia Bremen Informationsveranstaltungen zu Schwangerschaftsverhütung und zu sexuell übertragbaren Erkrankungen an, die sich an Integrationskurse und an Frauengruppen mit Migrationshintergrund richten.

³ Bremer et al. 2006

⁴ Die Abkürzung „STD“ steht für sexual transmitted diseases (sexuell übertragbare Krankheiten)



In der Beratungsstelle arbeiten zurzeit zehn Mitarbeiter/innen, die sich 6,5 Stellen teilen. Vertreten sind hier verschiedene berufliche Kompetenzen: ärztliche, pflegerische, psychotherapeutische und (sozial)pädagogische.

Im Folgenden beschäftigen wir uns ausschließlich mit dem HIV-Antikörpertest für die Allgemeinbevölkerung. Dieser Test gilt als wichtiger Baustein der Prävention, der die Zahl der Neuinfektionen verringern soll. In unserer Beratungsstelle ist er in ein ausführliches persönliches Informations- und Beratungsgespräch vor der Blutentnahme und in eine persönliche Ergebnismitteilung eingebunden. Seit 2005 haben wir das Angebot zum HIV-Antikörpertest um Informationen und Beratung zu anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen erweitert. Wir thematisieren in dem Vorgespräch die Aussagefähigkeit des Testes, Risiken, Schutzmöglichkeiten bei HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie Möglichkeiten des Umgangs mit einem positiven Testergebnis. Auch die aktuelle Lebenssituation der Nutzer/innen kann Bestandteil des Gesprächs sein.

Da die Inanspruchnahme des Tests nur einer von vielen Faktoren ist, die sich auf die Zahl der Neuinfektionen auswirken, wollten wir mehr über die Nutzer/innen unseres Angebots und über deren Testmotive erfahren. Wir wollten den präventiven Wert des HIV-Antikörpertests besser beurteilen können, um eventuelle Defizite zu beheben. Unter anderem interessierte uns, welche Bevölkerungsgruppen den Test in Anspruch nehmen und welche Informationswege in die Beratungsstelle führen. Von Interesse war auch die Bedeutung der „Alleinstellungsmerkmale“ unseres Angebots: Anonymität, Kostenlosigkeit und persönliche Beratung für unsere Nutzer/innen.

Außerdem wollten wir erfahren, ob Beratungsstellen wie die unsrige eine typische Zielgruppe haben. Näherungsweise lässt sich diese Frage durch einen Vergleich mit der oben zitierten Studie des Kölner Gesundheitsamtes beantworten. Die dortige Beratungsstelle bietet den HIV-Antikörpertest ebenfalls anonym und kostenlos für die Allgemeinbevölkerung an und entspricht in ihrer Struktur unserer Einrichtung.



3 Methode

Um Informationen über die Nutzer/innen unseres HIV-Antikörpertests zu gewinnen, organisierten wir eine schriftliche Befragung. Auch in Köln wurden die Nutzer/innen schriftlich befragt, und trotz teilweise abweichender Formulierungen waren die Inhalte im Wesentlichen gleich.

Der von uns eingesetzte Fragebogen enthielt folgende Themenblöcke (s. Fragebogen, S. 79):

- Strukturmerkmale der Nutzer/innen
 - Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung
 - Bildung, Erwerbstätigkeit
 - Migrationshintergrund
- Genutzte Informationsquellen bzw. Zugangswege in die Beratungsstelle
- Bedeutung von Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit für die Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests im Gesundheitsamt Bremen
- Testmotive
- Testhäufigkeit
 - Anzahl der Tests
 - Zeitpunkt des letzten Tests
 - Durchführende Institution
- HIV-Infektionsrisiko der Nutzer/innen
 - Häufigkeit des Partnerwechsels
 - Kondomnutzung
 - Sexuell übertragbare Erkrankungen
 - Hepatitis-B-Impfung

Die Befragung fand von Juni 2008 bis Januar 2009 statt. Sie lief ergänzend zur Routinearbeit der Beratungsstelle. Mindestens 400 auswertbare Fragebögen sollten erreicht werden. Diese Fallzahl ist hoch genug, um weitergehende Auswertungen nach Untergruppen durchführen zu können.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Die Nutzer/innen erhielten den Fragebogen mit einer kurzen Erklärung zum Zweck der Aktion im Anschluss an die Beratung. Die Nutzer/innen konnten den Fragebogen in der Wartezeit vor der Blutentnahme ausfüllen und in eine geschlossene Box im Wartebereich werfen. Alternativ konnte der Fragebogen mit nach Hause genommen und in einem Freiumschlag an die Beratungsstelle zurückgesendet werden.



Zur Beurteilung der Repräsentativität der erhobenen Daten glichen wir Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung mit Daten ab, die während des Erhebungszeitraums routinemäßig im Zuge der Beratung erfasst wurden. Den Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund stellten wir den Daten des statistischen Landesamtes zur Einwohnerschaft Bremens gegenüber, den Bildungsstand der Teilnehmer/innen Daten des Statistischen Bundesamtes, da entsprechende (aktuelle) Angaben für die Bremer Bevölkerung nicht vorliegen.

Noch einige Erläuterungen zu den verwendeten Begriffen: Wir nutzen überwiegend die Abkürzung "**MSM**" für Männer, die sexuelle Kontakte zu Männern haben. Da sich nicht alle Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten als **homo- oder bisexuell** verstehen, hat sich dieser Begriff in Fachkreisen weitgehend durchgesetzt. Als **Migrant/innen** oder **Menschen mit Migrationshintergrund** bezeichnen wir Personen, die entweder nicht in Deutschland geboren sind oder bei denen mindestens ein Elternteil aus dem Ausland stammt, unabhängig davon welche Staatsbürgerschaft sie besitzen. Der Begriff **Ausländer/innen** bezieht sich ausschließlich auf Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.



4 Ergebnisse

Von den ausgegebenen Fragebögen erhielten wir 92,5% zurück, wir erzielten damit einen ähnlich hohen Rücklauf wie die Befragung des Kölner Gesundheitsamtes (93,9%). Insgesamt beteiligten sich 406 Personen an unserer Erhebung. Dies entspricht 84,1% Aller, die im Untersuchungszeitraum ein Beratungsgespräch zum HIV-Antikörpertest in Anspruch nahmen. Einige Personen erhielten aus besonderen Gründen keinen Fragebogen, sei es dass sie nicht ausreichend Deutsch sprachen, unter besonderem psychischem Stress standen oder dass sie geistige Behinderungen hatten. Vor allem Migrant/innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse wurden nicht befragt. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Migrant/innen in der Beratungsstelle um ca. 2-3 Prozentpunkte höher liegt als in der Umfrage.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die jeweils gültigen Antworten; d.h., fehlende Angaben wurden bei den Berechnungen (z.B. bei Prozentuierungen) nicht berücksichtigt. Bei Fragen, die mehrere Antworten zulassen, können Werte von über 100% zustande kommen.⁵ Die Ergebnisse wurden jeweils auf ihre statistische Signifikanz geprüft. Bei der Bewertung wurden – sofern nicht anders angegeben – nur signifikante Ergebnisse berücksichtigt.⁶

Die sexuelle Orientierung von Frauen blieb bei den Auswertungen weitgehend unberücksichtigt. Die Gruppe der homo- und bisexuellen Frauen war mit insgesamt 16 Befragten zu klein, um sinnvoll interpretierbare Ergebnisse erwarten zu können. Lediglich bei der im Abschnitt 4.6 dargestellten Clusteranalyse wurden homo- und bisexuellen Frauen rein deskriptiv als gesonderte Gruppe betrachtet.

4.1 Wer nutzt das Angebot des HIV-Antikörpertests im Gesundheitsamt?

Von den 391 Personen, die Angaben zum **Geschlecht** machten, waren jeweils die Hälfte Männer (49,4%) und Frauen (50,6%). Diese Geschlechterproportion entspricht in etwa der unserer gesamten HIV-Testnutzer/innen,⁷ aber auch der in der Kölner Befragung ermittelten Verteilung⁸.

⁵ Die Befragten bilden 100%, sie können jeweils mehrere Antworten geben.

⁶ Als Signifikanzniveau wurde 0,05 festgesetzt. Dies bedeutet, das Risiko fälschlicherweise von Unterschieden und damit von Zusammenhängen auszugehen, beträgt 5%. Berechnet wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson.

⁷ s. Gesundheitsamt Bremen 2008

⁸ s. Bremer et al. 2006



Die Altersstruktur in unserer Erhebung gleicht ebenfalls der über die Jahre konstanten Altersstruktur der HIV-Testnutzer/innen in unserer Beratungsstelle.⁹ Das **Alter** der Befragten bewegte sich zwischen 15 und 66 Jahren, der Alterdurchschnitt (Median) lag bei 28 Jahren. Gut die Hälfte der Befragten (51,7%) war zwischen 21 und 30 Jahre alt. Frauen waren mit 26 Jahren durchschnittlich jünger als Männer mit 31 Jahren. Männer die mit Männern Sex hatten (MSM), hatten mit 35 Jahren den höchsten Altersdurchschnitt, heterosexuelle Frauen mit 26 Jahren den geringsten. Verglichen mit der Kölner Erhebung waren die von uns befragten Frauen zwei und die Männer drei Jahre älter.¹⁰

8,8% der Befragten waren nicht in Deutschland geboren, insgesamt hatten 18% unserer Befragten einen **Migrationshintergrund**. Dieser Wert entspricht dem in der Kölner Befragung ermittelten Anteil.¹¹ Menschen mit Migrationshintergrund waren mit 27 Jahren (Median) im Durchschnitt jünger. Zugleich handelte es sich um eine relativ altershomogene Gruppe. Auch die Migrant/innen waren in unserer Erhebung durchschnittlich zwei Jahre älter als in der Kölner Studie. Ein Vergleich mit den Routinedaten unserer Beratungsstelle ist nicht möglich, da nicht nach Geburtsländern und nicht nach Herkunftsländern der Eltern gefragt wird.

Der Anteil der Migrant/innen unter den Befragten liegt deutlich unter ihrem Anteil an der Bremer Bevölkerung. Dieser beträgt in der Stadt Bremen bei den Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren 27,9%. Frauen und Männer mit ausländischen Wurzeln haben jeweils denselben Anteil an der weiblichen und männlichen Gesamtbevölkerung.¹² Ein Grund für die geringere Inanspruchnahme des HIV-Tests durch Migrant/innen könnte eine höhere Zugangsschwelle zu einer staatlichen Institution wie dem Gesundheitsamt sein. Vorstellbar ist aber auch eine rigidere Sexualmoral in einigen Herkunftsgruppen. In diesem Fall werden Partnerwechsel und Seitensprünge stärker sanktioniert, sie kommen einerseits faktisch seltener vor und werden andererseits stärker tabuisiert. Das macht es schwer, mögliche Infektionsrisiken aktiv zu klären.

Die 72 Befragten mit Migrationshintergrund kamen mehrheitlich aus West- und Mitteleuropa¹³. Je ein Zehntel gab als Herkunftsregion Asien oder afrikanische Länder südlich der Sahara an, also Regionen, die zu den Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz gehören (s. Abbildung 1).

⁹ s. Gesundheitsamt Bremen 2008

¹⁰ Da von Köln nur der Mittelwerte und nicht der Median errechnet wurde, hier die Mittelwerte zum Vergleich: Frauen hatten in Bremen ein mittleres Alter von 29,0 Jahren gegenüber 26,9 Jahren in Köln, Männer hatten in Bremen ein mittleres Alter von 33,0 Jahren gegenüber 29,9 Jahren in Köln (Bremer et al. 2006).

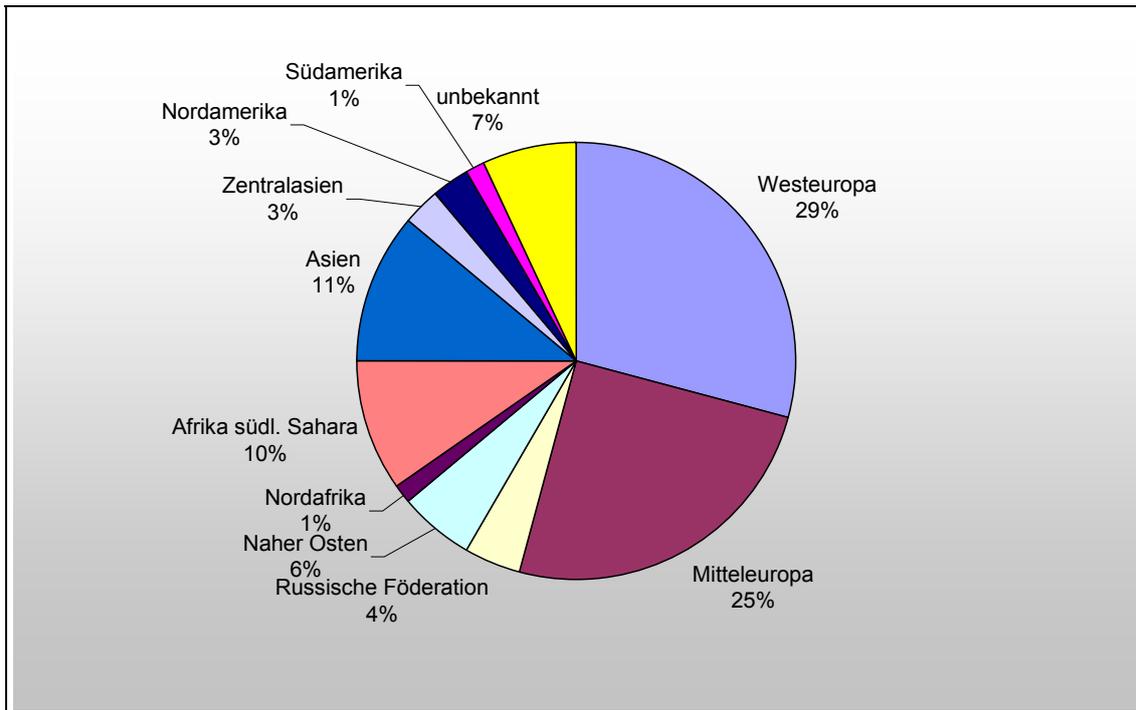
¹¹ s. Bremer et al. 2006

¹² Eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Landesamtes zur Stadt Bremen Ende 2007. Diesen Daten liegen Schätzungen aus dem Einwohnermelderegister und den Eckwerten der Bevölkerungsfortschreibung zugrunde. Quelle: Statistisches Landesamt Bremen.

¹³ s. unten Herkunftsregionen



Abbildung 1: Herkunftsregionen¹⁴ der Teilnehmer mit Migrationshintergrund (N=72)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

An der Befragung beteiligten sich 18,2% Männer und 8,3% Frauen mit **gleichgeschlechtlichen oder bisexuellen Kontakten** (s. Abbildung 2). Zwischen Deutschen und Menschen mit Migrationshintergrund bestand bei der sexuellen Orientierung kein signifikanter Unterschied. Obwohl die Mehrheit der Teilnehmer/innen (86,8%) an der Befragung heterosexuell war, sind diejenigen mit gleichgeschlechtlichen oder bisexuellen Kontakten gegenüber ihrem Anteil an der Bevölkerung vermutlich überrepräsentiert.¹⁵ Fast alle MSM, die in dieser Zeit den Test bei uns durchführten, beteiligten sich an der Umfrage.

Der Anteil der MSM war in Köln mit 30,2% deutlich höher.¹⁶ Köln gilt als ein Zentrum der Homosexuellenszene. Anzunehmen ist, dass in Köln überdurchschnittlich viele MSM leben, und ihr Anteil an der Bevölkerung damit deutlich höher als in Bremen ist. Außerdem ist davon auszugehen, dass ein Teil der Bremer MSM sich nicht in Bremen testen lässt. Die Szene hier ist klein, und manche möchten vermeiden, im Bremer Ge-

¹⁴ Die Herkunftsregionen wurden entlang der regionalen Gliederung des Berichts zur AIDS-Epidemie der UNAIDS 2006 zugeordnet. Zu Mitteleuropa gehören Bulgarien, Bosnien, Kroatien, Polen, Rumänien, Ungarn, Serbien, Slowenien, Tschechien, Türkei. Zu Osteuropa zählen die Länder, die hier unter der russischen Föderation zusammengefasst sind. (UNAIDS 2006).

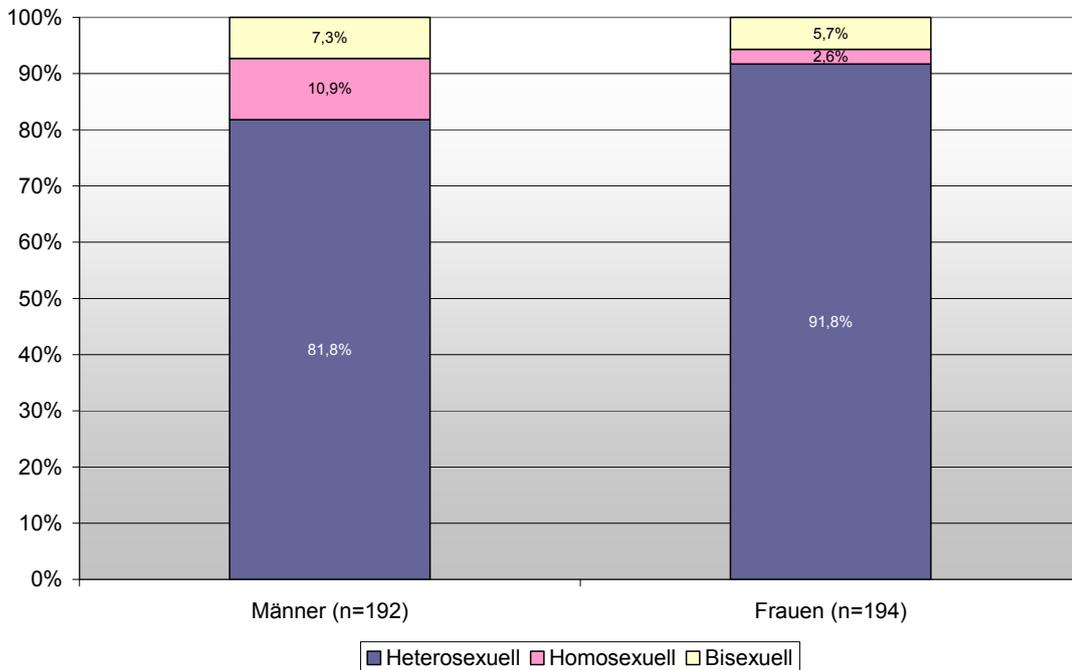
¹⁵ Obwohl keine repräsentativen Daten vorliegen, gehen verschiedene Schätzungen von einem Bevölkerungsanteil von 3 bis 10% homosexueller Menschen aus.

¹⁶ s. Bremer et al. 2006



sundheitsamt auf bekannte Gesichter zu treffen. Gleichzeitig kommen jedoch auch Männer aus dem Bremer Umland in die Stadt, um sich testen zu lassen.

Abbildung 2: Sexuelle Orientierung nach Geschlecht (N=386)



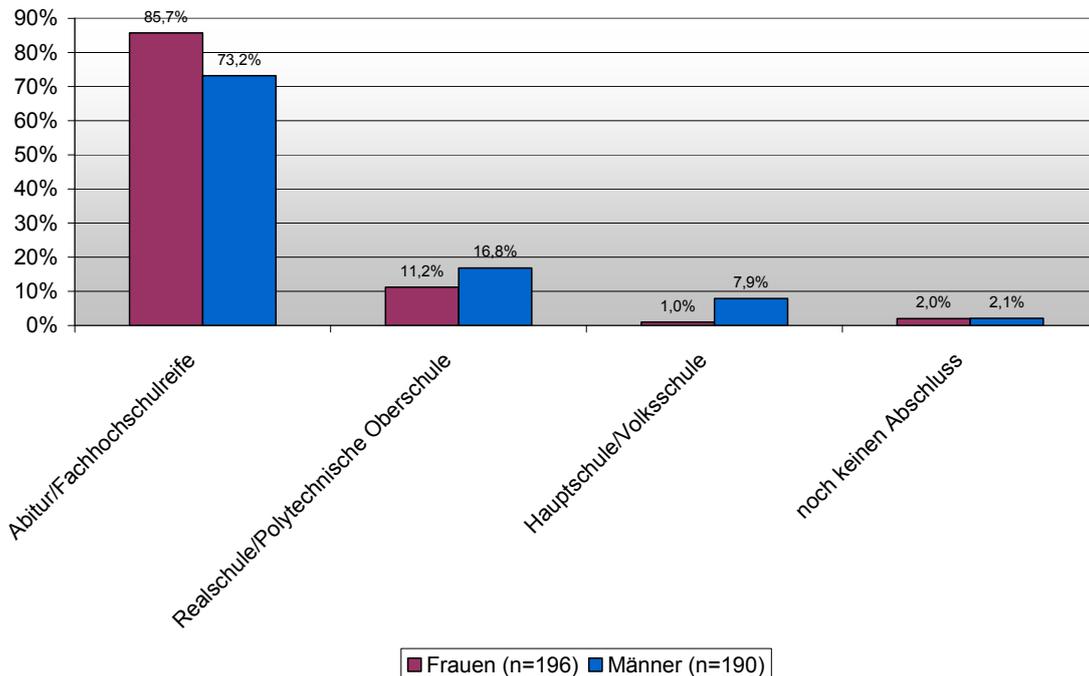
Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Das **schulische Bildungsniveau** unserer Befragten war hoch, 79,3% hatten Abitur oder Fachhochschulreife. Mit 80,8% weist die Kölner Studie einen vergleichbaren Anteil aus.¹⁷ Das Bildungsniveau unterschied sich jedoch nach Geschlecht, in unserer Befragung hatten Männer doppelt so häufig wie Frauen einen Bildungsabschluss unterhalb des Abiturs bzw. der Fachhochschulreife (24,7% vs. 12,2%). Auch in der Kölner Erhebung lag das Bildungsniveau der Frauen signifikant über dem der Männer (s. Abbildung 3). Zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund waren keine Bildungsunterschiede festzustellen.

¹⁷ s. Bremer et al. 2006



Abbildung 3: Schulabschluss (N=386)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Besonders bei den jüngeren Altersgruppen erreichen wir nur wenige Menschen unterhalb der (Fach-)Hochschulreife. Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss waren mit durchschnittlich 33 Jahren älter als die Gesamtheit der Befragten. Tendenziell haben zwar auch im Bundesdurchschnitt jüngere Altersgruppen ein höheres Bildungsniveau, dies erklärt jedoch nicht den überaus hohen Anteil von Personen mit Abitur und Fachhochschulreife in unserer Befragung. In der deutschen Bevölkerung beträgt der Anteil der Menschen mit dieser Qualifikation bei den 20 bis 65-Jährigen (die altersmäßig in etwa unserer Nutzergruppe entsprechen) nur 35,1%.¹⁸ Männer und Frauen unterscheiden sich dort kaum.¹⁹ Festzuhalten ist, dass Personen mit einer höheren Bildung den HIV-Test im Gesundheitsamt überproportional nutzen.

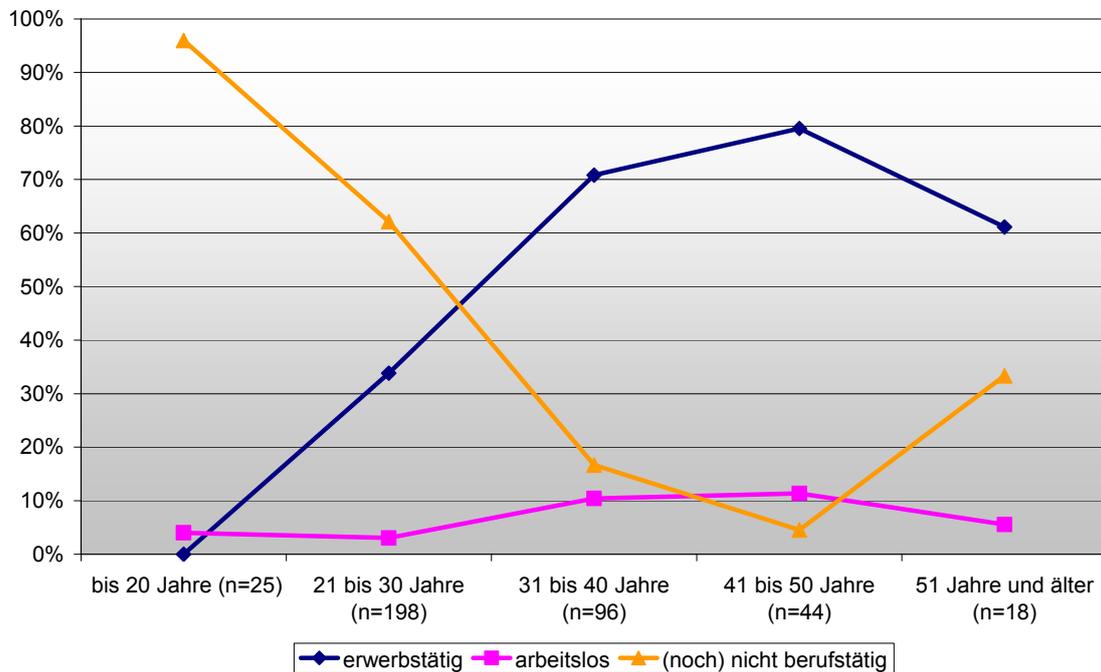
Die erzielten **beruflichen Ausbildungsabschlüsse** der befragten HIV-Testnutzer/innen waren mehrheitlich akademisch; 44,7% hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss und 23,3% hatten eine Lehre absolviert. Allerdings war mehr als ein Viertel (28,8%) (noch) ohne Berufsausbildung. Aufgrund der jungen Altersstruktur der Befragten ist allerdings anzunehmen, dass die Ausbildung überwiegend noch nicht abgeschlossen war. Das Ausbildungsniveau zwischen Frauen und Männern unterschied sich nicht signifikant, gleiches galt auch zwischen Migrant/innen und Deutschen.

¹⁸ Ergebnisse des Mikrozensus 2007, s. Statistisches Bundesamt 2008

¹⁹ Eigene Berechnungen. Quelle: Statistisches Bundesamt 2008



Abbildung 4: Tätigkeiten und Altersgruppen (Anteile in den jeweiligen Altersgruppen) (N=381)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Nur knapp die Hälfte (47,7%) war **erwerbstätig**, weitere 5,8% gaben an arbeitslos zu sein²⁰. Demgegenüber waren 44,9% der Befragten (noch) nicht erwerbstätig. Dazu zählten Schüler/innen, Student/innen, Auszubildende, Zivildienstleistende, Hausfrauen/männer und auch Rentner/innen. Bei der Erwerbstätigkeit besteht ein klarer Zusammenhang mit dem Alter. Sie steigt mit zunehmendem Alter, erst in der Altersgruppe ab 51 Jahren nimmt die Erwerbstätigkeit wieder ab (s. Abbildung 4).

Männer waren signifikant häufiger erwerbstätig (54,5%) als Frauen (36,5%). Frauen befanden sich offensichtlich aufgrund ihres jüngeren Alters und ihres hohen Bildungsstandes noch häufiger in einer Ausbildung; Hausfrauen und Rentnerinnen waren kaum vertreten.

²⁰ In der Stadt Bremen lag die Arbeitslosenquote (bezogen auf abhängig beschäftigte Erwerbspersonen) bei 12,7% im Jahresdurchschnitt 2007, im Land Bremen betrug die Quote 14%. Statistisches Landesamt Bremen <http://www.statistik-bremen.de> (Stand 12.06.2009)



Fazit:

Unser Angebot zum HIV-Antikörpertest erreicht Frauen und Männer gleichermaßen. Wir beraten überwiegend junge Menschen mit hohen Schulabschlüssen, die sich häufig noch in der beruflichen Ausbildung befinden. Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau sprechen wir dagegen weniger an.

Bei der Gruppe der MSM erreichen wir offenbar eher die älteren und weniger die jüngeren. Dies gibt insofern zu denken, als nach Erkenntnissen des Robert Koch-Instituts die Inzidenz der Neuinfektionen bei MSM in der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren den zweithöchsten Rang einnimmt.²¹

Migrant/innen erreichen wir für eine Einrichtung mit so genannter „Komm-Struktur“ zwar relativ gut, aber ihr Anteil unter den Nutzer/innen des HIV-Tests liegt klar unter ihrem Bevölkerungsanteil in Bremen. Bei den Migrant/innen zeigt sich besonders deutlich, dass unsere Beratungsstelle vornehmlich von jüngeren und gebildeteren Menschen aufgesucht wird.

4.2 Informationswege

Bei den Antworten auf die Frage, woher man den HIV-Antikörpertest beim Gesundheitsamt kenne, waren jeweils mehrere Angaben möglich.

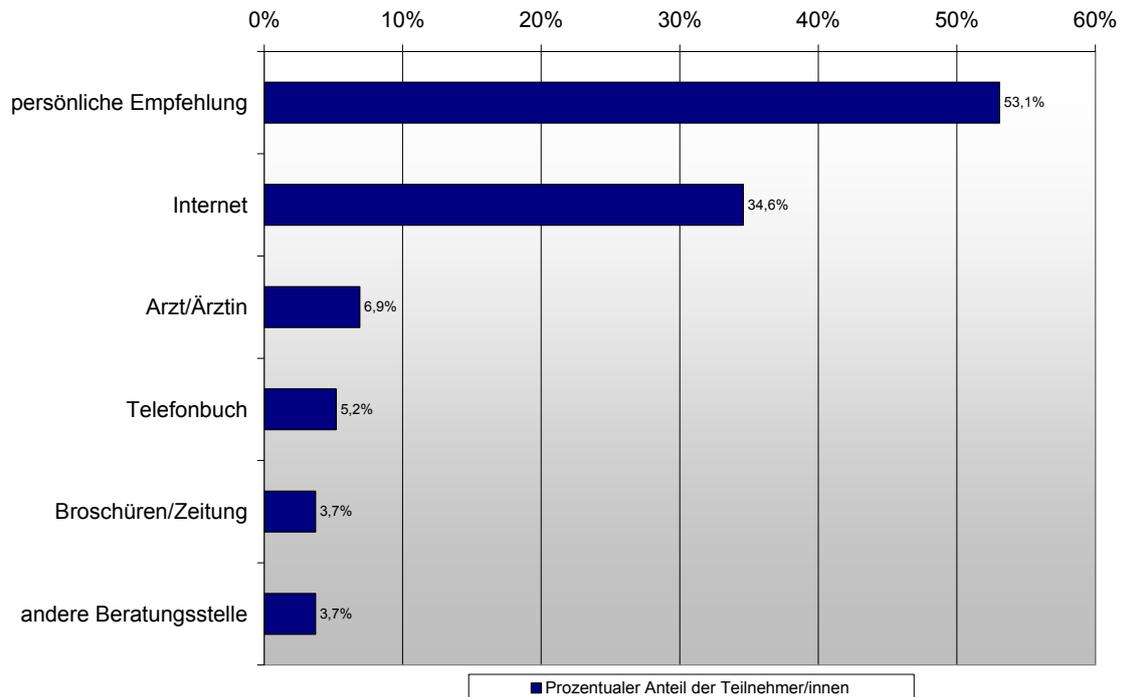
53,1% der Befragten gaben an, dass ihnen die Beratungsstelle von Freunden oder Bekannten empfohlen wurde. Damit ist die **persönliche Empfehlung** die mit Abstand wichtigste Informationsquelle (s. Abbildung 5).²² Vor allem die 31- bis 40-jährigen Teilnehmer/innen kamen am häufigsten aufgrund persönlicher Empfehlungen (64,3%). Dagegen kamen die älteren (Altersgruppen 41-50 Jahre und 51 Jahre u.m.) seltener aufgrund persönlicher Empfehlung (47,8% bzw. 44,4%).

²¹ RKI 2009: Zwischen 2004 und 2008 lag bei den MSM die Inzidenz in der Altersgruppe der 20-29-Jährigen bei ca. 9 bis 11 Neuinfektionen pro Jahr auf 100.000 Männer dieser Altersgruppe. Nur bei der Altersgruppe 30-39-Jährigen lag die Inzidenz mit ca. 11-15 Neuinfektionen noch darüber.

²² s. AIDS/STD Beratung 2002: Bei derselben Frage in einer Umfrage 2001 entfielen 47,7% aller Antworten auf die persönliche Empfehlung. Da dort in die Berechnungsgrundlage, die Nennungen ohne Angabe einfließen, wäre die entsprechende Vergleichszahl der jetzigen Umfrage 46,7% aller Antworten. Der Anteil der Antworten ist also nahezu gleich geblieben.



Abbildung 5: Informationsquellen (N=405, Mehrfachantworten)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Die Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten

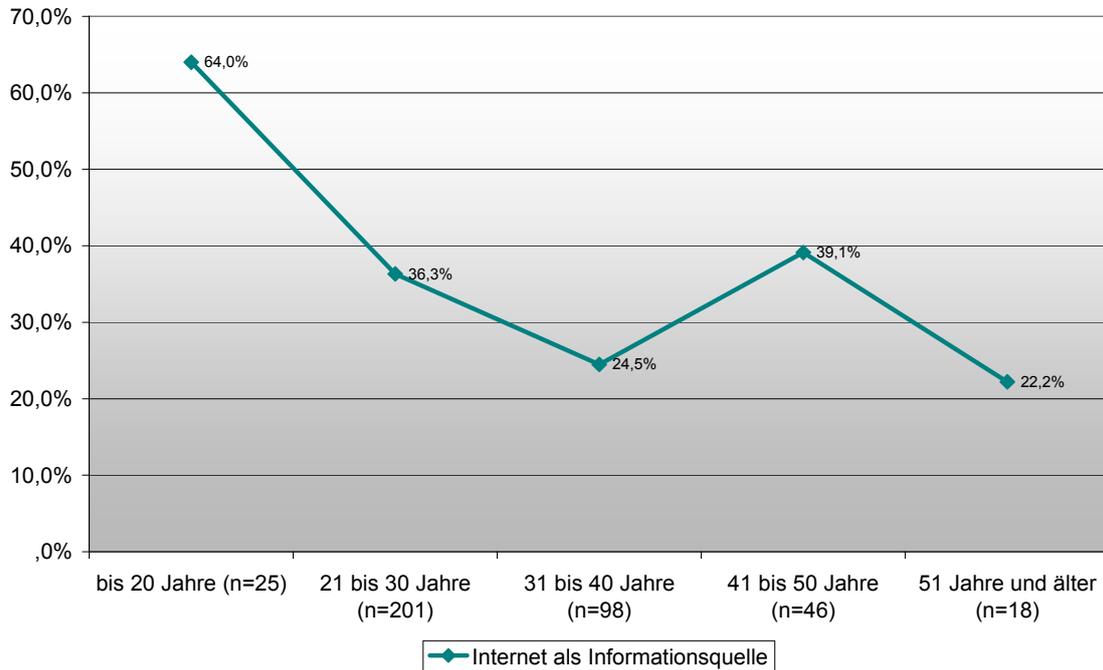
Die zweitwichtigste Informationsquelle war das **Internet**, 34,6% der Befragten machten diese Angabe. Das Internet hat als Informationsmedium für den Zugang zur Beratungsstelle in kurzer Zeit stark an Bedeutung gewonnen.²³ Die Information via Internet erfolgte weitgehend unabhängig von Schulabschluss, Geschlecht und sexueller Orientierung. Der relativ hohe Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, die das Internet als Informationsquelle nutzen, dürfte mit der Altersstruktur dieser Gruppe zusammenhängen. Zusätzlich senkt unser teilweise mehrsprachiger Internetauftritt die Zugangsschwelle.

Einen klaren Einfluss auf die Nutzung des Internets als Informationsquelle hatte das **Alter** (s. *Abbildung 6*). Vor allem sehr junge Menschen (Altersgruppe bis 20 Jahre) bedienen sich dieses Mediums offenbar besonders häufig. Dies stützt die Annahme, dass die Kommunikation über das Internet an Bedeutung weiter zunimmt.

²³ s. AIDS/STD Beratung 2002: Bei derselben Frage in der Umfrage von 2001 entfielen nur 4,2% aller Antworten auf das Internet. Die entsprechende Vergleichszahl der jetzigen Umfrage wäre 30,4% aller Antworten. Also eine mehr als 7fache Steigerung in einem Zeitraum von ungefähr 8 Jahren.



Abbildung 6: Internet als Informationsquelle abhängig vom Alter (N=388)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

10,1% der Frauen, aber nur 3,6% der Männer kannten die Beratungsstelle durch Hinweise ihrer **Ärzte oder Ärztinnen**. Allerdings werden auch Migrant/innen relativ häufig durch ihren Arzt oder ihre Ärztin auf die Beratungsstelle aufmerksam gemacht (11,1%). **Broschüren, Empfehlungen durch andere Beratungsstellen** und das **Telefonbuch** spielen als Informationsquellen nur eine nachrangige Rolle (s. Abbildung 5). Sie werden jedoch stärker von der kleinen Gruppe der älteren Teilnehmer/innen ab 50 Jahre genutzt.

Fazit:

Der hohe Stellenwert persönlicher Empfehlungen ist eigentlich erstaunlich, da es sich beim HIV-Antikörpertest um eine eher intime Angelegenheit handelt. Einerseits ist die persönliche Empfehlung durch Andere überaus erfreulich, denn daraus spricht eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Andererseits führt die persönliche Empfehlung dazu, dass unser Angebot vornehmlich unter den bereits erreichten Nutzergruppen kursiert und Milieugrenzen nur selten durchbrochen werden.

Das Internet ist für alle Teilnehmer/innen das zweitwichtigste Informationsmedium. Seine Bedeutung hat in den letzten 8 Jahren stark zugenommen, ein weiterer Bedeutungszuwachs ist zu erwarten. Offenbar nutzen, anders als noch vor 10 Jahren, auch Menschen mit geringerer Bildung das Internet recht häufig. Es kann also noch stärker als bisher zur milieuübergreifenden Werbung für den HIV-Test und darüber hinaus zur Prävention im weiteren Sinne genutzt werden. Da das Internet offensichtlich auch für Migrant/innen ein wichtiges Medium ist,



liegt ein weiterer Ausbau des bereits mehrsprachigen Internetauftritts der Beratungsstelle nahe. Des Weiteren wäre zu prüfen, ob Chatrooms den Zugang zur Beratung und zum HIV-Antikörpertest erleichtern könnten.

Behandelnde Ärzte und Ärztinnen waren hier vor allem für Frauen und auch für einen Teil der Migrant/innen eine wichtige Informationsquelle. Insofern könnten Ärzte und Ärztinnen stärker als bisher als Multiplikator/innen eingebunden werden. Zugleich könnte es lohnend sein, für Migrant/innen mehrsprachige Materialien in Arztpraxen auszulegen.

Da ältere Menschen jedoch weniger durch persönliche Empfehlungen oder das Internet zu uns finden, sollten andere Medien wie das Telefonbuch oder die Empfehlungen anderer Beratungsstellen nicht vernachlässigt werden. Anzeigen in Broschüren oder speziellen Magazinen sollten allerdings nur dann genutzt werden, wenn sie preiswert sind und spezifische Zielgruppen ansprechen, da ihr direkter Effekt als Zugangsmedium offensichtlich begrenzt ist.

4.3 Welche Bedeutung haben Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit für die Teilnehmer/innen?

Die **Kostenlosigkeit des Angebots** war mit 72,5% der weitaus am häufigsten genannte Grund, weshalb sich die Teilnehmer/innen für den HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt entschieden. Die Wahrung der **Anonymität** folgte mit 41,6%, **Beratung** lag mit 37,9% an dritter Stelle.

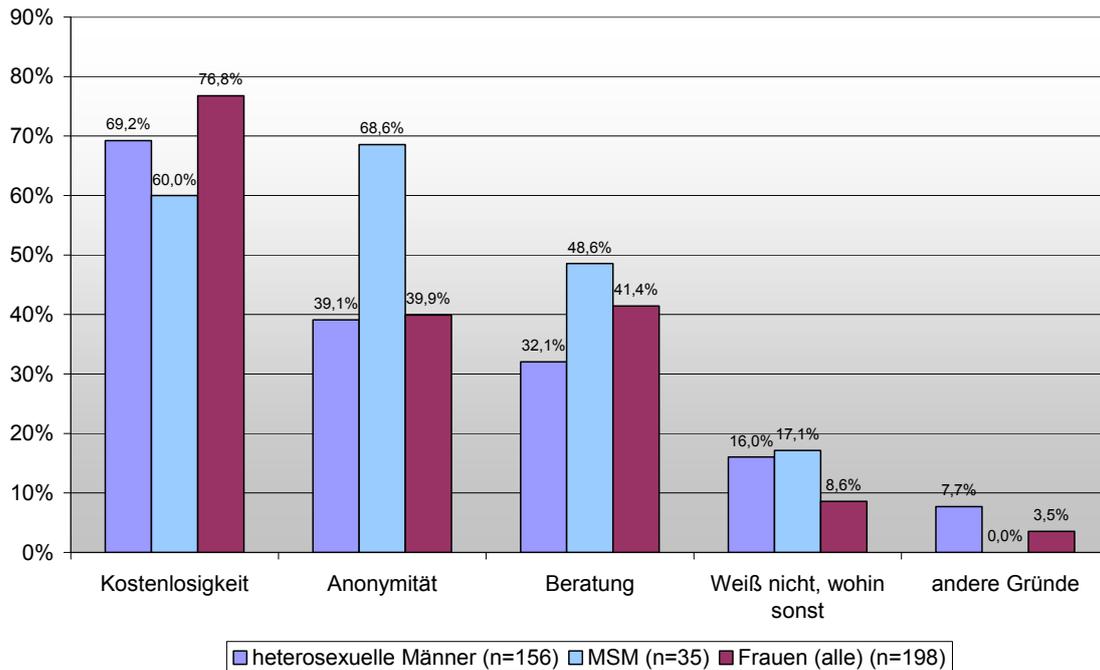
Ganz allgemein sind für Frauen und vor allem für heterosexuelle Männer die Aspekte **Beratung** und **Anonymität** nachrangig (s. Abbildung 7). Allerdings ergeben sich bei differenzierter Betrachtung durchaus Unterschiede. So ist **Anonymität** für die älteren Teilnehmer/innen ab 41 Jahren signifikant wichtiger als für die jüngeren (knapp über 60%). Beratung wiederum war vor allem für die Altersgruppen zwischen 31 bis 50 Jahren bedeutsam, fast die Hälfte bezeichnete diesen Aspekt als wichtig. Die **Kostenlosigkeit** ist für Frauen signifikant wichtiger als für Männer, signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen bestehen hier nicht. Als Grund für die höhere Bedeutung der Kostenlosigkeit für Frauen könnte die geringere Erwerbstätigkeit bei Frauen und das damit verbundene geringere Einkommen in Betracht kommen. Dem steht entgegen, dass auch für erwerbstätige Frauen die Kostenlosigkeit wichtiger ist als für erwerbstätige Männer.²⁴ Ob hier Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen eine Rolle spielen, kann nicht beantwortet werden. Die Befragung lieferte keine direkten Informationen zum Einkommen. Da im Pretest mehrere Teilnehmer/innen die

²⁴ Anteil der Erwerbstätigen, für die Kostenlosigkeit wichtig ist: 78,8% der Frauen gegenüber 60,8% der Männer



Angabe zum Einkommen verweigerten, verzichteten wir auf die Erhebung dieser Information.

Abbildung 7:
Gründe für die Entscheidung den HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt durchführen zu lassen, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=389)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Die Prozentsätze beruhen auf der Anzahl der Befragten

Interessant ist der deutliche Unterschied in der Bedeutung der **Anonymität** für heterosexuelle Männer und für MSM: Für MSM ist die Anonymität fast doppelt so wichtig wie für heterosexuelle Männer (s. Abbildung 7). Auch auf **Beratung** legten MSM erheblich mehr Wert als Frauen und heterosexuelle Männer; das entspricht dem Ergebnis der Kölner Studie.

Unterschiede gibt es auch beim Bildungsniveau. Je höher der Schulabschluss, desto häufiger nannten die Teilnehmer/innen **Kostenlosigkeit** als Grund für ihre Entscheidung, einen HIV-Test im Gesundheitsamt durchführen zu lassen. Für Personen mit Hauptschulabschluss hatte die Kostenlosigkeit die geringste Bedeutung (allerdings sind hier nur 6 Personen erfasst), für die mit Realschulabschluss eine höhere (64,8%) und für die mit Abitur die höchste (75,6%). Auch die Befragten, die sich noch in einer beruflichen Ausbildung befanden, nannten gegenüber denen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung signifikant häufiger die Kostenlosigkeit als Motiv. Obwohl wir keine Angaben zum Einkommen der Teilnehmer/innen haben, lässt sich hier vermuten, dass kein oder ein geringes Einkommen aufgrund einer noch nicht abgeschlossenen Ausbildung für einen größeren Teil der Grund für das Motiv der Kostenlosigkeit ist. Von



wie vielen der Test einfach mitgenommen wird, weil er nichts kostet (Mitnahmeeffekt), ist aus unseren Daten nicht ersichtlich.

Je niedriger das Bildungsniveau, desto häufiger gaben die Befragten an „**nicht zu wissen, wo sie sonst einen Test machen könnten**“. Diese Angabe nahm mit sinkendem Bildungsniveau signifikant zu (Hauptschule 26,7%, N=4.; Realschule 16,7%, N=9.; Abitur 10,4%, N=32). Trotz dieser kleinen Fallzahlen sei die vorsichtige Schlussfolgerung erlaubt, dass besser gebildete Teilnehmer/innen eher Alternativen kennen oder gezielt ins Gesundheitsamt kommen.

Der direkte Vergleich mit den Kölner Ergebnissen ist nicht möglich, da sich die Antwortmöglichkeiten unterschieden. Auch in Köln war die Kostenlosigkeit der häufigste Grund, das Gesundheitsamt aufzusuchen, und die Anonymität hatte ebenfalls eine etwas höhere Bedeutung als die Beratung.

Fazit:

Kostenlosigkeit ist der wichtigste Grund für die Entscheidung, den Test im Gesundheitsamt (und nicht anderswo) durchführen zu lassen. Plausible Überlegungen sprechen dafür, dass hier geringe Einkommen eine Rolle spielen könnten, zumal vor allem die in Ausbildung befindlichen Befragten den Aspekt der Kostenlosigkeit hervorhoben. Für Frauen, egal ob erwerbstätig oder nicht, ist die Kostenlosigkeit des Tests wichtiger als für Männer.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Nutzer/innen mit geringer Bildung häufiger keine Alternativen zu unserem Test-Angebot kennen. Höhere Bildung führt offenbar zu einer besseren Kenntnis der Angebote der gesundheitlichen Versorgung und zur gezielten Inanspruchnahme unseres (kostenlosen) Angebots.

Es zeigt sich außerdem, dass unterschiedliche Gruppen unterschiedliche Bedürfnisse haben. Dies gilt vor allem für die Gruppe der MSM, für die Anonymität und Beratung besonders wichtig ist.

Angesichts der erstaunlich geringen Bedeutung von Beratung könnten sich Beratungsinhalte vor dem Test – abhängig vom jeweiligen Gegenüber – auf wesentliche Informationen beschränken. Der hohe Bildungsgrad der Nutzer/innen der Beratungsstelle lässt vermuten, dass der geringe Beratungswunsch bei einem Teil der Nutzer/innen auch auf einen guten Informationsstand zurückzuführen ist (s. Abschnitt 4.6). Dies entspricht auch unseren Erfahrungen im Beratungsalltag. Dieser Befund stellt allerdings auch die gewünschten präventiven Effekte des Tests in Frage.



4.4 Wie wird der Test genutzt?

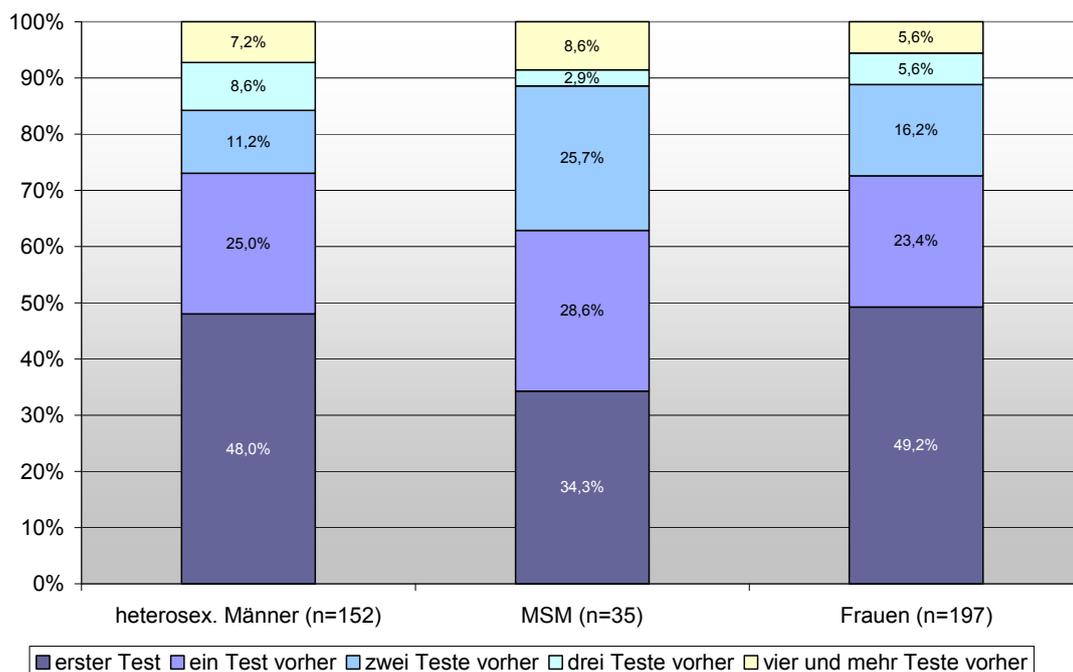
Die Fragen zum Testverhalten bezogen sich auf die Häufigkeit der Testdurchführung, die Zeitabstände zwischen verschiedenen Tests, die Einrichtungen, bei denen vorhergehende Tests durchgeführt wurden und auf die Motive für die aktuellen und vorherigen Tests.

4.4.1 Häufigkeit des Tests

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen führte den HIV-Antikörpertest nicht zum ersten Mal durch (s. Abbildung 8). Die Anzahl bisher durchgeführter Tests reichte von einem bis zu acht Tests. Deutliche Unterschiede ergaben sich weder zwischen den Geschlechtern noch beim Bildungsniveau, auch die in der Grafik sichtbaren Unterschiede zu den MSM sind statistisch nicht signifikant (s. Abbildung 8).

Abbildung 8:

Testhäufigkeit nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=384)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

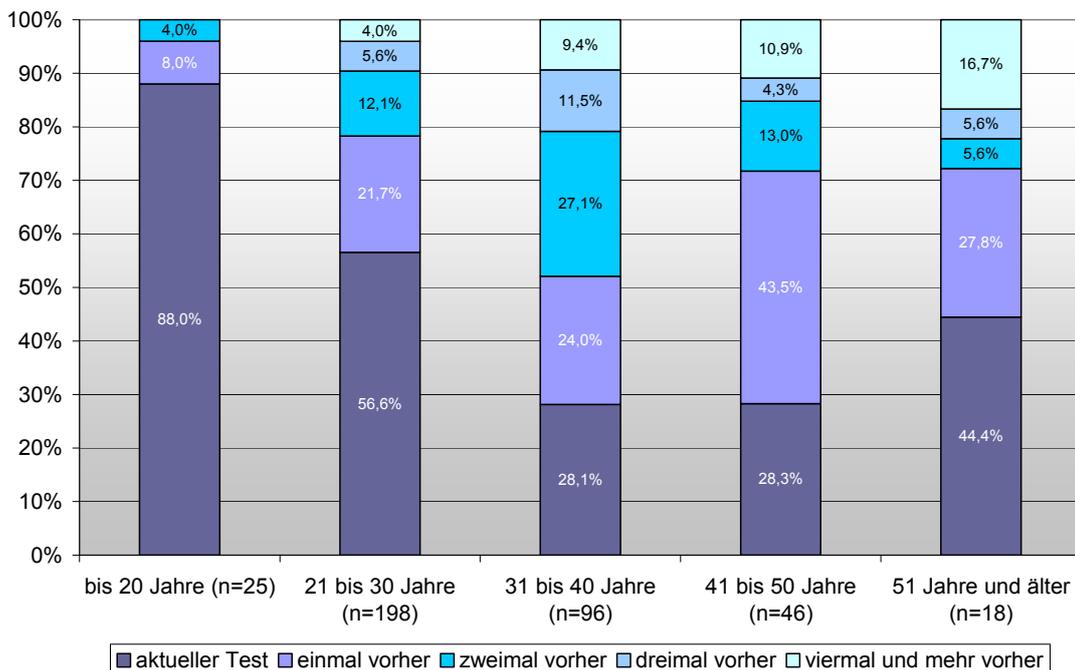
Unsere Ergebnisse gleichen im Wesentlichen der Kölner Studie.²⁵ Allerdings hatten MSM bei uns etwas seltener bereits früher einen Test durchgeführt (65,7% vs. 72,7%), darüber hinaus ließen sich in Köln MSM signifikant häufiger testen als heterosexuelle Männern.

²⁵ s. Bremer et al. 2006



In unserer Studie fiel eine kleine Gruppe von Migrant/innen auf, die sich vorher bereits drei oder mehrmals hatte testen lassen.²⁶ Aus der Beratungspraxis wissen wir, dass einige Migrant/innen massive, psychisch begründete Ängste gegenüber AIDS entwickeln; diese Ängste lassen sich durch Fakten wie ein negatives Testergebnis kaum beeinflussen. Oft gelingt es erst nach langer Zeit, die dahinterliegenden psychischen Probleme anzusprechen und angemessene Hilfe anzubieten. Mit der Angst vor AIDS drücken sich oft große Schuldgefühle aus, die durch die Verletzung des Tabus außerehelichen Geschlechtsverkehrs hervorgerufen werden.

Abbildung 9: Alter der Nutzer/innen und die Häufigkeit des Tests (N=383)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Das Alter der Nutzer/innen hatte – wie sich schon vermuten lässt – einen signifikanten Einfluss auf die Testhäufigkeit (s. Abbildung 9). Der Anteil der Personen mit mehrfachen Tests steigt bis zum Alter von 40 Jahren kontinuierlich an, sinkt aber bei den über 51-jährigen wieder mit Ausnahme einer geringen Zahl von Personen, die sich mehr als viermal testen ließ. Vor allem in der Altersgruppe zwischen 31 und 50 Jahren ließ sich ein hoher Anteil der Befragten schon zwei und mehrmals testen. Jüngere Teilnehmer/innen nutzen den Test vermutlich häufiger als Präventionsstrategie bei wechselnden, aber monogam geplanten Partnerschaften (serielle Monogamie), um nach dem Test auf Kondome zu verzichten.

²⁶ 36,1%, 13 P. mit Migrationshintergrund gegenüber 22,2%, 38 P. ohne Migrationshintergrund

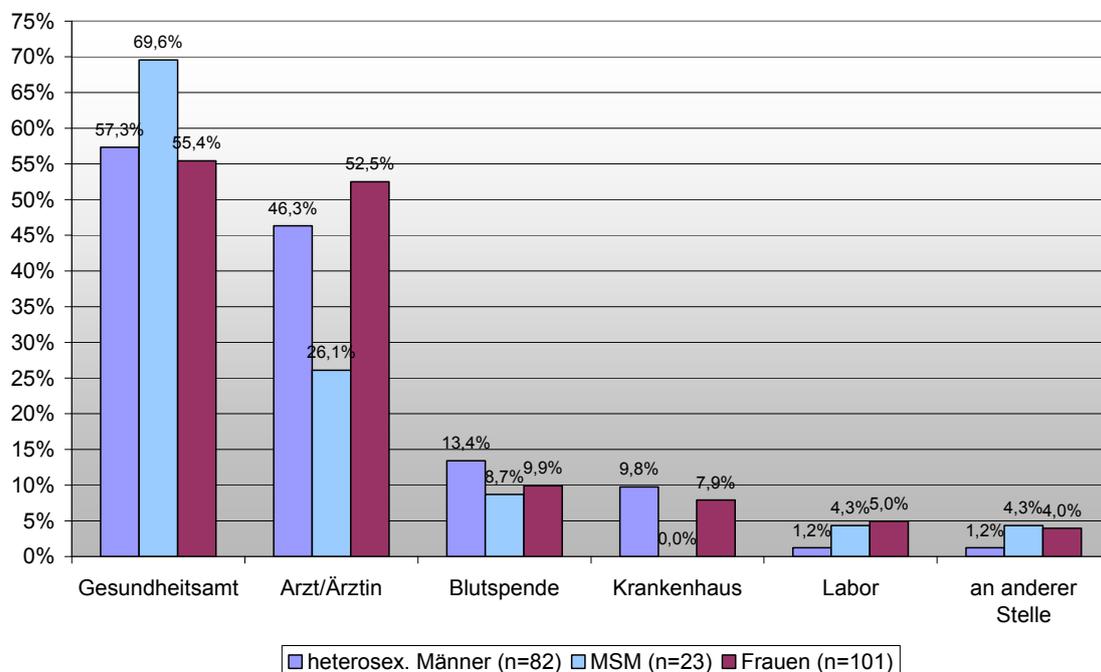


4.4.2 Zeitabstände zwischen den Tests

Diejenigen, die Tests wiederholten, taten dies offenbar in eher kürzeren Zeitabständen. Dies gilt besonders für die MSM. Beim größten Teil der Testwiederholer/innen (65,9%) lag der vorherige Test 1 bis 5 Jahren zurück, bei 13,8% war sogar weniger als ein Jahr vergangen. Nur bei 20,3% lag der letzte Test länger als 5 Jahre zurück. Fast alle MSM, die einen Test wiederholten, führten diesen innerhalb der letzten 5 Jahre durch.

4.4.3 Wo fanden die vorherigen Tests statt?

Abbildung 10: Nutzung verschiedener Einrichtungen für vorherige Tests, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=206, Mehrfachnennungen)

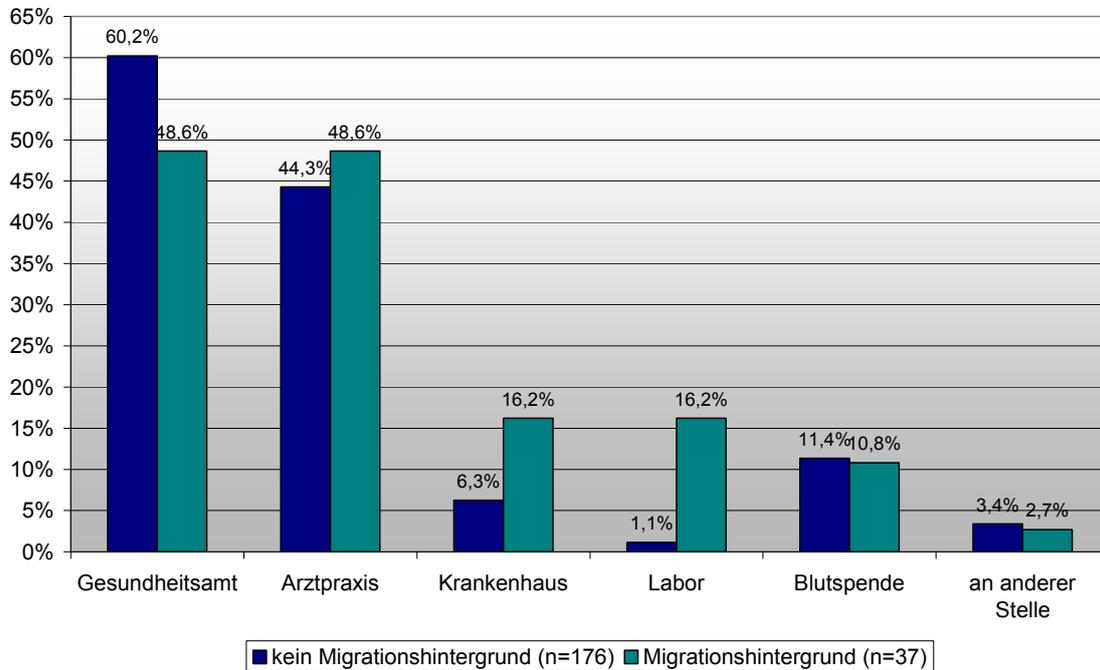


Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Prozentsätze beruhen auf der Anzahl der Befragten

Signifikante Unterschiede bei der Wahl der Einrichtungen zeichneten sich nur für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen ab. MSM nutzten diese am seltensten (s. Abbildung 10). Außerdem ließ niemand von ihnen während eines Krankenhausaufenthaltes einen Test durchführen. MSM bevorzugten offenbar das Angebot des Gesundheitsamtes. Die Anonymität und die ausführliche Beratung, die sie, wie oben gezeigt, besonders schätzen, sind möglicherweise Gründe dafür.



Abbildung 11:
Nutzung verschiedener Einrichtungen bei vorherigen Tests, aufgeschlüsselt nach Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (N=213, Mehrfachnennungen)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Prozentsätze beruhen auf der Anzahl der Befragten

Menschen mit Migrationshintergrund nutzen das Gesundheitssystem offenbar anders. Migranten/innen nutzten für vorherige Tests verhältnismäßig häufiger andere Einrichtungen²⁷ (s. Abbildung 11). Sie suchten häufiger Labore und Krankenhäuser auf. Trotzdem ist der Anteil der Migranten/innen, die mindestens schon einmal vorher einen HIV-Test bei uns durchführen ließen, relativ hoch.

Fazit:

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen führte den HIV-Antikörpertest zum wiederholten Male durch. Der größere Teil der vorangegangenen Tests fand in einem Zeitraum von 1 bis 5 Jahren statt, ein Fünftel lag länger als 5 Jahre zurück.

MSM ließen sich in relativ kurzen Zeitabständen testen, dabei wurden relativ selten niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen aufgesucht.

Menschen mit Migrationshintergrund ließen die früheren Tests häufiger als Menschen ohne Migrationshintergrund in anderen Einrichtungen durchführen, dennoch nannten auch von ihnen knapp die Hälfte unsere Beratungsstelle.

²⁷ Signifikante Unterschiede waren bei Laboren und bei Krankenhausaufenthalten zu verzeichnen.

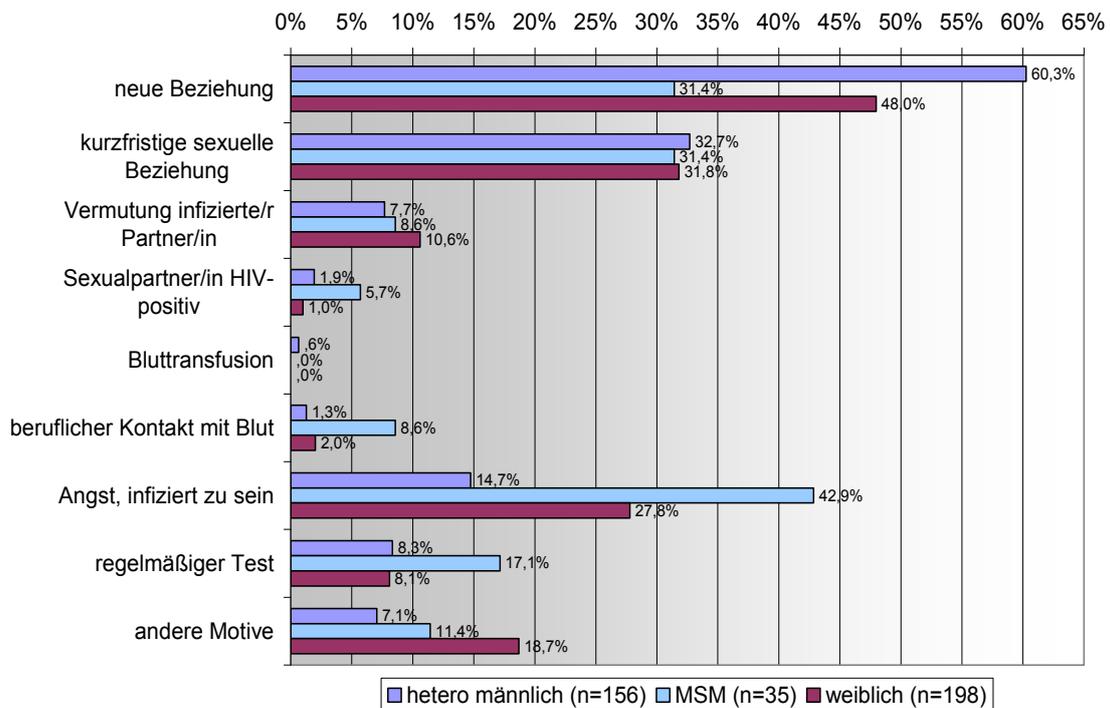


4.4.4 Was sind die Motive für den aktuellen Test?

Das häufigste Motiv der Teilnehmer/innen²⁸ für den aktuellen Test war mit 50,9% der Beginn einer neuen Beziehung, gefolgt von der Abklärung des Risikos nach einer kurzen sexuellen Beziehung mit 31%. An dritter Stelle stand mit 24,4% die Angst, sich infiziert zu haben. 9,4% der Befragten nannten die Vermutung, dass der/die Sexualpartner/in infiziert sein könnte, 9,1% gaben an, sich regelmäßig testen zu lassen. Einige wenige (1,7%) ließen den Test durchführen, weil ihr/e Partner/in HIV-infiziert war. Im Vergleich zu den einheimischen Befragten gaben Menschen mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so häufig an, regelmäßig einen Test durchführen zu lassen (16,7% vs. 7,6%).

Abbildung 12:

Motive für den aktuellen Test, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=389, Mehrfachantworten)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten

Verglichen mit MSM nannten heterosexuelle Männer fast doppelt so häufig eine neue Beziehung als Testmotiv (s. Abbildung 12). MSM gaben dagegen fast dreimal so häufig wie heterosexuelle Männer an, Angst vor einer Infektion zu haben. Auch Frauen nannten diesen Grund fast doppelt so häufig wie heterosexuelle Männer. Für heterosexuelle Männer war die Angst infiziert zu sein am seltensten ein Grund, sich testen zu lassen.

²⁸ Auch hier waren Mehrfachantworten möglich.



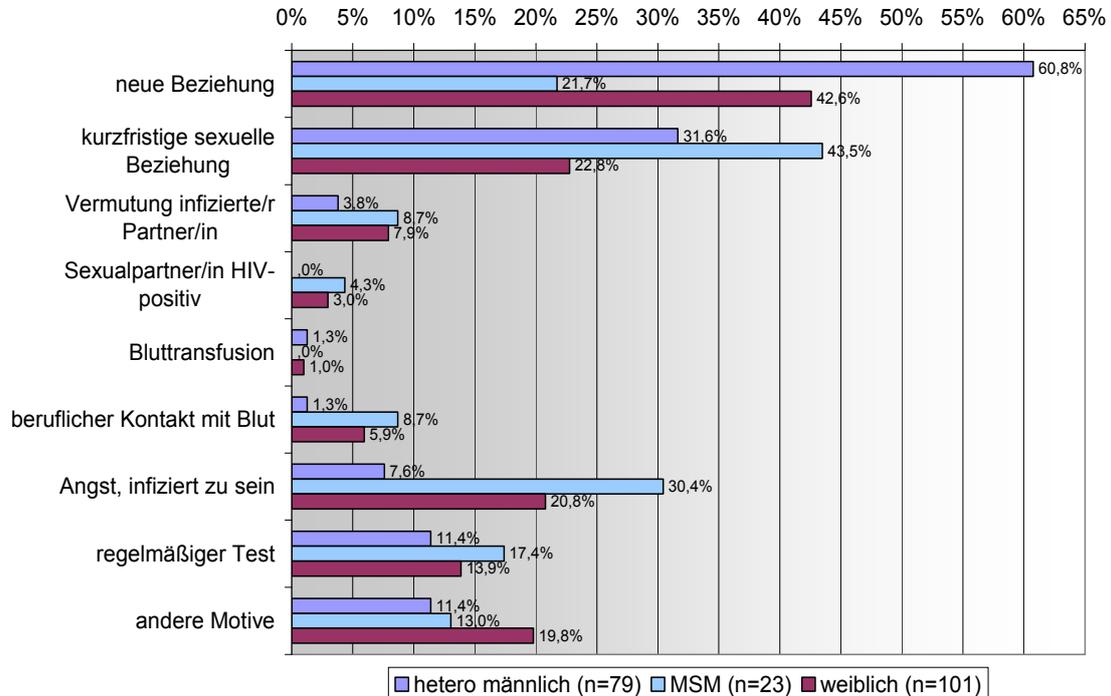
Einen regelmäßigen Test als Motiv nannten MSM doppelt so häufig wie heterosexuelle Männer.

Absolventen einer betrieblichen Ausbildung entschieden sich häufiger für einen Test aufgrund von Ängsten. Im Gegensatz dazu nutzten (Fach)Hochschulabsolventen den Test eher als Sicherheitsvorkehrung in Form einer routinemäßigen Abklärung: Befragte mit einer Lehre nannten „Angst vor einer Infektion“ deutlich häufiger (36,0%) als diejenigen mit einem Universitätsabschluss (19,1%). „Eine neue Beziehung beginnen“ nannten dagegen 49,6% mit einer Lehre und 61,7% mit einem Universitätsabschluss.

Signifikante Unterschiede, die in unserer Untersuchung nur bei der beruflichen Ausbildung zu erkennen waren, zeigten sich in Köln bei der Schulbildung. Sie weisen in die gleiche Richtung: Nutzer/innen mit hohem Bildungsabschluss klären eher am Beginn einer neuen Beziehung, ob sie infiziert sind. Nutzer/innen mit einem niedrigen Bildungsabschluss kommen dagegen eher, weil sie Angst vor einer Infektion haben, d.h. nach einem bereits eingegangenen Risiko.

4.4.5 Unterschiede in den Motiven zu vorhergehenden Tests?

Abbildung 13: Motive für die vorhergehenden Tests, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=203, Mehrfachantworten)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Prozentsätze beruhen auf der Anzahl der Befragten



Die Motivlage war bei den vorhergehenden Tests ähnlich wie bei den aktuellen Tests.²⁹ Die Hälfte der Testwiederholer/innen (50,9%) nannte für die vorherigen Tests dieselben Motive wie für den aktuellen Test.³⁰

Auch hier nannten heterosexuelle Männer am häufigsten den Beginn einer neuen Beziehung und als zweithäufigsten Grund eine kurzfristige sexuelle Beziehung. Bei den MSM dagegen wurde die kurzfristige Beziehung deutlich häufiger als beim aktuellen Test genannt und, etwas seltener, die Angst infiziert zu sein (s. Abbildung 13).

Fazit:

Die angegebenen Gründe für einen Test bestätigen ein weiteres Mal, dass der große Teil der Nutzer/innen den Test als „Präventionsmaßnahme“ zu Beginn einer neuen Partnerschaft durchführen lässt, um eine HIV-Infektion auszuschließen. Dies gilt offensichtlich vor allem für die heterosexuellen Männer.

Daneben wird deutlich, dass MSM den Test häufig aus Angst vor einer Infektion nutzen. Der HIV-Test dient in dieser Gruppe offenbar häufiger zur nachträglichen Risikoabschätzung.

Ein tendenzieller Unterschied im Gebrauch des HIV-Tests zeigt sich bei den Bildungs- bzw. Ausbildungsgraden: Menschen mit hohen Schulabschlüssen und (Fach-) Hochschulausbildung nutzen den Test eher als Sicherheitsvorkehrung vor dem Beginn einer Partnerschaft, um HIV-Infektionen zu vermeiden. Menschen mit niedrigeren Ausbildungsgraden nutzen ihn eher aus Angst vor einer Infektion nach einem bereits eingegangenen Risiko.

²⁹ Auch hier lagen keine Vergleichsdaten bei der Kölner Studie vor.

³⁰ Auf eine/n Teilnehmer/innen entfielen 1,3 Antworten.

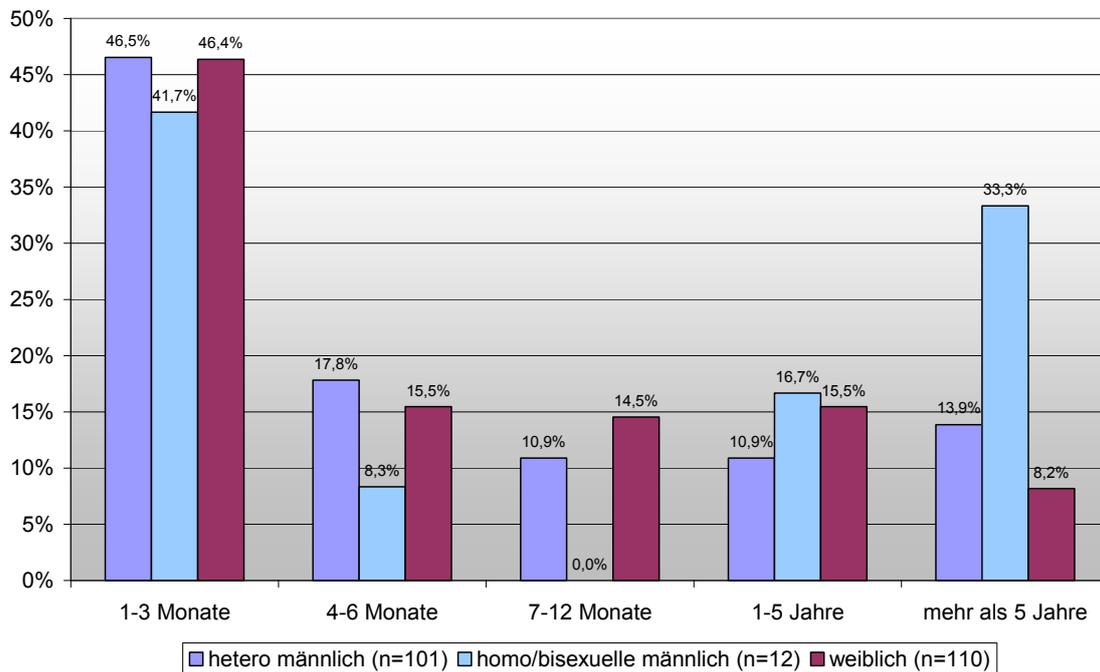


4.5 Was sind die Risiken?

Um genaueres über die HIV-relevanten Risiken unserer Nutzer/innen zu erfahren, fragten wir nach der Häufigkeit von Partnerwechseln, der Verwendung von Kondomen, nach sexuell übertragbaren Erkrankungen und nach einer Impfung gegen Hepatitis B.

4.5.1 Häufigkeit des Partnerwechsels

Abbildung 14: Dauer der aktuellen Partnerschaft, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=223)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Der größte Teil der Befragten (63,6%) hatte zum Zeitpunkt des Testes eine/n feste/n Partner/in. Die **aktuellen Partnerschaften dauerten** von weniger als einen Monat bis zu 35 Jahren. Fast die Hälfte dieser Partnerschaften (46,3%) waren noch junge Beziehungen, die erst seit ein bis drei Monate bestanden. Nur ein Viertel bestand schon länger als ein Jahr. Signifikante Unterschiede zeigten sich zwischen heterosexuellen Männern und MSM: heterosexuelle Männer nannten mit 72% am häufigsten eine feste Beziehung, MSM mit 40% am seltensten.³¹ Dennoch hatten MSM einen relativ hohen Anteil an längeren Beziehungen (s. Abbildung 14). MSM haben offensichtlich seltener feste Beziehungen, aber wenn sie feste Beziehungen haben, sind sie von langer Dauer. Frauen und heterosexuelle Männern gaben eine mittlere Partnerschaftsdauer von 4

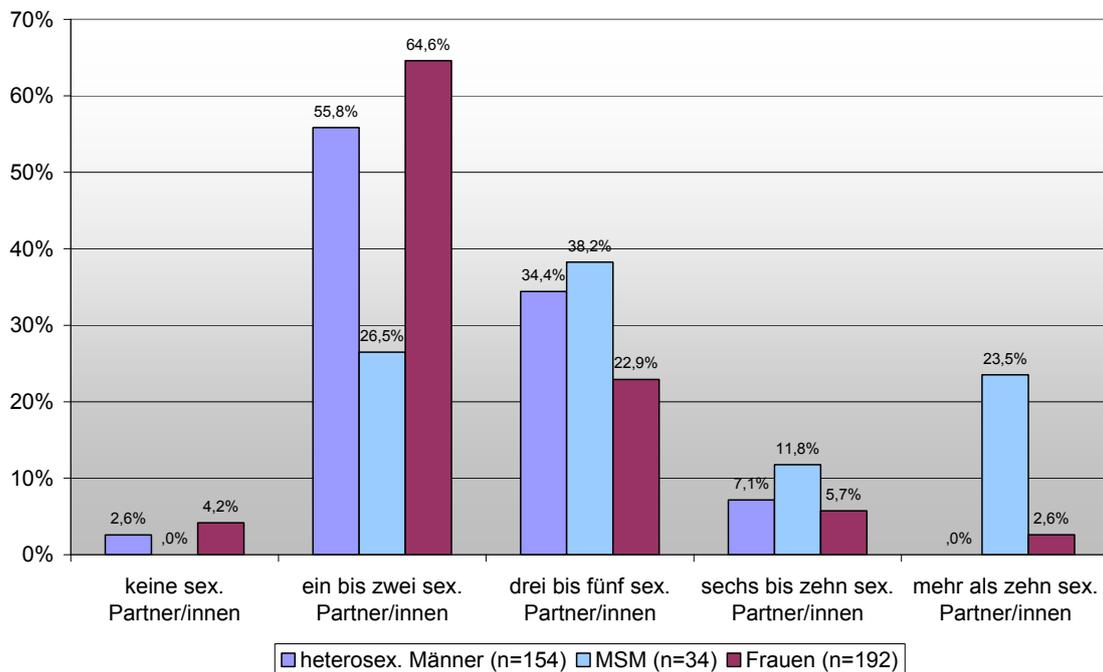
³¹ Frauen nannten mit 61,2% (120 P.) eine feste Beziehung.



Monaten an, bei den MSM bestand die Partnerschaft im Mittel bereits seit 14 Monaten.³²

Die gruppenspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Dauer der aktuellen Partnerschaften verweisen noch einmal auf die unterschiedlichen Testmotive: MSM nutzten den HIV-Test auch bei länger andauernden Partnerschaften eher zur Vergewisserung, sich zwischenzeitlich nicht infiziert zu haben. Anders dagegen heterosexuelle Männer, die den Test häufiger zu Beginn einer neuen Beziehung durchführen lassen.

Abbildung 15: Anzahl der sexuellen Partner/innen während der letzten 12 Monaten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=380)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Frauen wie auch heterosexuelle Männer hatten innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem aktuellen Test im Durchschnitt (Median) mit zwei Personen **sexuelle Kontakte**. Bei den MSM war dieser Wert mit 4,5 mehr als doppelt so hoch. Die Zahl der angegebenen Sexualpartner/innen bewegte sich zwischen 0 und 300³³. Die Mehrheit der Frauen und der heterosexuellen Männer hatten innerhalb der letzten zwölf Monate ein bis zwei Sexualpartner/innen, die Mehrheit der MSM dagegen drei und mehr (s. Abbildung 15). Eine höhere Frequenz von Sexualpartner/innen bei Männern – wie aus vielen Untersuchungen zum Sexualverhalten bekannt – bestätigte sich in unserer Stu-

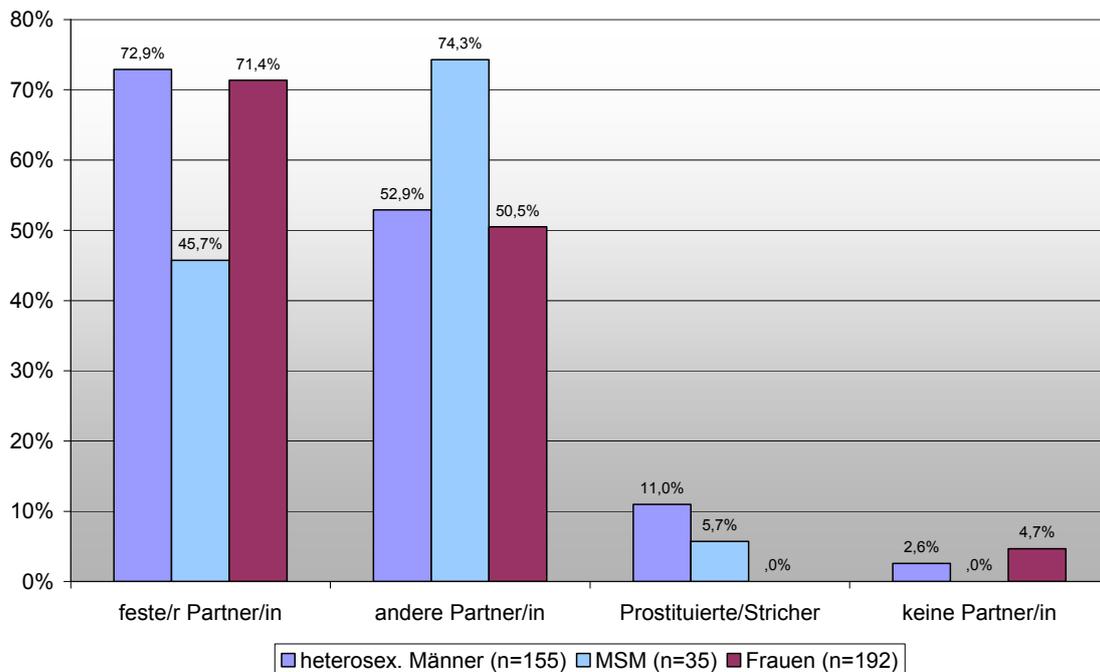
³² Median

³³ Diese exorbitante Zahl, die von einem MSM angegeben wurde, ist durchaus realistisch. Daher haben wir sie, soweit nicht anders, vermerkt in die Berechnungen einbezogen.



die nur insofern, dass Männer signifikant häufiger als Frauen mit 3 und mehr Partnerinnen im vergangenen Jahr Sexualkontakte hatten. Migrationshintergrund und Schulbildung hatten keine signifikanten Einflüsse auf die Zahl der Sexualpartner/innen.

Abbildung 16: Sexualkontakte aufgeschlüsselt nach Art der Beziehung, Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=382, Mehrfachnennungen)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009
Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten

Auf die Frage, **mit wem in den letzten 12 Monate sexuelle Kontakte stattfanden**, gaben 69,6% der Befragten feste Partner/innen an (Mehrfachnennungen waren möglich). 53,5% nannten andere Partner/innen, 4,9% Prostituierte oder Stricher. 3,4% hatten keine sexuellen Kontakte. Zwischen den Geschlechtern hob sich nur der Kontakt von Männern zu Prostituierten und Strichern signifikant hervor. Differenziert man die befragten Männer aber nach ihrer sexuellen Orientierung, zeigen sich signifikante Unterschiede. MSM nannten häufiger sexuelle Kontakte mit anderen Partnern und seltener solche mit festen Partnern, jedoch nur selten Sexualkontakte mit Strichern (s. Abbildung 16). Die KABaSTI-Studie³⁴ des Robert Koch-Instituts, die sich mit dem Sexualverhalten von MSM auseinandersetzt, macht darauf aufmerksam, dass bei MSM sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung zunehmen, je länger die Partnerschaften dauern.³⁵ Ähnliches ist allerdings auch für heterosexuelle Beziehungen – möglicherweise aber nicht im selben Ausmaß – anzunehmen. Auf jeden Fall bestätigen unsere

³⁴ s. Glossar

³⁵ s. RKI 2007



Daten eine deutlich höhere Partnerfrequenz bei MSM und gleichzeitig lang dauernde Beziehungen. Damit unterscheiden sie sich deutlich von heterosexuellen Männern und von Frauen.

Migrant/innen gaben signifikant seltener als einheimische Befragte an, innerhalb des zurückliegende Jahres mit anderen Partner/innen außerhalb einer festen Beziehung sexuelle Kontakte gehabt zu haben (40,0% vs. 56,5%). Sie nutzen den Test offenbar eher innerhalb von festen Beziehungen.

Beim Bildungsabschluss waren keine signifikanten Ergebnisse zu erkennen.

Die Kölner Daten zeigen, ähnlich wie bei uns, dass die durchschnittliche Partnerzahl bei Frauen und heterosexuellen Männern nahezu identisch ist, während die der MSM deutlich höher liegt. Dies obwohl in Köln der beobachtete Zeitraum lediglich sechs Monate betrug.³⁶

4.5.2 Kondomnutzung

Etwas mehr als die Hälfte aller Befragten nutzte Kondome immer oder häufig, wobei sich zwischen Männern und Frauen signifikante Unterschiede ergaben. Männer gaben häufiger als Frauen an, „immer“ Kondome zu verwenden, deshalb wurde auch die Kategorie „nie“ von Männern seltener genannt. Dieser Unterschied bleibt auch bei Differenzierung nach sexueller Orientierung bestehen. MSM nutzten allerdings am häufigsten „immer“ Kondome und am seltensten „nie“. Auffällig ist der hohe Anteil von Frauen (etwa ein Viertel), die angaben „nie“ Kondome zu nutzen (s. Abbildung 17). Hier könnte man gewisse Antwortverzerrungen unterstellen, wenn einige Frauen die Frage nach der Kondomverwendung nicht auf sich bezogen haben. Unsere Erfahrungen aus den Beratungsgesprächen, in denen wir diese Frage in der Regel genauso formulieren, sprechen allerdings dagegen. Erklärungen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede geben Kröhn und Sydow-Kröhn³⁷ in einer Studie zur Kondomakzeptanz bei Jugendlichen: Der Hauptaspekt bei der Verwendung von Kondomen ist für beide Geschlechter die Verhütung von Schwangerschaften. Jungs akzeptieren Kondome eher als Mädchen, sie experimentieren eher mit Kondomen und sind dadurch vertrauter im Umgang. Kröhn/Sydow-Kröhn weisen darauf hin, dass Kondome ein „materialisierter“ Ausdruck genitaler Sexualität sind. Während Mädchen und Frauen andere zuverlässigere Verhütungsmittel zur Verfügung stehen, scheinen Kondome für Jungs und vermutlich auch für Männer lustvoll besetzt zu sein. Sie machen deutlich, dass sie fähig sind, Sexualität zu leben und dafür Verantwortung zu übernehmen.

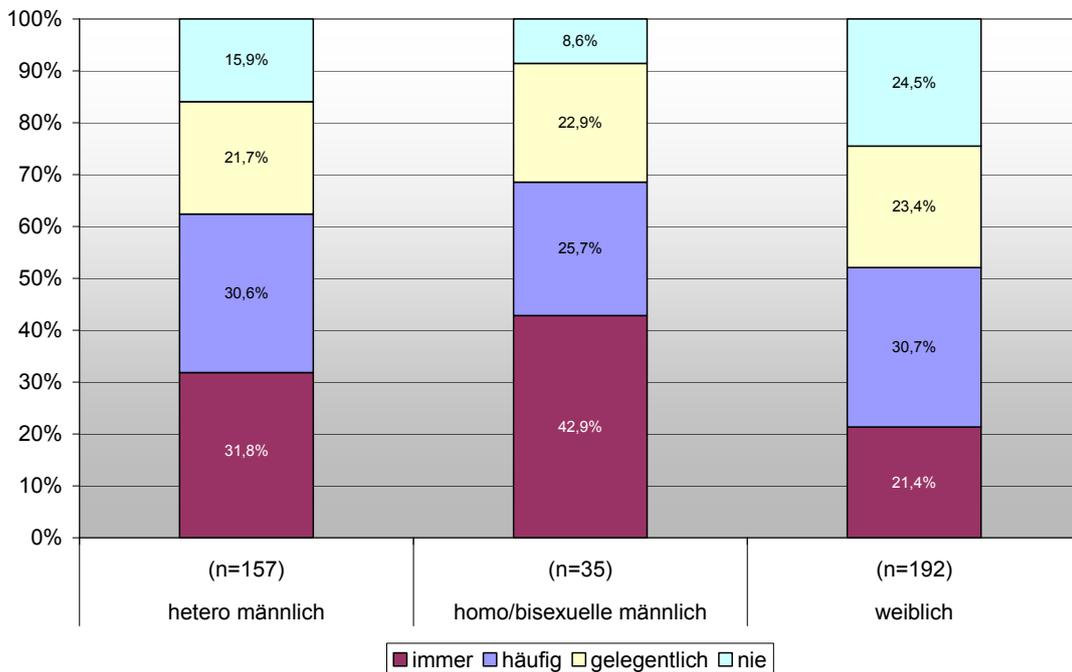
Im Übrigen wirkten sich weder Migrationshintergrund noch Schulbildung nennenswert auf die Kondomnutzung aus.

³⁶ s. Bremer et al. 2006

³⁷ Kröhn und Sydow-Kröhn 1994



Abbildung 17: Kondomnutzung aufgeschlüsselt nach Geschlecht und bei Männern nach sexueller Orientierung (N=384)



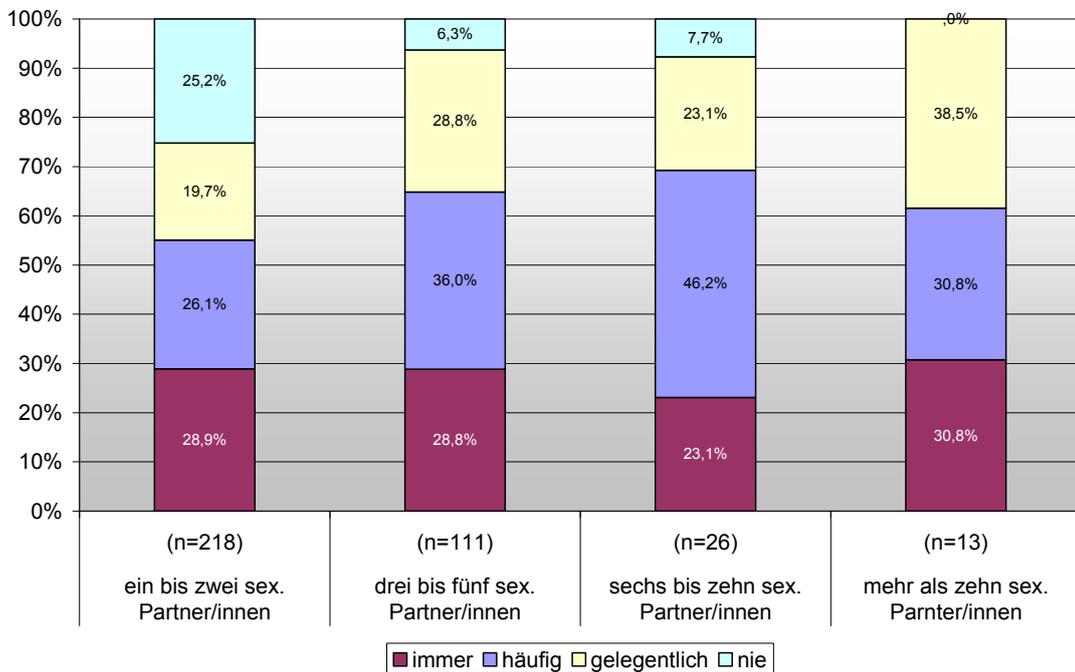
Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Weitere Unterschiede bei der Kondomnutzung zeigen sich hinsichtlich der Häufigkeit des Wechsels von Partner/innen. Die Gruppe mit den wenigsten Partnerwechseln (1-2 Partner/innen) nutzte am seltensten Kondome (s. Abbildung 18). Diese Teilnehmer/innen nutzten den HIV-Test vermutlich gezielt, um innerhalb der bestehenden Partnerschaft auf Kondome verzichten zu können. Bei den Befragten mit häufigerem Wechsel der Partner/innen lag der Anteil derer, die Kondome „immer“ oder „häufig“ benutzten, zwischen 61,5 und 69,2%. Dabei nimmt dieser halbwegs regelmäßige Kondomgebrauch mit der Häufigkeit des Partnerwechsels tendenziell zu. Die Abweichung nach unten in der Gruppe mit den meisten Wechseln von Partner/innen (mehr als 10 Partner/innen) ist wegen der geringen Fallzahl nicht sinnvoll interpretierbar.



Abbildung 18:

Zahl der sexuellen Partner/innen in den letzten 12 Monaten und Kondomnutzung (N=368)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt jedes Jahr in Deutschland eine repräsentative Befragung zu AIDS im öffentlichen Bewusstsein durch. Befragt werden Personen, die jünger als 45 Jahre sind. Diese Erhebung erfragt in gleicher Weise wie wir die Kondomnutzung bei Menschen mit mehreren Sexualpartnern innerhalb eines Jahres und kommt für das Jahr 2008 zu ähnlichen Ergebnissen. In der BzgA-Studie gaben 62% der Befragten, die innerhalb der letzten 12 Monate mehr als ein/e Sexualpartner/in hatten, an, Kondome „immer“ oder „häufig“ verwendet zu haben. 15% nannten die Kategorie „nie“. ³⁸ In unserer Studie gaben 64,1% der Befragten dieser Gruppe (mehr als ein/e Sexualpartner/in) an, „immer“ oder „häufig“ Kondome genutzt zu haben. 10,8% hatten keine Kondome verwendet.

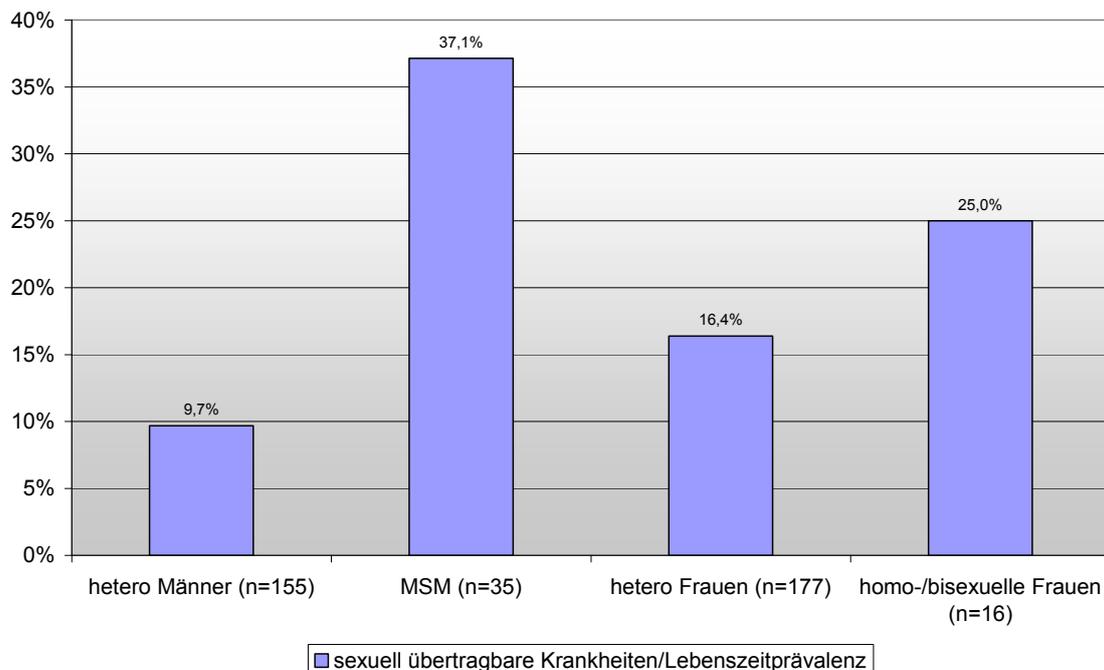
³⁸ s. BZgA 2009



4.5.3 Sexuell übertragbare Erkrankungen

Fast jeder fünfte unserer Befragten hatte mindestens schon einmal eine klassische sexuell übertragbare Erkrankung gehabt, 15,8% einmal und 2,6% sogar mehrmals. Aus der Gruppe mit sexuell übertragbaren Erkrankungen in der Vorgeschichte waren 21,3% MSM, 24,6% waren heterosexuelle Männer und 54,1% Frauen. Die am häufigsten genannten Infektionen waren Chlamydien, die 5,4% aller Befragten angaben, gefolgt von Feigwarzen mit 3,9%, Herpes genitales mit 3,4%, Gonorrhö mit 1,2% und Syphilis mit 0,5%. Gegenüber der Kölner Studie lag in unserer Studie der Anteil derer, die schon einmal eine sexuell übertragbare Erkrankung hatten, deutlich höher. Dort berichteten nur 9,4% der Befragten, einmal eine solche Krankheit gehabt zu haben, in beiden Städten war jedoch der Anteil derer mit mehreren STDs nahezu gleich.

Abbildung 19: Sexuelle Orientierung und Rate der sexuell übertragbaren Erkrankungen im Lebensverlauf (N=383)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

MSM hatten mit 37,1% eine weit überproportional hohe Rate an bereits durchgemachten sexuell übertragbaren Erkrankungen (s. Abbildung 19). Einen ähnlichen Anteil ergab auch die Kölner Studie (31,3%).³⁹ In der KABaSTI-Studie berichteten sogar 43% der Teilnehmer, sich in der Vergangenheit mit sexuell übertragbaren Erkrankungen angesteckt zu haben.⁴⁰ Relativ hoch war bei uns auch die Rate in der kleinen Gruppe

³⁹ s. Bremer et al. 2006

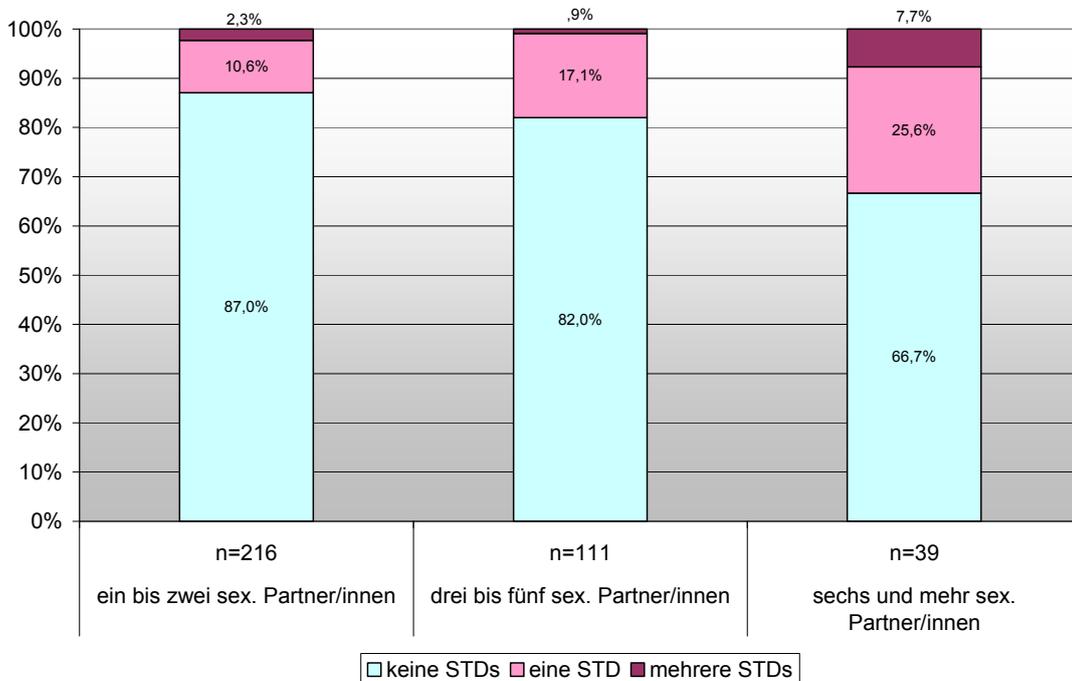
⁴⁰ s. RKI 2007



der homo- und bisexuellen Frauen. Die geringste Rate hatten heterosexuelle Männer, während der Anteil unter den heterosexuellen Frauen 1,7-fach höher lag (s. Abbildung 19). Die deutlich höhere Rate unter den Frauen bestätigt auch die Kölner Studie (11,1% vs. 5,4% [Männer]).⁴¹ Auch das Erkrankungsspektrum unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern und der sexuellen Orientierung: Frauen nannten deutlich häufiger Chlamydien (15 Frauen gegenüber 7 Männern) und Herpes genitalis (9 Frauen gegenüber 5 Männern). Syphilis trat nur bei MSM auf, auch Gonorrhö beschränkte sich weitgehend auf MSM.

Menschen mit Migrationshintergrund hatten ungefähr ebenso häufig sexuell übertragbare Erkrankungen. Auch hinsichtlich der Schulbildung gab es kaum signifikante Unterschiede.

Abbildung 20: Anteil der Teilnehmer/innen mit oder ohne STDs im Lebensverlauf mit Bezug auf die Partnerzahl innerhalb der letzten 12 Monate (N=366)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

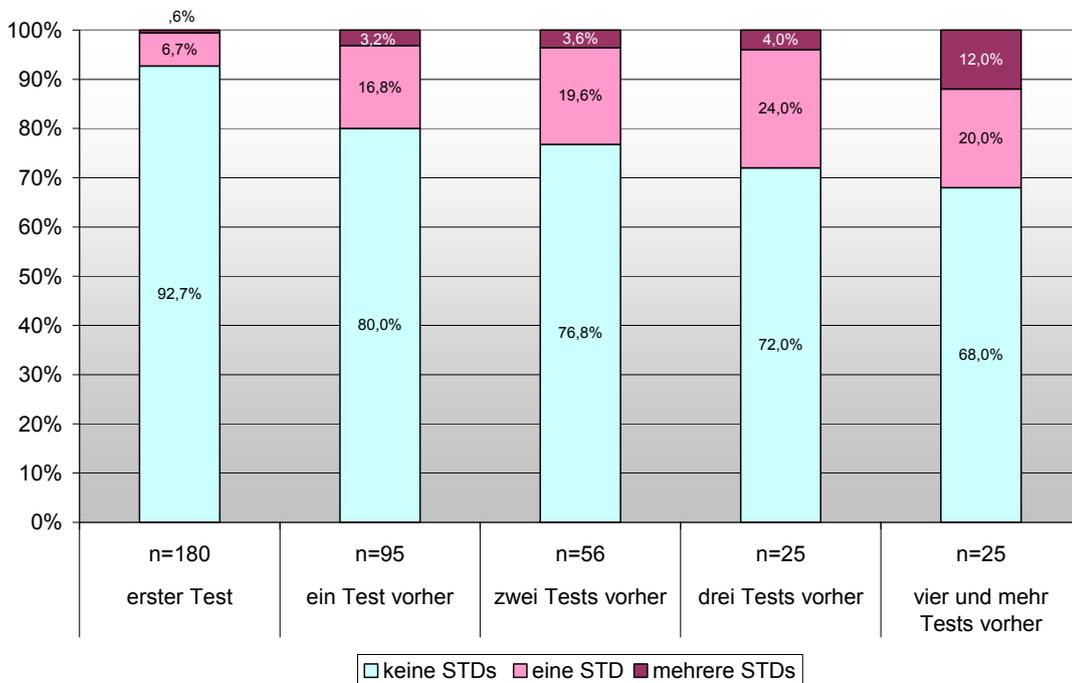
Aus unseren Daten geht nicht zwingend hervor, dass häufiger Wechsel der Partner/innen und das Auftreten sexuell übertragbarer Krankheiten zusammenhängen. Befragte mit einer früheren Erkrankung hatten im Mittel 2,5 Sexualpartner/innen, noch nie erkrankte Befragte 2. In der Kölner Studie, die die Zahl der Partner/innen nur für die vergangenen 6 Monate erfragte, unterschied sich dagegen die durchschnittliche Zahl

⁴¹ s. Bremer et al. 2006



der Partner/innen bei den Personen mit und ohne frühere Erkrankungen deutlich.⁴² Allerdings zeigt auch unsere Studie, dass sehr häufiger Wechsel der Partner/innen und das Auftreten sexuell übertragbarer Krankheiten zusammenhängen.⁴³ Der Anteil der Personen mit einer sexuell übertragbaren Krankheit in der Vorgeschichte war deutlich höher bei denjenigen, die mehr als 6 Sexualpartner/innen in den vergangenen 12 Monaten nannten (s. Abbildung 20). Da jedoch die Partnerzahl nur für das vorangehende Jahr, das Auftreten sexuell übertragbarer Erkrankungen dagegen für den bisherigen Lebensverlauf erfragt wurde, ist eine kausale Interpretation nur eingeschränkt möglich. Bei einigen Befragten lässt sich dennoch annehmen, dass für sie häufiger Partnerwechsel mit den entsprechenden Risiken für sexuell übertragbare Krankheiten ein dauerhaftes Verhaltensmuster ist.

Abbildung 21: Anteil der Teilnehmer/innen mit oder ohne STDs im Lebensverlauf mit Bezug auf die Häufigkeit der HIV-Antikörpertests (N=381)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Außerdem zeigte sich, dass mit zunehmender Testhäufigkeit auch der Anteil derjenigen zunimmt, die schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt hatten (s. Abbildung 21). Dieser Zusammenhang ist hoch signifikant mit einer klaren Tendenz.

⁴² Teilnehmer/innen mit sexuell übertragbaren Krankheiten in der Vorgeschichte gaben in der Kölner Studie im Durchschnitt (Median) 4,5 Sexualpartner/innen innerhalb der letzten 6 Monate an, Personen ohne Erkrankungen 2 Sexualpartner/innen.

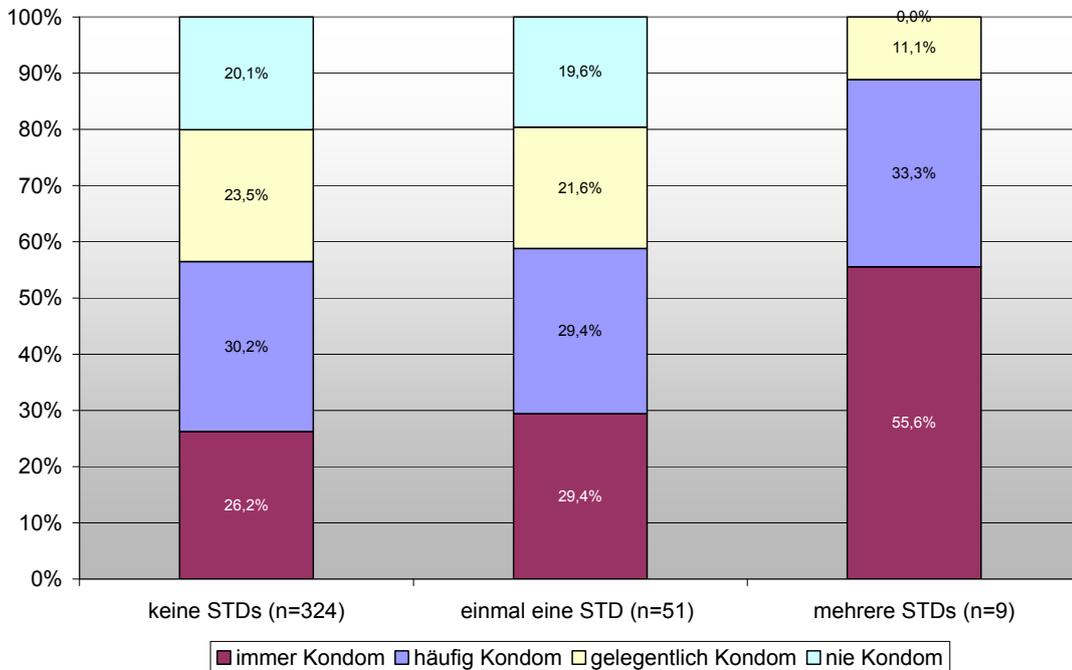
s. Bremer et al. 2006

⁴³ Die Ergebnisse für diesen Zusammenhang sind hoch signifikant.



Eine hohe Partnerfrequenz scheint sowohl mit einer höheren Testhäufigkeit (Klärung eines Ansteckungsverdachts) wie mit einer höheren Erkrankungsrate (höheres Ansteckungsrisiko) verknüpft zu sein.

Abbildung 22: Erfahrung von STDs und Kondomnutzung (N=384)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

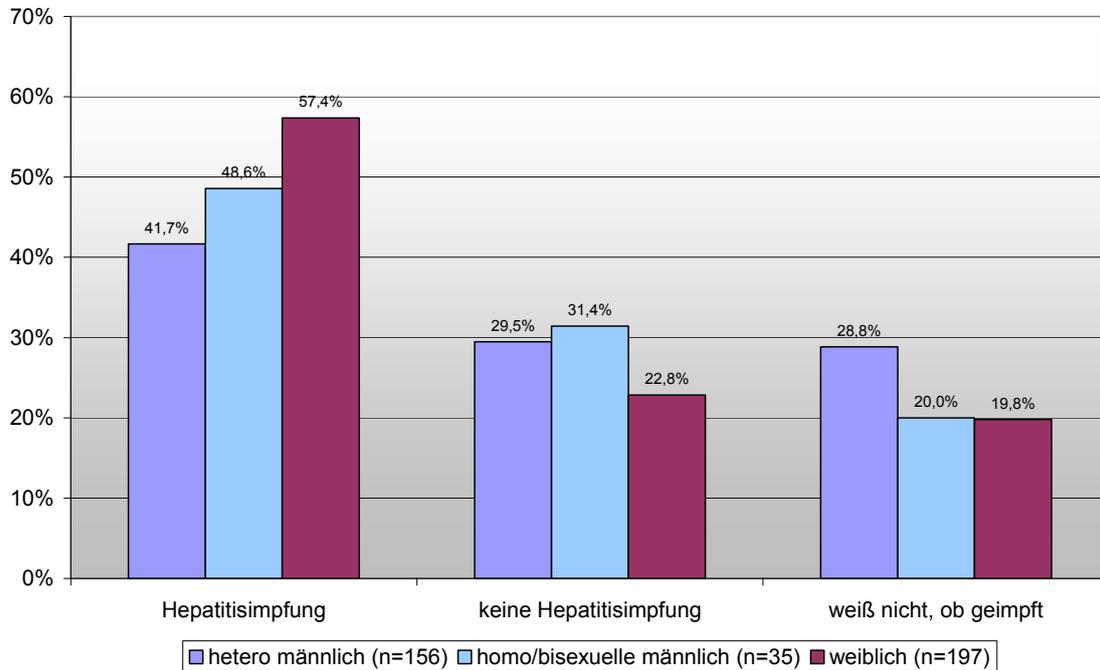
Es fällt außerdem auf, dass Befragte, die sich häufiger testen ließen und die schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit hatten, kaum häufiger Kondome nutzten. Eine Ausnahme bildet die (sehr) kleine Gruppe mit mehrfachen sexuell übertragbaren Krankheiten (s. Abbildung 22). Dies ändert aber nichts daran, dass trotz Krankheitserfahrung Kondome als wirksamer Schutz kaum häufiger eingesetzt werden.

4.5.4 Hepatitis-B-Impfung

Die Hälfte der Befragten (50,4%) war gegen Hepatitis B geimpft. 26,2% gaben an, nicht geimpft zu sein und 23,4% wussten nicht, ob sie geimpft worden waren. Frauen waren signifikant häufiger geimpft und kannten außerdem ihren Impfstatus häufiger (s. Abbildung 23). Zwischen heterosexuellen Männern und MSM bestanden keine signifikanten Unterschiede. Die Risiken für Hepatitisinfektionen sind jedoch bei MSM höher als bei heterosexuellen Männern, insofern ist bei MSM eine Impfung besonders wichtig.



Abbildung 23:
Impfstatus bei Hepatitis B nach Geschlecht und sexueller Orientierung bei Männern
(N=388)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

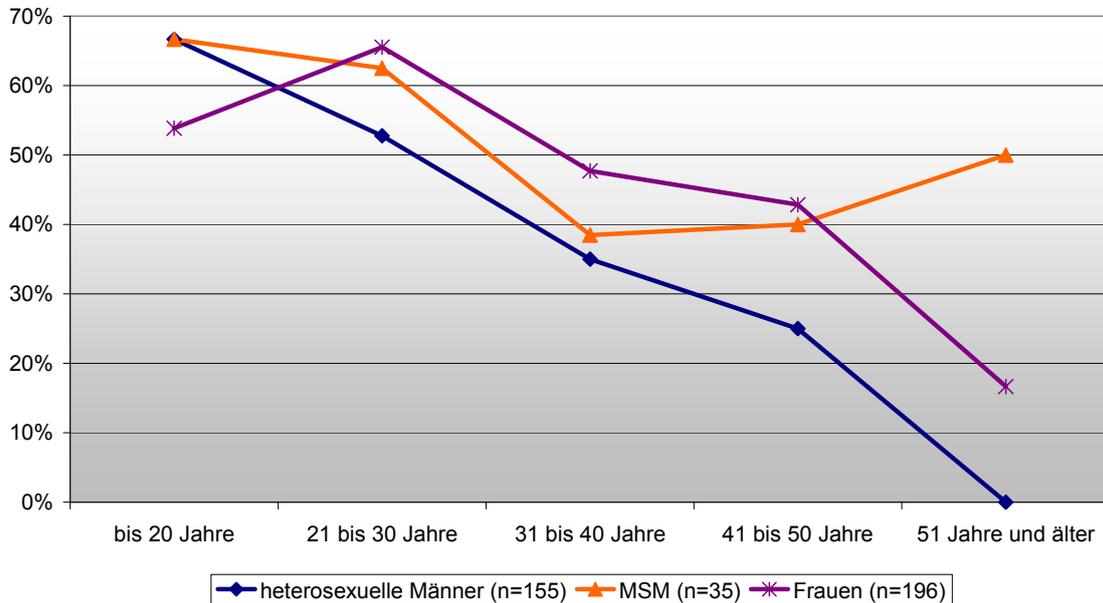
Gegenüber der Kölner Studie war die Durchimpfung unserer Teilnehmer/innen deutlich besser. Nur jeder Dritte (34,4%) Kölner Studienteilnehmer war gegen Hepatitis B geimpft.⁴⁴ In der Kölner Studie lag jedoch der Anteil der geimpften MSM deutlich über dem der heterosexuellen Männer (46,9% vs. 30,6%). Ein Grund für die höhere Impfquote in Bremen kann ein zeitlicher Effekt sein, die Daten für die Kölner Studie wurden 2003 erhoben, unsere 2009. Die Hepatitis-B-Impfung als sinnvolle Prophylaxe rückte erst in den letzten Jahren wieder ins Bewusstsein. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten der Impfung für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr zwar schon seit 1996, dies scheint jedoch erst langsam zu einer spürbar höheren Impfquote zu führen. Erwachsene sind ebenfalls unter bestimmten Umständen, zu denen „Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung“ gehört, zu einer solchen Impfung berechtigt.⁴⁵

⁴⁴ s. Bremer et al. 2006

⁴⁵ Empfehlung der Ständigen Impfkommission der Bundesrepublik Deutschland (STIKO). s. RKI 2008.



Abbildung 24:
Impfraten bei Hepatitis B in Altersgruppe, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und sexueller Orientierung bei Männern (N=386)



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

In unserer Untersuchung hatte das Alter einen hochsignifikanten Einfluss auf die Impfrate, je jünger die Teilnehmer/innen waren, desto höher war der Anteil der geimpften Personen (s. Abbildung 24). Zu den Jüngeren und relativ gut Geimpften zählen bei uns auch ein großer Teil der Migrant/innen (insgesamt 45,1% Migrant/innen vs. 51,9% Deutsche), im Gegensatz zur Kölner Studie bei der Migrant/innen seltener gegen Hepatitis B geimpft waren (26,5% Migrant/innen gegenüber 36,9% Deutschen⁴⁶). Auch die Schulbildung hatte bei uns keine statistisch signifikante Auswirkung auf die Impfraten. In unserer Untersuchung. Positiv fällt auf, dass sowohl jüngere MSM bis 30 Jahre sowie ältere MSM über 51 Jahren am häufigsten in den entsprechenden Altersgruppen geimpft waren. Gleichzeitig deutet unser Ergebnis auf eine Impflücke bei den MSM im mittleren Alter (31 bis 50-Jährige). Da diese eine höhere Gefährdung für Hepatitisinfektionen aufweisen, besteht für sie ein Nachholbedarf bei dieser Impfung. Angesichts häufiger Tests im Gesundheitsamt, die gerade MSM durchführen lassen, stellt sich die Frage, ob die Aufklärung zur Hepatitis B-Impfung im Vorfeld des HIV-Tests ausreichend Wirkung zeigt. Zu überlegen ist, ob für MSM ein Impfangebot in der Beratungsstelle bereitgestellt werden sollte, das dem Wunsch in dieser Gruppe nach Anonymität

⁴⁶ s. Bremer et al. 2006



gerecht wird. Sogar ein gebührenpflichtiges Angebot wäre denkbar, da für MSM Anonymität einen deutlich höheren Stellenwert hat als Kostenlosigkeit.

Unter Präventionsgesichtspunkten bedenklich ist, dass sexuelle Aktivität (Anzahl der Sexualkontakte im vorangegangenen Jahr) und Impfraten nicht verknüpft waren. Offensichtlich wissen vor allem die etwas älteren Befragten wenig über die Schutzwirkung der Impfung und das Risiko einer Hepatitis B-Infektion beim sexuellen Verkehr.

Fazit:

Da repräsentative Vergleichsdaten für die Bevölkerung fehlen, ist nicht zu beurteilen, inwieweit wir Personen mit einem besonderen Risikoprofil erreichen. Auffällig ist jedoch die hohe Rate an sexuell übertragbaren Krankheiten bei MSM, die in etwa der aus der KABA-STI-Studie des Robert Koch-Instituts ermittelten Rate entspricht. MSM haben die höchste Partnerfrequenz und gleichzeitig den häufigsten Kondomgebrauch. Der HIV-Test ist für sie ganz offensichtlich ein Teil einer aus mehreren Bestandteilen bestehenden Präventionsstrategie bei einem insgesamt höheren Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten. Inwieweit ähnliches auch für die Gruppe der homo- und bisexuellen Frauen gilt, ist angesichts der kleinen Fallzahl nicht zu klären. Die besonderen Risiken dieser Gruppe sollten jedoch bei der Beratung vor dem Test im Blick behalten werden.

Bei den heterosexuellen Männern erreichen wir offenbar zum großen Teil eine Gruppe mit einem vergleichsweise geringen Risiko. Typisch für diese Gruppe ist eine niedrige Partnerfrequenz, häufige Kondomnutzung und seltenes Auftreten von sexuell übertragbaren Krankheiten in der Vergangenheit. Wie wir bereits gesehen haben, dient der HIV-Test häufig zur Absicherung, um in einer als dauerhaft angelegten Partnerschaft auf Kondome verzichten zu können.

Auch heterosexuelle Frauen sichern sich offenbar zu Beginn einer Partnerschaft mit dem HIV-Test ab, um auf Kondome verzichten zu können. Sie sind jedoch trotz ähnlich niedriger Partnerfrequenz stärker gefährdet als heterosexuelle Männer. Sie nutzten in der Vergangenheit seltener Kondome und hatten häufiger sexuell übertragbare Krankheiten.

Angesichts mit dem Alter sinkender Impfraten sollten vor allem Menschen ab 30 Jahren mit häufigem Wechsel der Partner/innen auf die Hepatitis B-Impfung hingewiesen werden. Dies gilt im Prinzip für alle hier betrachteten Teilgruppen, insbesondere jedoch für MSM im Alter zwischen 31 und 50 Jahren. Es wäre sicher lohnend, in Absprache mit den Krankenkassen für MSM ein anonymes Impfangebot zu schaffen. Gebühren haben vermutlich keine Barrierewirkung, da MSM auf Anonymität deutlich mehr Wert legen als auf möglichst geringe Kosten.

Insgesamt fällt auf, dass selbst konkrete Risikoerfahrungen wie Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten nicht zum verstärkten Kondomgebrauch füh-



ren, sondern eher zur häufigeren Inanspruchnahme des HIV-Tests. Wer schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit hatte, lässt sich häufiger testen, nutzt deswegen aber nicht häufiger Kondome. Ob sich diese Personen auch häufiger auf sexuell übertragbare Erkrankungen untersuchen lassen, ist uns nicht bekannt.

All diese Befunde weisen darauf hin, dass der HIV-Test im Grunde genommen ein eigenständiger Bestandteil der Präventionsstrategien ist, der unterschiedliche Funktionen erfüllt: Vorsorge, um anschließend auf Kondome verzichten zu können, oder nachträgliche Sorge, um zu prüfen, ob die ergriffenen Präventionsmaßnahmen wie „Safer sex“ erfolgreich waren, oder um zu klären, welche Folgen eingegangene Risiken hatten. All dies sind legitime Gründe. Aber mit unserem eigentlichen Anliegen, über den HIV-Test Anstöße zu geben in Richtung dauerhaft vorbeugendem Verhalten, haben sie relativ wenig zu tun.



4.6 Explorative Analyse von Teilgruppen

Die in den vorhergehenden Kapiteln vorgestellten Ergebnisse vermitteln einen ersten Eindruck von den Nutzer/innen des HIV-Tests. Dabei ragt insbesondere die Gruppe der MSM heraus, sowohl hinsichtlich der Nutzung unseres Angebots wie im Verhalten und beim Infektionsrisiko. Im Folgenden wollen wir uns mit Hilfe einer sogenannten Clusteranalyse ein genaueres Bild von unseren Nutzer/innen machen. Diese Art der Analyse, die vor allem in der Markt- und Meinungsforschung gängig ist, ermöglicht über eine „Kundensegmentierung“ eine differenzierte Beschreibung von Nutzergruppen.⁴⁷ Dadurch können besondere Bedürfnisse und Risiken unterschiedlicher Nutzergruppen sichtbar gemacht werden, auf die mit spezifischen Angeboten reagiert werden kann. Gleichzeitig wird anhand der Größe der ermittelten Nutzergruppen der Umfang potenzieller Bedarfe sichtbar.

In der Statistik bezeichnet „Clusteranalyse“ eine Reihe Gruppen bildender Verfahren. Diese Prozeduren berechnen anhand vorgegebener Merkmale Ähnlichkeiten zwischen Individuen bzw. Untersuchungsobjekten und fassen einander ähnliche Individuen bzw. Untersuchungsobjekte in Gruppen (Cluster) zusammen. Bei der Gruppenbildung folgen die einzelnen Verfahren unterschiedlichen logischen Konzepten, Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der Berechnungsschritte. Da das Ergebnis einer Clusteranalyse oftmals davon abhängt, für welches Verfahren man sich entscheidet und wie viele Cluster als sinnvoll angesehen werden, führen Clusteranalysen grundsätzlich nicht zur „Entdeckung“ objektiv vorhandener Strukturen. Sie haben vielmehr erkenntnisleitende (heuristische) Funktionen, die Ergebnisse bilden häufig den Ausgangspunkt für weiterführende Untersuchungen. Clusteranalysen werden daher auch den so genannten erkundenden (explorativen) Methoden der statistischen Datenanalyse zugerechnet.

Im vorliegenden Fall wurden die befragten Personen mithilfe einer Two-Step-Cluster-Analyse und unter Zugrundelegung der Variablen Alter, Geschlecht und sexuelle Orientierung in Gruppen unterteilt. Die Two-Step-Prozedur kann metrische (Alter) und kategoriale (Geschlecht, sexuelle Orientierung) Variablen gleichzeitig verarbeiten, insofern ist sie im Rahmen dieser Untersuchung das angemessene Verfahren.

⁴⁷ Der Begriff „Kunde“ wird hier nur im übertragenden Sinne gebraucht. Obwohl schon seit einiger Zeit auch in der öffentlichen Verwaltung von Kunden die Rede ist gibt es im Vergleich zum Kunden in der Privatwirtschaft einen gravierenden Unterschied: Anders als kommerzielle Anbieter können öffentliche Institutionen ihre Nutzer/innen nicht gezielt aussortieren (z.B. unter dem Gesichtspunkt der Profitabilität), da jeder Bürger Anspruch auf öffentliche Dienstleistungen hat.

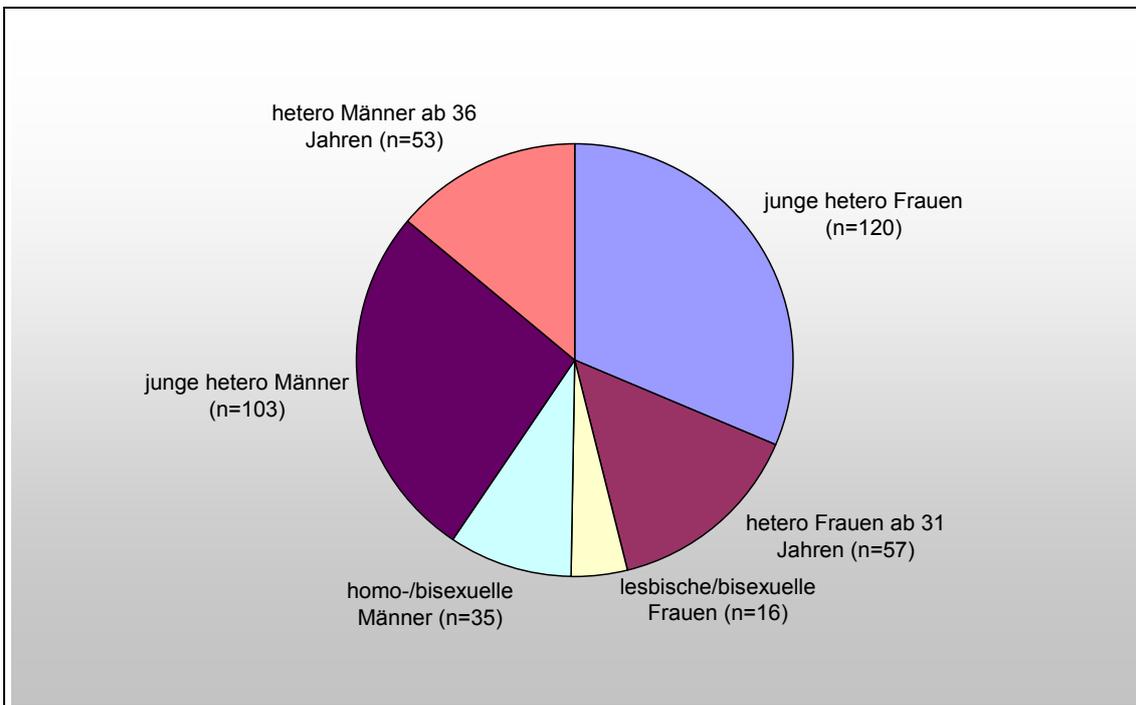


Die durchgeführte Clusteranalyse unterteilte die Teilnehmer/innen der Umfrage zum HIV-Antikörpertest in sechs Gruppen mit insgesamt 384 Personen (s.

Abbildung 25):

- junge heterosexuelle Frauen: 31,3% aller Teilnehmer/innen
- heterosexuelle Frauen ab 31 Jahren: 14,8% aller Teilnehmer/innen
- bisexuelle und lesbische Frauen: 4,2% aller Teilnehmer/innen
- Männer, die mit Männern Sex haben (MSM): 9,1% aller Teilnehmer/innen
- junge heterosexuelle Männer: 26,8% aller Teilnehmer/innen
- heterosexuelle Männer ab 36 Jahren: 13,8% aller Teilnehmer/innen.

Abbildung 25: Aufteilung der Cluster in Prozent



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009



4.6.1 Beschreibung der Cluster

Wir gehen im Folgenden auf die Besonderheiten der einzelnen Gruppen ein. Die dazugehörige Übersichtstabelle befindet sich im Anhang (s. Tabellenanhang, S. 69).

Cluster 1: Junge heterosexuelle Frauen

Dieses Cluster besteht aus jungen heterosexuellen Frauen im Alter von 16 bis 30 Jahren. Das mittlere Alter in dieser Gruppe liegt mit 24 Jahren⁴⁸ deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt (28 Jahre). Es ist mit einem Umfang von 120 Personen die größte Teilgruppe, knapp ein Drittel aller Befragten fallen in dieses Cluster. Knapp ein Viertel dieses Clusters (23,5%) hat einen Migrationshintergrund.

Das Bildungsniveau liegt über dem Durchschnitt, 87,4% konnten Abitur oder Fachhochschulreife vorweisen. Die Erwerbstätigkeit ist hier mit 29,1% am geringsten, ebenso auch die Arbeitslosigkeit. Der größte Teil befindet sich noch in Ausbildung, 69,2% gaben an (noch) nicht berufstätig zu sein.

Die Angehörigen dieses Clusters waren hauptsächlich über Empfehlungen durch Freunde bzw. Bekannte auf unser Beratungsangebot aufmerksam geworden, aber sie nutzten mit nahezu 40% das Internet am zweithäufigsten von allen Gruppen. Außerdem erhielten sie mit etwas mehr als 10% vergleichsweise häufig von Ärzt/innen Informationen zu unserem Angebot.

Der mit Abstand wichtigste Grund, den HIV-Test im Gesundheitsamt durchführen zu lassen, war die Kostenlosigkeit des Angebots. Die Beratung wurde jedoch an zweiter Stelle von mehr als der Hälfte genannt und damit mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil. Das wichtigste Testmotiv war der Beginn einer neuen Beziehung. Zum Zeitpunkt des Tests hatten rund zwei Drittel einen festen Partner. Im Mittel existierte die aktuelle Partnerschaft seit 4 Monaten (Median), dies entspricht dem Gesamtdurchschnitt. Auch die Anzahl der Partner im vergangenen Jahr entsprach mit zwei Personen dem Gesamtdurchschnitt. Die Mehrzahl (59,2%) hatte noch nie vorher einen Test durchführen lassen.

Die Durchimpfungsrate gegen Hepatitis B lag mit 65% deutlich über dem Durchschnitt und war die zweithöchste unter allen Clustern. Etwas seltener als im Gesamtdurchschnitt nutzte diese Gruppe Kondome. Sexuell übertragbare Krankheiten kamen in der Vergangenheit ebenfalls etwas seltener als im Durchschnitt vor, im Vergleich zur Gruppe junger heterosexueller Männer (Cluster 5) aber deutlich häufiger.

⁴⁸ Median



Cluster 2: Heterosexuelle Frauen ab 31 Jahre

Auch dieses Cluster besteht aus heterosexuellen Frauen, ist jedoch mit 57 Personen wesentlich kleiner und mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren erheblich älter. Die Altersspanne bewegt sich zwischen 31 und 61 Jahren. Der Anteil der Migrantinnen liegt mit 15,8% etwas unter dem Durchschnitt. Das Bildungsniveau liegt hier bezogen auf Abitur und Fachhochschulreife im Durchschnitt, der Anteil mit einem abgeschlossenen Universitätsabschluss aber mit 50,9% deutlich über dem Durchschnitt. Die Erwerbstätigkeit in dieser Gruppe ist mit 64,9% überdurchschnittlich, aber auch der Anteil arbeitsloser Teilnehmerinnen (10,5%).

Auf die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes waren die Angehörigen dieses Clusters vor allem über Empfehlungen durch Freunde bzw. Bekannte aufmerksam geworden. Sie nutzten am seltensten das Internet als Zugang. Wesentliche Motive, das Angebot des Gesundheitsamtes in Anspruch zu nehmen, waren für sie dessen Kostenlosigkeit sowie die Tatsache, dass ihnen die Beratung wichtig war (etwas mehr als die Hälfte machten diese Angabe).

Auch hier war der Beginn einer neuen Beziehung der zentrale Anlass für den HIV-Test. Zum Testzeitpunkt hatten knapp zwei Drittel einen festen Partner, die aktuelle Partnerschaft bestand im Schnitt seit drei Monaten. In dieser Gruppe war der Partnerwechsel innerhalb des letzten Jahres am geringsten (im Mittel ein Partner im vergangenen Jahr). Dennoch war für die Teilnehmerinnen hier das zweitwichtigste Testmotiv „kurzfristige sexuelle Beziehungen“, der Anteil der entsprechenden Nennungen liegt etwas über dem Durchschnitt. Zwei Frauen gaben an, dass ihr Sexualpartner infiziert war. Markant ist der weit überdurchschnittliche Anteil an Testwiederholerinnen, über 75% hatten sich bereits in der Vergangenheit auf HIV testen lassen. In dieser Gruppe ist auch der Anteil derer, die regelmäßig einen Test durchführen lassen, am zweithöchsten nach MSM (Cluster 4). Fast 70% derer, die schon früher einen HIV-Test durchführen ließen, hatten dafür das Gesundheitsamt aufgesucht. Damit lagen die Befragten dieses Clusters deutlich über dem Durchschnitt. Knapp ein Drittel benutzte nie Kondome und ein knappes Viertel hatte bereits einmal eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt.

Cluster 3: Bisexuelle und lesbische Frauen

Diese Gruppe ist mit 16 Personen das kleinste Cluster, ihm gehören 4,2% der befragten Personen an. Die Gruppe besteht aus Frauen, die ausschließlich mit Frauen oder sowohl mit Frauen als auch mit Männern sexuelle Kontakte haben. Das mittlere Alter beträgt 30 Jahre, die Altersspanne bewegt sich von 22 bis 57 Jahre. Migrationshintergrund hatte nur eine Frau. Alle Frauen dieses Clusters hatten Abitur oder Fachhochschulreife. Erwerbstätigkeit sowie Arbeitslosigkeit liegen im Durchschnitt.

Auch in dieser Gruppe waren Freunde oder Bekannte die wichtigsten Multiplikatoren für unser Angebot. Mehr als die Hälfte der Frauen dieses Clusters machte das erste Mal einen HIV-Test. Für das Gesundheitsamt entschieden sie sich hauptsächlich we-



gen der Kostenlosigkeit des Angebots. Das häufigste Testmotiv war auch hier eine neue Partnerschaft. Kurzfristige sexuelle Beziehungen wurden am zweithäufigsten als Grund für den Test genannt, nur knapp die Hälfte hatte zum Zeitpunkt des Tests eine feste Partnerschaft. Die bisherige Dauer dieser Beziehungen lag bei 4,5 Monaten. Die Zahl der Partner/innen in den vorangegangenen 12 Monaten lag im Durchschnitt bei 2 Partner/innen.

Auffallend ist in dieser Gruppe die höchste Durchimpfungsrate gegen Hepatitis B, aber auch die vergleichsweise hohe Betroffenheit von sexuell übertragbaren Krankheiten. Ein Viertel der Frauen dieses Clusters gab an, schon mindestens einmal eine solche Krankheit gehabt zu haben.

Der Anteil derjenigen, die nie Kondome nutzen, ist in dieser Gruppe hoch. Das erklärt sich nicht allein damit, dass lesbische Frauen keine Kondome benötigen; der größere Teil der Frauen gab an bisexuell zu sein. In dieser Gruppe besteht durchaus ein Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen.

Cluster 4: Männer, die mit Männern Sex haben (MSM)

Dieses Cluster umfasst Männer, die sexuelle Kontakte entweder nur mit Männern oder sowohl mit Männern als auch mit Frauen haben. Dieser Gruppe gehören 9,1% der Befragten (35 Personen) an. Das Durchschnittsalter liegt bei 35 Jahren und ist damit relativ hoch. Allerdings ist hier die Altersspanne zwischen 18 und 66 Jahren recht breit. Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund liegt nur geringfügig unter dem Gesamtdurchschnitt. Fast drei Viertel in dieser Gruppe sind erwerbstätig, die Arbeitslosigkeit ist gering.

Auch hier waren es in erster Linie Freunde oder Bekannte, die die Beratungsstelle empfohlen hatten. Das Internet als Zugang wurde von einem guten Drittel genannt. Darüber hinaus erwies sich das Telefonbuch als eine vergleichsweise häufig genutzte Informationsquelle. Das zentrale Motiv, sich im Gesundheitsamt testen zu lassen, war für die Mitglieder dieses Clusters, die Möglichkeit der Anonymität. Weitere wichtige Gründe waren die Kostenlosigkeit sowie die mit dem Test verbundene Beratung. Der am häufigsten genannte Anlass für einen HIV-Antikörpertest war die Befürchtung, infiziert zu sein. Zwei Männer gaben an, ihr Sexualpartner sei HIV-infiziert. Die Angehörigen dieses Clusters lassen sich am häufigsten regelmäßig testen. Über zwei Drittel hatten bereits früher einen Test durchführen lassen, davon ein Fünftel innerhalb des letzten Jahres. Fast 70% ließen diese früheren Tests im Gesundheitsamt durchführen.

Die Männer dieses Clusters verhalten sich vergleichsweise promisk, etwa ein gutes Drittel hatte in den letzten 12 Monaten vor dem Test sechs und mehr verschiedene Sexualpartner. Die Partnerfrequenz liegt bei durchschnittlich 4,5 Personen innerhalb des letzten Jahres. 60% hatten keinen festen Partner oder keine feste Partnerin. Im Mittel bestanden die aktuellen festen Partnerschaften jedoch mit Abstand am längsten. Wie bereits in Abschnitt 4.5.1 beschrieben, sind längere Partnerschaften bei MSM



auch öfters mit sexuellen Kontakten außerhalb der Beziehung verbunden.⁴⁹ Unter Präventionsaspekten erfreulich ist die relativ häufige Verwendung von Kondomen. Immerhin gaben fast 43% an, in den letzten 12 Monaten stets Kondome verwendet zu haben. Dennoch hatten überdurchschnittlich viele Personen, nämlich über ein Drittel (37,1%) mindestens schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt. Die Durchimpfungsrate liegt, wie bereits mehrfach festgestellt, etwas unter dem Durchschnitt aller Befragten.

Cluster 5: Junge heterosexuelle Männer

Mit 103 Personen stellt dieses Cluster die zweitgrößte Gruppe, es umfasst ein gutes Viertel der Befragten. Es handelt sich um heterosexuelle Männer, die mit einem Altersdurchschnitt von 26 Jahren etwas jünger als der Gesamtdurchschnitt sind (Altersspanne zwischen 15 und 35 Jahren). Sie sind damit im Schnitt deutlich jünger als die soeben beschriebenen MSM. Der Migrantenanteil entspricht dem Gesamtdurchschnitt.

Vom Beratungsangebot des Gesundheitsamtes wusste man vor allem durch Empfehlungen von Freunden und Bekannten. Die zweite wichtige Informationsquelle war das Internet. Junge heterosexuelle Männer nutzen dieses Medium offenbar ähnlich häufig wie die jungen heterosexuellen Frauen (Cluster 1). Für unser Angebot sprach hauptsächlich die Kostenlosigkeit, Beratung und zugesicherte Anonymität hatten in dieser Gruppe die geringste Bedeutung.

Über die Hälfte der Männer dieses Clusters machte den HIV-Test das erste Mal. Im Vergleich zu den anderen Gruppen wurde mit Abstand am häufigsten der Beginn einer neuen Beziehung als Grund für den Test angegeben. Drei Männer nannten als Grund für den Test eine HIV-infizierte Sexualpartnerin. Etwa drei Viertel (73,8%) hatten eine feste Partnerin mit einer durchschnittlichen Beziehungsdauer von drei Monaten. Die Partnerfrequenz entsprach mit zwei Sexualpartnerinnen im vergangenen Jahr dem Durchschnitt der Befragten.

Ebenfalls im Durchschnitt lag die Impfquote bei Hepatitis B. Am seltensten hatten die jungen heterosexuellen Männer schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit, die ermittelte Rate betrug knapp 8%. Trotz moderaten Partnerwechslens und aktuell fester Partnerschaften gab über ein Drittel an, immer Kondome zu nutzen.

Cluster 6: Heterosexuelle Männer ab 36 Jahren

In dieses Cluster fallen 53 Befragte (13,8%). Hier handelt es sich ausschließlich um heterosexuelle Männer, die aber mit einem Altersdurchschnitt von 42 Jahren mit Abstand am ältesten sind. Ihre Altersspanne bewegt sich zwischen 36 und 61 Jahren. Der Anteil an Migranten ist hier unterdurchschnittlich. In dieser Gruppe ist die Erwerbstätig-

⁴⁹ s. RKI 2007



keit mit mehr als Dreiviertel am höchsten, gleichzeitig aber auch der Anteil der Arbeitslosen am größten.

Im Wesentlichen kannten diese Männer unsere Beratungsstelle durch Freunde oder Bekannte. Das Internet nutzten sie vergleichsweise selten und knapp 10% informierten sich über unser Beratungsangebot aus dem Telefonbuch.

Der primäre Grund, einen HIV-Test beim Gesundheitsamt durchführen zu lassen, war für sie die Kostenlosigkeit des Angebots. Für knapp die Hälfte spielte aber auch die Anonymität eine wichtige Rolle. Der häufigste Anlass für einen Test war der Beginn einer neuen Beziehung, allerdings direkt gefolgt von kurzfristigen sexuellen Beziehungen. Der Anteil dieser Nennungen lag deutlich über dem Durchschnitt. Mehr als zwei Drittel hatten eine feste Partnerin, die Dauer der aktuellen Partnerschaft war deutlich länger als bei den anderen heterosexuellen Gruppen. Gleichzeitig finden sich in dieser Gruppe die meisten Männer mit Kontakten zu Prostituierten (20,8%). Mehr als zwei Drittel hatten in der Vergangenheit schon einmal einen HIV-Test durchführen lassen.

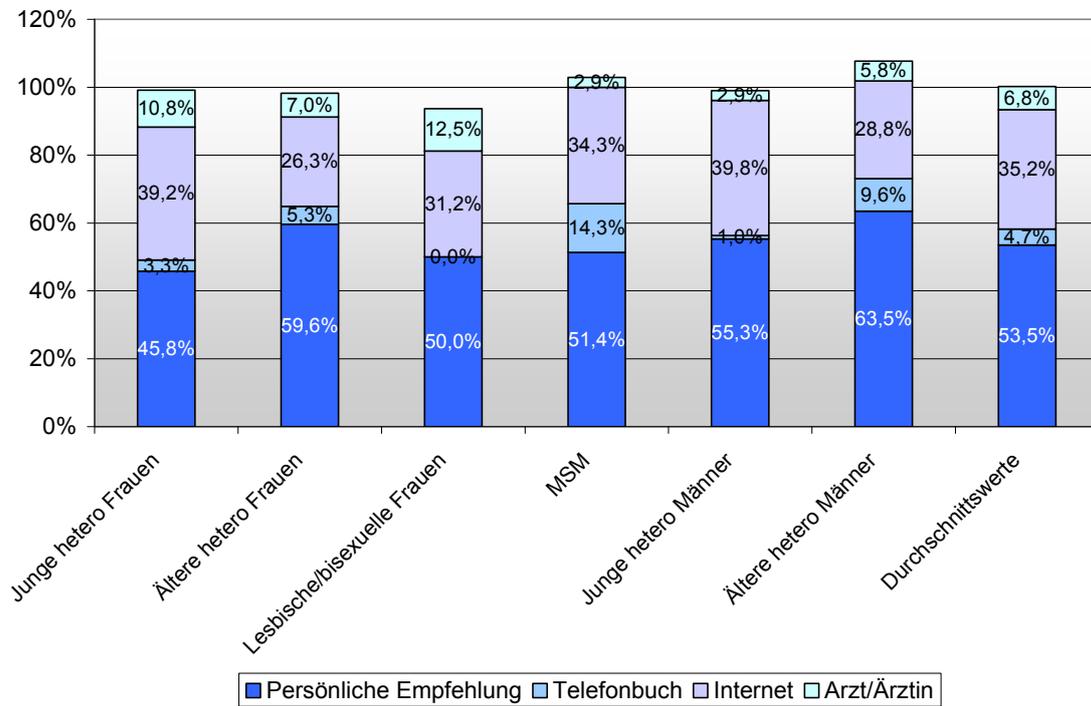
Die Impfquote für Hepatitis B ist in dieser Gruppe am niedrigsten; nur ein Viertel gab an geimpft zu sein. Allerdings lag die Rate derer, die in der Vergangenheit eine sexuell übertragbare Krankheit hatten, ebenfalls unter dem Durchschnitt. Hinsichtlich der Kondomnutzung zeigen sich zwei extrem verschiedene Fraktionen: Ein gutes Viertel gab an immer Kondome zu nutzen, und ein knappes Drittel nutzte nie Kondome.

Bewertung der Cluster

Die Clusteranalyse macht deutlich, dass wir es in der Beratung zum HIV-Antikörpertest mit teilweise recht unterschiedlichen Nutzergruppen zu tun haben, die aber trotz aller Differenzen zwei Gemeinsamkeiten aufweisen: Erstens ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau (s. Tabelle, S. 69) und zweitens die Tatsache, dass ein großer Teil unsere Beratungsstelle aufgrund persönlicher Empfehlungen durch Freunde und Bekannte aufgesucht hat (s. Abbildung 26).



Abbildung 26: Informationsquellen innerhalb der Cluster (Mehrfachnennungen)

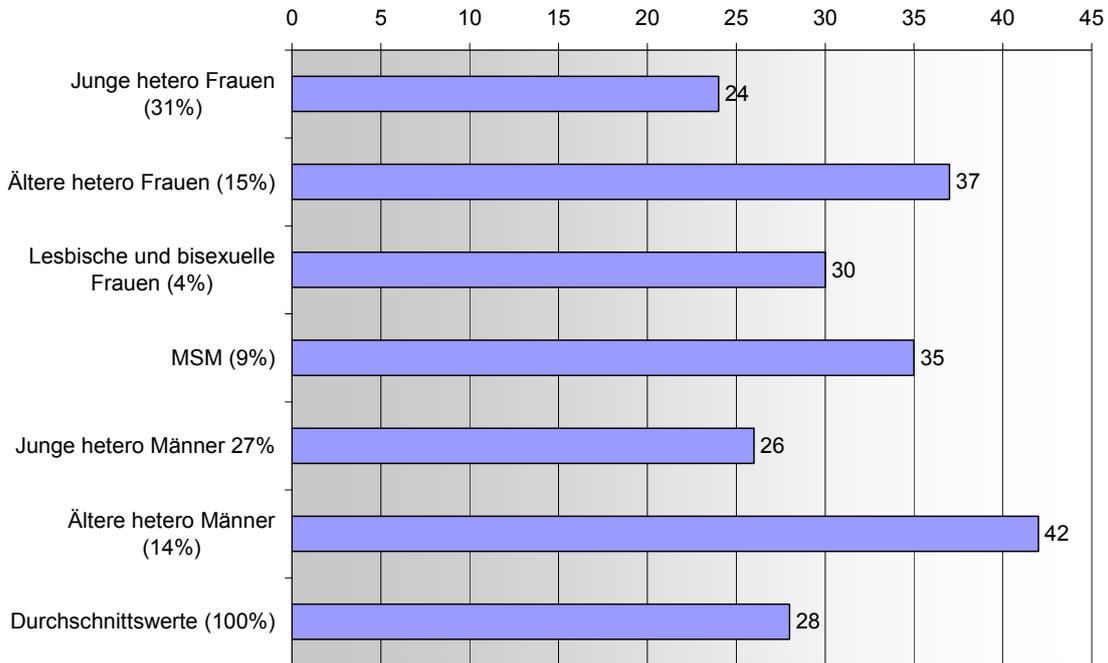


Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Die wesentlichsten Unterschiede zeigen sich entlang der Merkmale „Alter“ und „sexuelle Orientierung“ (s. Abbildung 27). Im Prinzip sind drei Hauptgruppen erkennbar: Jüngere, heterosexuelle Nutzer/innen, etwas ältere heterosexuelle Nutzer/innen sowie Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM). Frauen mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten kommen in unserem Beratungsalltag offenbar nur selten vor. Angesichts der geringen Fallzahl (n=16) sind die Ergebnisse der Clusteranalyse kaum interpretierbar.



Abbildung 27: Durchschnittsalter in den Clustern (Jahre)

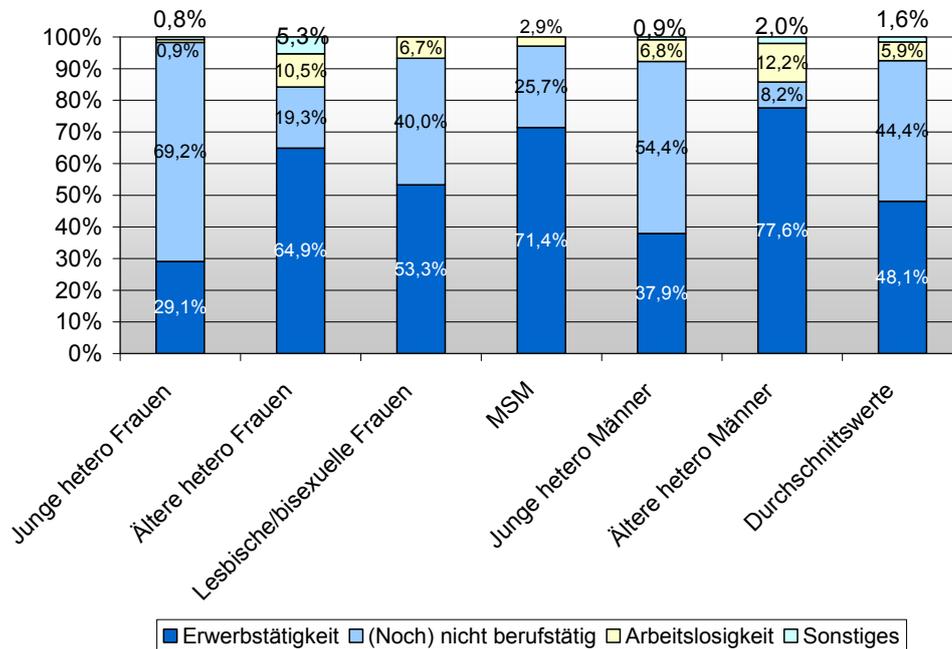


Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Jüngere, heterosexuelle Frauen und Männer stellen mit einem Anteil von über 58% mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen. Die Frauen in dieser Gruppe sind mit einem Durchschnittsalter von 24 Jahren etwas jünger als die Männer mit 26 Jahren. Die Mehrheit ist (noch) nicht erwerbstätig (s. Abbildung 28) und befindet sich in der Ausbildung. Überdurchschnittlich oft informierten sie sich über unsere Beratungsstelle im Internet. Das Internet war nach der persönlichen Empfehlung durch Freunde oder Bekannte der zweitwichtigste Zugangsweg. Daneben erfuhren die Frauen vergleichsweise häufig über unser Angebot durch Ärzte und Ärztinnen (s. Abbildung 26). Der hauptsächliche Grund, unsere Beratung in Anspruch zu nehmen, war die Kostenlosigkeit des Angebots. Des Weiteren war den Frauen – im Gegensatz zu den Männern – das Beratungsgespräch wichtig (s. Abbildung 29).

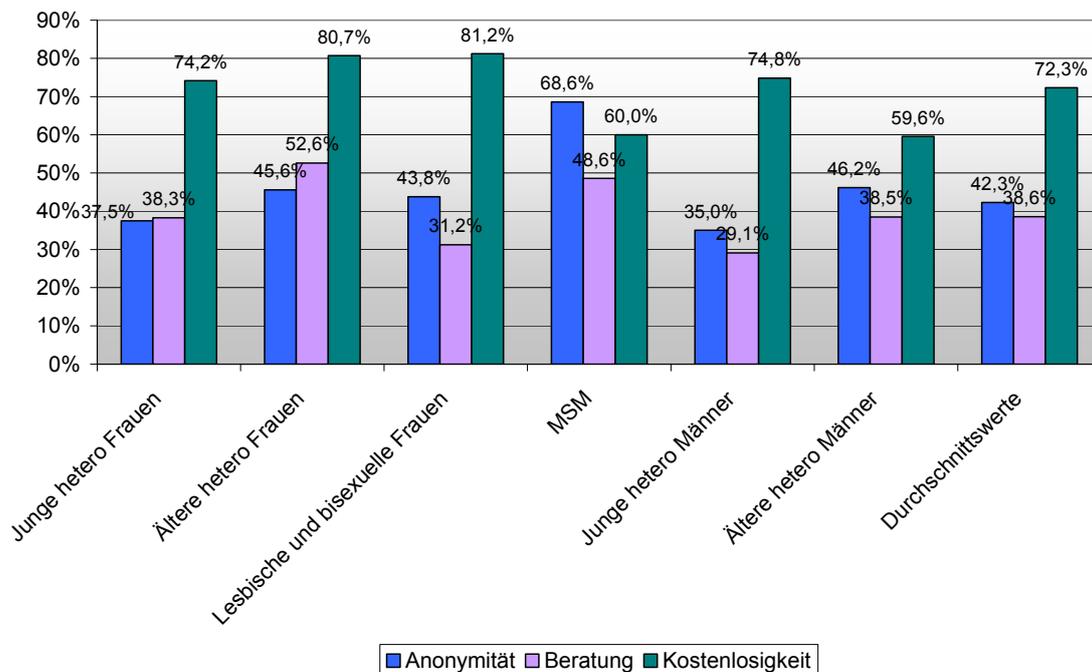


Abbildung 28: Anteil der (Erwerbs)tätigkeit innerhalb der Cluster



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Abbildung 29: Bedeutung von Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit in den Clustern (Mehrfachnennungen)

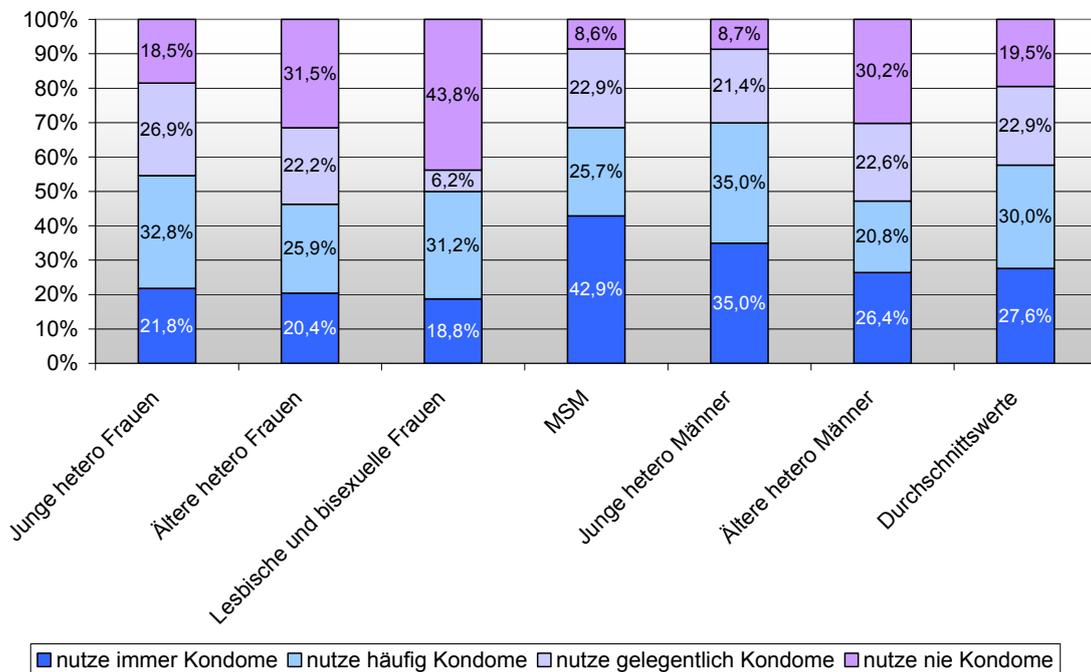


Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009



Das Hauptmotiv, einen HIV-Test durchführen zu lassen, war der Beginn einer neuen Beziehung. Für über die Hälfte war dies der erste Test (s. Tabelle, S. 69). Alles in allem verweisen die einschlägigen Indikatoren (Häufigkeit des Partnerwechsels, Kondomnutzung, frühere sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis B-Impfung) auf ein eher geringes Risiko, sich mit HIV oder mit einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Allerdings sind hier auch einige Einschränkungen hinzuzufügen: die jungen Frauen wenden deutlich seltener Kondome an als die jüngeren Männer und sie hatten häufiger – trotz ihres jungen Alters – in der Vergangenheit sexuell übertragbare Erkrankungen (s. Abbildung 30 und Abbildung 31).

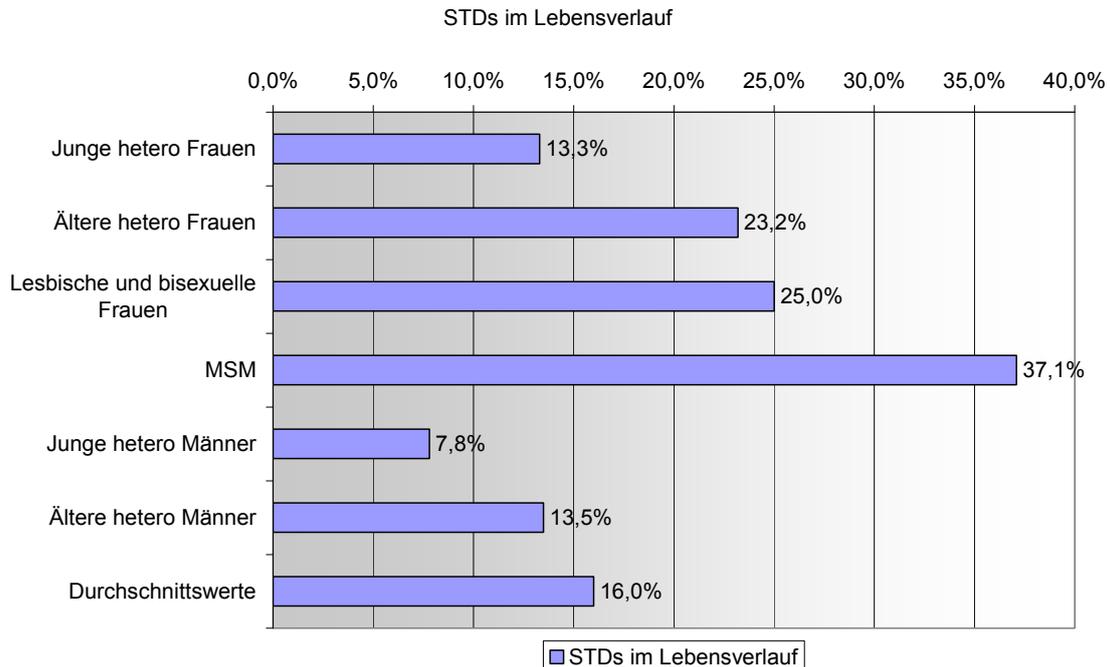
Abbildung 30: Kondomnutzung in den Clustern



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009



Abbildung 31: Sexuell übertragbare Erkrankungen im Lebenslauf innerhalb der Cluster



Quelle: Befragung zum HIV-Antikörpertest in der AIDS/STD Beratung 2008/2009

Ein gutes Viertel der Teilnehmer/innen (28,6%) sind **heterosexuelle Frauen ab 31 Jahre und Männer ab 36 Jahre**. Das mittlere Alter der Frauen in dieser Gruppe beträgt 37 Jahre, das der Männer 42 Jahre. Auffällig sind eine hohe Erwerbsquote (s. Abbildung 28), ein relativ geringer Migrantenanteil sowie die seltene Nutzung des Internets als Informationsquelle zu unserem Beratungsangebot (s. Abbildung 26). Wie in der Gruppe der Jüngeren war die Kostenlosigkeit des Angebots der wichtigste Grund, den HIV-Test im Gesundheitsamt machen zu lassen. Daneben wurde aber auch auf Beratung (Frauen) und auf Anonymität (Männer) Wert gelegt (s. Abbildung 29). Der am häufigsten genannte Anlass für den HIV-Test war der Beginn einer neuen Beziehung, allerdings wurden kurzfristige sexuelle Kontakte und Kontakte zu Prostituierten ebenfalls relativ häufig angegeben. Die meisten hatten schon einmal einen HIV-Test durchführen lassen. Im Vergleich zu den jüngeren Nutzer/innen gibt es für diese Gruppe ein insgesamt höheres Infektionsrisiko, ebenfalls mit einem deutlich höheren Risiko für die Frauen (s. Abbildung 30, Abbildung 31 und Tabelle, S. 69).

Knapp jeder zehnte Nutzer (9,1%) gehört zur Gruppe der **Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM)**. Das Durchschnittsalter dieser Männer ist mit 35 Jahren relativ hoch, der weit überwiegende Teil ist erwerbstätig (s. Abbildung 28). MSM nutzen das Internet als Informationsquelle über unser Beratungsangebot ähnlich häufig wie die jüngeren heterosexuellen Nutzer (s. Abbildung 26). Im Unterschied zu den heterosexuellen Nutzer/innen war für MSM die Anonymität der Hauptgrund, den HIV-Test im Gesundheitsamt durchführen zu lassen (s. Abbildung 29). Das wichtigste Motiv für den Test war für MSM die Angst, infiziert zu sein (und nicht der Beginn einer



neuen Beziehung). Für die meisten war dies nicht der erste HIV-Test. Auffällig ist die hohe Zahl an Sexualpartnern bei gleichzeitig langer Dauer bestehender Beziehungen. Obwohl MSM am häufigsten regelmäßig Kondome nutzen (s. Abbildung 30), tragen sie ein relativ großes Risiko, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Immerhin hatten mehr als ein Drittel (37,1%) schon einmal eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt, der Gesamtdurchschnitt aller Gruppen lag bei „nur“ 16% (s. Abbildung 31).

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Teilnehmer/innen an unserer Befragung sind für die Nutzer/innen unseres HIV-Antikörpertests repräsentativ, mit einer Einschränkung: Migrant/innen sind unterrepräsentiert, da sie bei geringen Deutschkenntnissen nicht an der Befragung teilnehmen konnten.

Die mit unserer Befragung erfassten Nutzer/innen gleichen denen der Kölner Befragung. In den Erhebungen waren beide Geschlechter nahezu gleich vertreten. In Köln waren die Test-Nutzer/innen im Durchschnitt etwas jünger als bei uns, wobei Frauen in beiden Befragungen im Mittel jünger waren als die Männer. Das Durchschnittsalter der Frauen lag in Bremen bei 29 Jahren und in Köln bei 27 Jahren, das der Männer bei 33 Jahren (Bremen) gegenüber 30 Jahren (Köln). Migrant/innen waren in beiden Befragungen durchschnittlich ca. 2,5 Jahre jünger als die Befragten ohne Migrationshintergrund. MSM waren in Bremen mit mehr als 36 Jahren deutlich älter als der Durchschnitt, Daten aus Köln lagen dazu nicht vor.

In unserer wie auch in der Kölner Studie betrug der Anteil an Migrant/innen 18% und war damit geringer als der Anteil an der Bevölkerung beider Städte. In beiden Erhebungen hatten ca. 80% der Befragten das Abitur oder die Fachhochschulreife. Das Bildungsniveau lag somit weit über dem Durchschnitt der altersgleichen Bevölkerung in Deutschland. Ein großer Teil unserer Befragten befand sich noch in Ausbildung und war insofern (noch) nicht berufstätig. Der Anteil der MSM war in Bremen deutlich niedriger als in Köln (18% vs. 30% der männlichen Studienteilnehmer). Köln gilt als ein Zentrum der Homosexuellenszene, was den deutlich höheren Anteil der MSM in der Kölner Studie erklären dürfte. Dennoch lag in unserer Befragung der Anteil der MSM über ihrem (vermutlichen) Bevölkerungsanteil in Bremen. Valide Daten zum Anteil homosexueller Menschen in der Bevölkerung fehlen, mehr oder weniger zuverlässige Schätzungen liegen jedoch bei 3-10%.

Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten ragten als Gruppe in vielerlei Hinsicht heraus. Bei ihnen gibt es am häufigsten Partnerwechsel und gleichzeitig die längsten festen Beziehungen. Für MSM ist das Risiko einer sexuell übertragbaren Krankheit offenbar relativ hoch: Sie hatten die höchste Krankheitsrate in der Vorgeschichte (37%), nur knapp die Hälfte von ihnen war gegen Hepatitis B geimpft. Aller-



dings verwenden sie, verglichen mit den heterosexuellen Befragten, am konsequentesten Kondome, insofern ist das Bild etwas ambivalent. Die Besonderheiten unseres Angebots kommen ihren Bedürfnissen am nächsten: Für MSM war die Anonymität der wichtigste Grund, den HIV-Test im Gesundheitsamt machen zu lassen, und die Beratung hatte ebenfalls einen hohen Stellenwert. Vorangegangene HIV-Tests wurden weit überwiegend im Gesundheitsamt durchgeführt, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen dagegen deutlich weniger aufgesucht. Der häufigste Anlass für den Test war die Angst vor einer Infektion.

Unter den heterosexuellen Testnutzer/innen gibt es weitaus weniger Partnerwechsel. Sie hatten, mit Ausnahme der Männer ab 36 Jahre, zum Testzeitpunkt eine erst seit kurzem bestehende Beziehung. Für sie war das Testangebot des Gesundheitsamtes vor allem deswegen attraktiv, weil sie nichts bezahlen mussten. In erster Linie nahmen heterosexuelle Nutzer/innen den HIV-Test präventiv zu Beginn einer neuen Partnerschaft in Anspruch, meist um in Zukunft auf Kondome verzichten zu können. Der zweitwichtigste Anlass waren kurzfristige sexuelle Beziehungen (Seitensprung, One-Night-Stand), der Test diente der Vergewisserung, dass dieses Ereignis keine HIV-Infektion verursacht hat.

Bei den differenzierteren Analysen haben wir jedoch gesehen, dass einzelne Personen besondere Risiken haben und dass es Gruppierungen mit generell höheren Infektionsrisiken gibt. So gibt es beispielsweise in jeder Gruppe Einzelpersonen mit häufigem Partnerwechsel bei seltenem Kondomgebrauch. Ganz allgemein fielen die heterosexuellen Frauen auf. Sie hatten häufiger (1,7-mal) als heterosexuelle Männer schon einmal sexuell übertragbare Krankheiten gehabt, gleichzeitig nutzten sie aber Kondome eher zurückhaltend. Auch in der Kölner Studie hatten sich Frauen in der Vergangenheit wesentlich öfter mit einer sexuell übertragbaren Krankheit infiziert. Markant waren außerdem die Unterschiede zwischen jungen heterosexuellen Frauen und jungen Männern: Verglichen mit den Männern hatten die jungen Frauen deutlich seltener Sex mit Kondomen, dadurch waren sie häufiger riskanten Sexualpraktiken ausgesetzt. Demgegenüber gaben die jungen Männer am häufigsten von allen heterosexuellen Gruppen an, immer Kondome zu nutzen und nannten am seltensten sexuell übertragbare Krankheiten in der Vorgeschichte. Für die insgesamt höheren Raten an sexuell übertragbaren Krankheiten bei Frauen kann es unterschiedliche Ursachen geben:

- geringere Möglichkeiten oder Fähigkeiten, sich mit dem Wunsch nach Schutz durchzusetzen,
- riskanteres Verhalten,
- biologische Unterschiede, die zu einer unterschiedlichen Empfänglichkeit für entsprechende Krankheiten führen, oder
- eine größere Entdeckungswahrscheinlichkeit aufgrund häufigerer Arztbesuche und aufgrund häufigerer Tests.



Was letztendlich ausschlaggebend ist kann nicht beantwortet werden, eine höhere biologische Empfänglichkeit ist jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Besondere Risikokonstellationen zeigen sich bei der Gruppe der Männer ab 36 Jahre. Sie nannten überdurchschnittlich häufig kurzfristige sexuelle Beziehungen als Grund für den HIV-Test, auch gab es vergleichsweise häufig sexuelle Kontakte zu Prostituierten. Außerdem nutzen sie Kondome relativ selten, und die Hepatitis B-Impfquote ist in dieser Gruppe mit Abstand am geringsten. Diese Männer haben gleichzeitig häufig bereits lang dauernde feste Partnerschaften. Da auch Kondome verschiedene sexuell übertragbare Krankheiten und vor allem eine Hepatitis B-Infektion nicht zuverlässig verhindern können, bestehen hier besondere Gefährdungen für die Männer selbst, möglicherweise aber auch für ihre Partnerinnen.



5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Unsere Untersuchungsergebnisse bestätigen die Kölner Befunde weitgehend. Offenbar rekrutiert sich die Nachfrage nach Beratungsangeboten wie dem unsrigen aus bestimmten (urbanen) Sozialmilieus. Wir erreichen mit dem HIV-Antikörpertest in erster Linie junge Menschen aus der Mittelschicht mit hoher Schulbildung, das sich zumeist noch in der Berufsausbildung befindet. Vor allem unter den Migrant/innen erreichen wir die Jüngeren und etwas häufiger die Frauen, nur bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM) erreichen wir eher die Älteren.

Es ist durchaus beabsichtigt, mit unserem Angebot jüngere, noch in Ausbildung befindliche Menschen anzusprechen. In diese Lebensphase fällt die Hauptzeit der Partnersuche, die in unserem Kulturkreis in der Regel auch mit mehrfachen Partnerwechseln verbunden ist. Dennoch dürfen die etwas Älteren, die sich, wie wir gesehen haben, durchaus auch Infektionsrisiken aussetzen, nicht aus dem Blickfeld geraten.

5.1 Zukünftige Zielgruppen

Das Postulat gesellschaftlicher Chancengleichheit erfordert die Entwicklung einer Strategie, die schwerer erreichbaren Bevölkerungsgruppen das Angebot zum HIV-Antikörpertest näher bringt. Im Fokus stehen vor allem bildungsferne Gruppen und Migrant/innen. Es ist bekannt und hinreichend belegt, dass niedriger Sozialstatus und höhere Krankheitsrisiken in aller Regel zusammengehören. Wir können also weder davon ausgehen, dass Angehörige unterer sozialer Schichten ein geringeres Risiko haben, sich mit HIV zu infizieren, noch davon, dass sie vorwiegend durch andere Institutionen oder durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen zu Infektionsrisiken beraten werden.

Auf der Grundlage epidemiologischer Erwägungen lassen sich spezifische Zielgruppen benennen, die höhere Infektionsrisiken tragen und mit denen wir uns deshalb verstärkt beschäftigen müssen. Eine solche Schwerpunktsetzung ist nicht zuletzt angesichts begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen notwendig. Dahinter steht die Maxime vorhandene Mittel dort einzusetzen, wo sie am meisten benötigt werden und wo sie die größte Wirkung entfalten können. Unser Anliegen ist, Betroffenen eine rechtzeitige gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen und die unerkannte Weitergabe von HIV-Infektionen einzudämmen.

Am meisten gefährdet sind nach wie vor Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM).⁵⁰ Auf MSM entfallen zwei Drittel der HIV-Erstdiagnosen. Insofern sollte diesem Personenkreis zukünftig die größte Aufmerksamkeit gewidmet werden, auch wenn es sich hier um eine eher kleine Bevölkerungsgruppe handelt. Bei der Gruppe

⁵⁰ s. RKI 2009



der MSM gilt es vor allem zu überlegen, wie wir die Jüngeren unter ihnen besser als bisher für den Test, aber auch für präventives Verhalten gewinnen können. Nach den Daten des Robert Koch-Instituts ist die HIV-Neuinfektionsrate bei MSM zwischen 20 und 29 Jahren relativ hoch. Das Robert Koch-Institut weist außerdem darauf hin, dass auch in der Gruppe der MSM ein Teil der Infektionen auf Migranten entfällt. Diese stammen überwiegend aus Ost- und Zentraleuropa, hauptsächliche Herkunftsländer sind Polen, gefolgt von der Türkei.⁵¹

An zweiter und dritter Stelle bei den HIV-Erstdiagnosen stehen Personen, die sich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr mit HIV infiziert haben sowie Menschen aus Ländern, in denen ein relativ hoher Anteil der Einwohner mit HIV infiziert ist (so genannte Hochprävalenz-Länder). Zu diesen Ländern gehören auch afrikanische Staaten südlich der Sahara. Die in der Stadt Bremen lebenden Afrikaner/innen werden von uns bereits über das Afrika-Projekt angesprochen, beim Bundeswettbewerb Aidsprävention 2008 erhielten wir für unsere Arbeit eine Auszeichnung.⁵² Für die Zukunft ist es wichtig dieses prämierte Projekt, das bislang über zeitlich befristete Projektmittel gefördert wird, finanziell abzusichern. Bei der heterosexuellen Übertragung, die etwas häufiger Männer als Frauen betrifft, fallen vor allem jene Männer auf, die sich - vermutlich als „Sextouristen“ - in Südostasien infiziert haben.⁵³ Diese Gruppe erreichen wir bislang wenig, wir haben sie allerdings bisher auch nicht gezielt angesprochen – es sei denn ganz allgemein als Freier.

Das Robert Koch-Institut macht darauf aufmerksam, dass zwar mehr als die Hälfte der Migrant/innen mit einer hier festgestellten HIV-Erstinfektion aus Hochprävalenz-Ländern zugewandert sind, dass aber ein weiterer großer Teil aus Ost- und Zentraleuropa stammt, vor allem aus Russland, Polen und der Türkei.⁵⁴ Der Infektionsweg in den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist hauptsächlich der intravenöse Drogengebrauch. In den Zentraleuropäischen Staaten überwiegen die Infektionen bei MSM, die heterosexuelle Übertragung steht in all diesen Ländern jedoch an zweiter oder dritter Stelle. Migrant/innen aus diesen Ländern erreichen wir nur zum Teil und nicht ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend.

⁵¹ s. RKI 2009

⁵² Der Bundeswettbewerb Aidsprävention wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und dem Bundesministerium für Gesundheit ausgerichtet.

⁵³ s. RKI 2009

⁵⁴ s. RKI 2009



5.2 Zugangswege entwickeln

Der HIV-Antikörpertest als Präventionsinstrument kann Infektionen nicht nachträglich aus der Welt schaffen. Er kann aber eine HIV-Infektion feststellen und dazu beitragen, dass Infektionsketten unterbrochen werden. Dabei entfaltet er seine volle Wirksamkeit nur im Rahmen eines umfassenden Konzepts der Prävention und Gesundheitsförderung mit sinnvoll aufeinander abgestimmten Maßnahmen. Dazu gehören Informationen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und die Förderung der Bereitschaft zur Übernahme von „safer sex“-Strategien zur Verhütung dieser Infektionen, aber auch die Möglichkeit Sexualität selbstbestimmt zu leben.

Erfolgversprechend sind Ansätze, die die Lebenssituation der Zielgruppen berücksichtigen und die es ihnen ermöglichen, sich an der Entwicklung umfassender gesundheitsfördernder Strategien und Strukturen zu beteiligen (Partizipation, Empowerment). Die Entwicklung von Strategien kann sich also nicht in Aufrufen erschöpfen, sich auf HIV testen zu lassen. Sie kann sich auch nicht auf eine erweiterte Beratung und Diagnostik für sexuell übertragbare Erkrankungen beschränken. Letztendlich können wir als Beratungsstelle die Effektivität präventiver Maßnahmen nicht im Alleingang erhöhen. Nur mithilfe von Kooperation und Vernetzung kann es uns gelingen, AIDS-Prävention und die sexuell übertragbaren Krankheiten besser bei bisher nicht erreichten Gruppen zu verankern.

Zur Entwicklung und Umsetzung solcher Strategien, benötigen wir regional und überregional Kooperationspartner aus sehr verschiedenen Bereichen: aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, dem Bildungswesen, der Jugendhilfe, aber auch aus der betrieblichen Ausbildung sowie aus der beruflichen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Als hilfreich, jedoch nicht als ausreichend, haben sich auf überregionaler Ebene bislang verschiedene Ansätze erwiesen wie:

- medienwirksame Kampagnen wie die seit langem laufenden „Mach’s Mit“-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die zur Kondomnutzung aufruft oder die aktuelle IWWIT-Kampagne⁵⁵ der Deutsche AIDS-Hilfe, die MSM zu verstärkten Tests aufruft;
- die ideelle und finanzielle Förderung entsprechender Projekte wie beispielsweise unseres Afrika-Projektes und
- die Entwicklung von Materialien für Multiplikator/innen in diesen Zielgruppen, wie beispielsweise die von der BZgA erstellten Präventionsmappen für Migrant/innen.

Auf regionaler Ebene sollten wir die Priorität zukünftig auf Kooperationen mit Institutionen und Projekten legen, die Kontakte zu den jeweiligen Zielgruppen haben und die

⁵⁵ IWWIT-Kampagne ist eine Aufklärungskampagne, die sich gezielt an MSM wendet und deren grundlegendes Motto „Ich weiss, was ich tu“ lautet.



deren Gesundheit fördern wollen. Kooperationspartner können hier Krankenkassen, berufsbildende Schulen, Betriebe, verschiedene soziale Verbände und die Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales sein. Solche Kooperationen benötigen allerdings von beiden Seiten personelle Kapazitäten, Kontinuität und gleichzeitig Flexibilität sowie die Bereitschaft voneinander zu lernen.

Da vor allem persönliche Empfehlungen Zugänge zur Beratungsstelle eröffnen, sollten wir die „Mundpropaganda“ zukünftig auch strategisch nutzen, um bisher nicht erreichte Zielgruppen anzusprechen. Ansprache über Multiplikator/innen, die auf unsere Beratungsstelle hinweisen, ist eine nahe liegende Möglichkeit, die wir im Afrika-Projekt bereits praktizieren – nach ersten Auswertungen durchaus erfolgreich. Vor diesem Hintergrund ist ein weiterer Ausbau von Netzwerkkontakten zu anderen kulturellen bzw. ethnischen Communities anzustreben. Zusätzlich könnten Ärzte/Ärztinnen in ihren Praxen oder in Kliniken auf unsere Beratungsstelle aufmerksam machen, mehrsprachige Informationsblätter könnten hier nützlich sein. Interventionsstrategien für Menschen aus bildungsfernen Schichten ohne Migrationshintergrund können ähnlichen Mustern folgen, wobei aber noch zu überlegen ist, wie diese Zielgruppen am Besten erreicht werden können und wer als Multiplikator/in in Frage kommt. Angesichts der höheren Erwerbstätigkeit von Männern mit Bildungsabschlüssen unterhalb der (Fach-)Hochschulreife in unserer Befragung könnte auch der Betrieb ein mögliches Interventionssetting sein.

Das zweitwichtigste Informationsmedium zu unserem Angebot ist mittlerweile das Internet. Es hat in den letzten Jahren für unsere Nutzer/innen stark an Bedeutung gewonnen unabhängig von Alter, Geschlecht und von sozialen Faktoren. Die Bedeutung des Internets dürfte zukünftig vor allem bei den jungen Menschen noch weiter zunehmen. Es wäre also äußerst unklug, dieses Medium zu vernachlässigen.

Für Migrant/innen ließe sich der bereits jetzt mehrsprachige Internetauftritt der Beratungsstelle weiter ausbauen. Ein Ziel könnte sein, über dieses Medium jüngere männliche Migranten gezielter als bisher zu erreichen. Außerdem sollten wir weitere zielgruppenspezifische Internetportale mit Informationen über unser Angebot oder mit Links zu unserem Angebot versehen, so wie dies für Freier auf der Seite der Bremer Hostessenmeile bereits geschehen ist. Zu prüfen wäre auch, ob interaktive Angebote wie ein Chatroom den Zugang zur Beratung und zum HIV-Antikörpertest erleichtern und welcher Arbeitsaufwand damit verbunden wäre. Interaktive Angebote könnten für die Gruppen von Bedeutung sein, denen Anonymität besonders wichtig ist, also für Frauen und Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und für heterosexuelle Männer und Frauen ab 36 Jahre.

Obwohl das Telefonbuch in seiner Bedeutung als Informationsmedium eher unbedeutend geworden ist, sollte unser Eintrag darin nicht wegfallen. Vor allem MSM und die Gruppe der Männer ab 36 Jahren, die zu den besonderen Risikogruppen gehören, greifen auf dieses Medium häufiger zurück. Anzeigen in Broschüren, die als Zugangsinformation nur noch geringe Bedeutung besitzen, sollten nur geschaltet werden, so-



fern sie preiswert sind und spezifische Zielgruppen ansprechen. Sie erinnern immerhin an das Angebot des HIV-Antikörpertests im Gesundheitsamt.

Um Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten umfassender zu erreichen bietet sich eine enge Kooperation mit dem Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e.V. an. Sicher lohnt es sich, soweit nicht bereits geschehen, zielgruppenspezifische Internetportale für MSM mit Informationen über unser Angebot oder mit Links zu unserem Angebot zu versehen. Für jüngere MSM reicht die bisherige Ansprache über Bremer Schulen offensichtlich nicht aus.⁵⁶ Gerade junge MSM mit geringerer Bildung als eine wichtige Zielgruppe können möglicherweise eher über berufsbildende Schulen oder Betriebe erreicht werden. Interessant wäre es auch, Erfahrungen zusammenzutragen, inwieweit junge MSM über gezielte interaktive Angebote im Internet zu erreichen sind.

Aus einem Ergebnis unserer Befragung haben wir bereits Konsequenzen gezogen. Aufgrund des hohen Risikos für MSM, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren, bieten wir für diese Zielgruppe inzwischen Diagnostik zu Hepatitis B, Hepatitis C und Syphilis an. Zusätzlich denkbar wäre ein Chlamydien-Screening, da auch hier Kondome und „safer sex“-Praktiken nicht ausreichend schützen. Ferner sollten wir angesichts der relativ geringen Durchimpfungsraten für Hepatitis B vor allem in den mittleren Altersgruppen ein Impfangebot für Hepatitis B erwägen. Ob solche Leistungen zukünftig kostenlos oder kostenpflichtig angeboten werden, müssen wir prüfen. Bis auf Impfungen sind die Kosten für diese Untersuchungen überschaubar. Ebenfalls überschaubar ist die Größe der Gruppe, um die es sich handelt, ca. 70-80 Personen pro Jahr.⁵⁷ Wie wir aus unserer Befragung wissen, ist für diese Gruppe der Aspekt „Anonymität“ wichtiger als die Kostenlosigkeit des Angebots. Denkbar wäre also auch zumindest eine finanzielle Beteiligung, zumal sich unter MSM aufgrund des höheren Durchschnittsalters und der höheren Erwerbsquote mehr zahlungsfähige Personen als in den anderen Gruppen befinden dürften.

⁵⁶ Bisher werden von den Schulen hierfür vor allem Angebote des Rat und Tat Zentrums für Schwule und Lesben e.V. und der AIDS-Hilfe Bremen e.V. genutzt, außerdem wird das Thema immer wieder bei den JugendFilmTagen und bei den Aktionen von Dance4Life aufgegriffen.

⁵⁷ Quelle: Daten der AIDS/STD Beratung 2007/2008



5.3 Bewertung der Anonymität, Beratung und Kostenlosigkeit – Folgen für das Angebot

Dass die Kostenlosigkeit des Angebots mit Abstand am häufigsten als Grund genannt wurde (72,3%), den HIV-Test im Gesundheitsamt durchführen zu lassen, hat uns zunächst überrascht. Allerdings sind unsere Nutzer/innen überwiegend junge Menschen, die sich noch in Ausbildung befinden. Von daher könnte die große Bedeutung des Gratis-Aspekts auch mit geringen Einkommen zu tun haben, immerhin kostet ein selbst veranlasster HIV-Test beim Arzt ohne medizinische Indikation zwischen 20 und 50 €. Lediglich im Rahmen der Abklärung von Krankheitsursachen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten.

Deutlich geringer ins Gewicht fallen die Aspekte „Anonymität“ und „Beratung“. Insgesamt nannten 42,3% unserer Befragten die Anonymität als Grund, die Beratungsstelle im Gesundheitsamt aufzusuchen, und 38,6% legten Wert auf die Beratung. Anonymität und Beratung als Besonderheiten unseres Angebots werden von den jüngeren heterosexuellen Nutzer/innen weniger geschätzt als von den älteren.

Geschätzt werden Anonymität und Beratung vor allem von MSM, die diese beiden Merkmale überdurchschnittlich hoch bewerten. Ihren Bedürfnissen entspricht unser Angebot mit seinen Besonderheiten offenbar am meisten. Doch auch fast die Hälfte der heterosexuellen Frauen und Männern in den besten Lebensjahren legt Wert auf Anonymität, außerdem hat die Beratung für diese Frauen einen hohen Stellenwert.

Trotz dieser insgesamt eher nachrangigen Bedeutung der Aspekte „Anonymität“ und „Beratung“ ist es nicht angebracht, zukünftig auf diese Angebotsqualitäten zu verzichten oder nach Nutzergruppen differenzierte Angebote zu entwickeln. Der anonyme Zugang bietet ja gerade ohne Differenzierung jedem die Möglichkeit, den HIV-Test zu nutzen. Dass Anonymität bei den jüngeren Nutzer/innen nicht so wichtig ist spricht für größere Unbefangenheit im Umgang mit dem Thema AIDS in der nachwachsenden, gebildeten Generation. Dies ist im Grunde genommen auch ein Erfolg früherer Kampagnen.

Die relativ geringe Bedeutung der Beratung in den Augen der Teilnehmer/innen macht eine Überbewertung dieses Bestandteils des Tests deutlich. Die Beratung beinhaltet aus unserer Sicht neben der Unterstützung bei einem potentiell HIV-positiv Ergebnis stets die Möglichkeit präventiv wirksam zu sein, verändernd auf Verhalten zu wirken oder dieses im besten Fall positiv zu stabilisieren, um zukünftige Risiken einer HIV-Infektion oder von STDs zu reduzieren. Dieser Effekt wird von einem großen Teil unserer Nutzer/innen offenbar nicht für wichtig gehalten oder nicht gewünscht. Die Ergebnisse unserer Studie legen nahe, dass sie mehrheitlich lange bevor sie den Test bei uns in Anspruch nehmen, ihre Verhaltensstrategien entschieden und bereits erprobt haben. Der Test ist ein Bestandteil ihrer Strategien, um eine HIV-Infektion für sich und die Partner/innen zu vermeiden oder um sich Klarheit über den eigenen HIV-Infektionsstatus zu verschaffen. Sowohl unsere Erfahrungen aus den Gesprächen vor



dem Test, wie auch der große Anteil derjenigen, die den Test mehrfach durchführen, sprechen dafür. Auch die Befunde, dass STDs in der Vorgeschichte nicht zu einer häufigeren Verwendung von Kondomen, sondern eher zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Diagnostik führen, weisen in diese Richtung. Selbstverständlich ist der Test damit noch immer ein wesentlicher Bestandteil der Prävention von HIV, er selbst und das dazugehörige Gespräch ermuntern jedoch nur selten dazu, häufiger Kondome zu verwenden oder zukünftig riskante Situationen zu vermeiden, wenn nicht schon vorher die Entscheidung dafür gefallen ist. Dennoch sollten diese ernüchternden Ergebnisse der Befragung nicht auf den Verzicht von Beratung vor dem Test führen, sondern zu einer veränderten Bewertung unserer pädagogischen Zielsetzung. Wir erreichen mit dem Test diejenigen, die sich bereits für bestimmte Strategien entscheiden haben, im besten Fall können wir sie unterstützen ihren Weg weiterzugehen oder kritische Entscheidungen in Frage zu stellen. Außerdem können wir entlang der hier vorliegenden Ergebnisse noch stärker als bislang zielgruppenspezifisch beraten. Ein großer Teil unserer Nutzer/innen verfügt offenbar über ein gutes Vorwissen, so dass wir bei ihnen die Informationen auf Wesentliches beschränken können. So ist beispielsweise bei der Gruppe der jungen heterosexuellen Männer mehrheitlich davon auszugehen, dass sie geringe Risiken haben und sich relativ umsichtig präventiv verhalten. Die Schwierigkeit wird sein, diejenigen, die nicht in dieses Muster passen, herauszufinden und ebenfalls adäquat zu beraten. Andererseits gilt auch, dass die Bewertung der Beratung nicht immer mit dem Bedarf an Beratung übereinstimmt. Wir können und sollten daher die Gelegenheit zur ausführlicheren Information und Beratung gefährdeter Gruppen und gefährdeter Einzelner weiter nutzen, auch wenn diese selbst der Beratung gegenüber zunächst nicht immer aufgeschlossen sind. Sowohl die jungen heterosexuellen Frauen wie auch die Männer ab 36 Jahre nutzen den Test bei uns nur zu einem guten Drittel der Beratung wegen. Dennoch nennen sie selbst nicht unerhebliche Risiken. Im Einzelfall muss immer wieder neu entschieden werden – wie dies bislang bereits geschieht –, wie viel Beratung notwendig ist und wie viel Beratung die jeweilige Person akzeptieren kann.





Tabellenanhang

Table: Cluster zum HIV-Antikörpertest im Gesundheitsamt

	Cluster 1 junge hetero Frauen	Cluster 2 ältere hetero Frauen	Cluster 3 Lesbi- sche/ bisexu- elle Frauen	Cluster 4 MSM	Cluster 5 junge hetero Männer	Cluster 6 ältere hetero Männer	Gesamt/ Durch- schnitts- werte
Anteil der Personen / Anzahl	31,3% (120)	14,8% (57)	4,2% (16)	9,1% (35)	26,8% (103)	13,8% (53)	100% (384)
Altersdurchschnitt (Median)	24 Jahre	37 Jahre	30 Jahre	35 Jahre	26 Jahre	42 Jahre	28 Jahre
Migrationshintergrund	23,5% (28)	15,8% (9)	6,2% (1)	17,1% (6)	18,4% (19)	14,0% (7)	18,4% (70)
Schulabschluss Abitur	87,4% (104)	78,9% (45)	100,0% (15)	73,5% (25)	73,5% (75)	73,6% (39)	79,7% (303)
Erwerbstätigkeit	29,1% (34)	64,9% (37)	53,3% (8)	71,4% (25)	37,9% (39)	77,6% (38)	48,1% (181)
(Noch) nicht berufstätig	69,2% (81)	19,3% (11)	40,0% (6)	25,7% (9)	54,4% (56)	8,2% (4)	44,4% (167)
Arbeitslosigkeit	0,9% (1)	10,5% (6)	6,7% (1)	2,9% (1)	6,8% (7)	12,2% (6)	5,9% (22)
Anonymität	37,5% (45)	45,6% (26)	43,8% (7)	68,6% (24)	35,0% (36)	46,2% (24)	42,3% (162)
Beratung	38,3% (46)	52,6% (30)	31,2% (5)	48,6% (17)	29,1% (30)	38,5% (20)	38,6% (148)
Kostenlosigkeit	74,2% (89)	80,7% (46)	81,2% (13)	60,0% (21)	74,8% (77)	59,6% (31)	72,3% (277)
Persönliche Empfehlung	45,8% (55)	59,6% (34)	50,0% (8)	51,4% (18)	55,3% (57)	63,5% (33)	53,5% (205)
Telefonbuch	3,3% (4)	5,3% (3)	0,0% (0)	14,3% (5)	1,0% (1)	9,6% (5)	4,7% (18)
Internet	39,2% (47)	26,3% (15)	31,2% (5)	34,3% (12)	39,8% (41)	28,8% (15)	35,2% (135)



	Cluster 1 junge hetero Frauen	Cluster 2 ältere hetero Frauen	Cluster 3 Lesbi- sche/ bisexu- elle Frauen	Cluste r 4 MSM	Cluster 5 junge hetero Männer	Cluster 6 ältere hetero Männer	Gesamt/ Durch- schnitts- werte
Arzt/Ärztin	10,8% (13)	7,0% (4)	12,5% (2)	2,9% (1)	2,9% (3)	5,8% (3)	6,8% (26)
Neue Beziehung beginnen	49,2% (59)	43,9% (25)	56,2% (9)	31,4% (11)	65,0% (67)	51,9% (27)	51,7% (198)
Kurzfris- tige sex- uelle Be- ziehung	29,2% (35)	36,8% (21)	37,5% (6)	31,4% (11)	28,2% (29)	42,3% (22)	32,4% (124)
Vermu- tung Sex.part- ner/in infiziert	10,0% (12)	12,3% (7)	12,5% (2)	8,6% (3)	3,9% (4)	13,5% (7)	9,1% (35)
Sex.part- ner/in infiziert	0,0% (0)	3,5% (2)	0,0% (0)	5,7% (2)	2,9% (3)	0,0% (0)	1,8% (7)
Angst infiziert zu sein	31,7% (38)	22,8% (13)	18,8% (3)	42,9% (15)	13,6% (14)	17,3% (9)	24,0% (92)
Regel- mäßiger Test	6,7% (8)	12,3% (7)	6,2% (1)	17,1% (6)	9,7% (10)	5,8% (3)	9,1% (35)
Früher schon Test/s durchge- führt	40,8% (49)	75,4% (43)	43,8% (7)	65,7% (23)	45,6% (47)	69,2% (36)	53,5% (205)
Durch- schnitt- liche An- zahl durchge- führter Tests incl.des aktuellen Tests (Median)	1	2	1	2	1	2	2
Früherer Test im GA (Test- wieder- holer /innen)	40,8% (20)	69,8% (30)	57,1% (4)	69,6% (16)	56,5% (26)	58,3% (21)	57,4% (117)



	Cluster 1 junge hetero Frauen	Cluster 2 ältere hetero Frauen	Cluster 3 Lesbi- sche/ bisexu- elle Frauen	Cluste r 4 MSM	Cluster 5 junge hetero Männer	Cluster 6 ältere hetero Männer	Gesamt/ Durch- schnitts- werte
Früherer Test bei Arzt/Ärztin (Testwiederholer/innen)	59,2% (29)	55,8% (24)	0,0% (0)	26,1% (6)	47,8% (22)	44,4% (16)	47,5% (97)
Früherer Test bei Blutspende (Testwiederholer/innen)	14,3% (7)	2,3% (1)	28,6% (2)	8,7% (2)	15,2% (7)	11,1% (4)	11,3% (23)
Feste/r Partner/in zum Zeitpunkt des Tests	63,3% (76)	61,4% (35)	43,8% (7)	40,0% (14)	73,8% (76)	67,9% (36)	63,5% (244)
Partnere dauer bei aktueller fester Partnerschaft (Median)	4 Monate	3 Monate	4,5 Monate	14 Monate	3 Monate	10 Monate	4 Monate
Sexuelle Kontakte zu Partner/innen ohne feste Beziehung	52,9% (63)	43,6% (24)	60,0% (9)	74,3% (26)	51,0% (52)	56,6% (30)	53,8% (204)
Durchschnittliche Anzahl sexueller Partner/innen im letzten Jahr (Median)	2	1	2	4,5	2	2	2



	Cluster 1 junge hetero Frauen	Cluster 2 ältere hetero Frauen	Cluster 3 Lesbi- sche/ bisexu- elle Frauen	Cluste r 4 MSM	Cluster 5 junge hetero Männer	Cluster 6 ältere hetero Männer	Gesamt/ Durch- schnitts- werte
Ein bis zwei sexuelle Part- ner/innen im letzten Jahr	62,7% (74)	66,1% (37)	73,3% (11)	26,5% (9)	54,9% (56)	56,9% (29)	57,4% (216)
Sechs und mehr sexuelle Part- ner/innen im letzten Jahr	8,4% (10)	5,4% (3)	20,0% (3)	35,3% (12)	6,9% (7)	7,8% (4)	10,4% (39)
Kondom- nutzung immer	21,8% (26)	20,4% (11)	18,8% (3)	42,9% (15)	35,0% (36)	26,4% (14)	27,6% (105)
Kondom- nutzung nie	18,5% (22)	31,5% (17)	43,8% (7)	8,6% (3)	8,7% (9)	30,2% (16)	19,5% (74)
STDs im Lebens- verlauf	13,3% (16)	23,2% (13)	25,0% (4)	37,1% (13)	7,8% (8)	13,5% (7)	16,0% (61)
Hepatitis- Impfung	65,0% (78)	39,3% (22)	68,8% (11)	48,6% (17)	51,0% (52)	24,5% (13)	50,5% (193)



Literatur

AIDS/STD Beratung (2002). *Nachgefragt ... 2000/2001. Ergebnisse einer Umfrage "NutzerInnen" zum HIV-Antikörper-Test*. Bremen.

Bremer, V., Porten, K., Jung, S., Nitschke, H. (2006). Testen wir die Richtigen? Ergebnisse einer Klientenbefragung in der Beratungsstelle zu STD einschließlich Aids des Gesundheitsamtes der Stadt Köln. In: *Gesundheitswesen* 2006; 68: 692-696.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2008 – Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht*. Köln.

Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2008). *Prävention – Beratung – Versorgung. Die AIDS/STD Beratung 2005-2007*. Bremen.

Koch J., et al. (1997). Bestimmung der Prävalenz genitaler HPV- und chlamydia-trachomatis-Infektionen in einem repräsentativen Querschnitt der weiblichen Normalbevölkerung in Berlin. In: *Infektionsepidemiologische Forschung*, Info II/97.

Kröhn, W. und Sydow-Kröhn, A. (1994). Der Latex-Handgriff. Zur Kondomakzeptanz bei Jugendlichen. In: Heckmann, W. und Koch, M.A. (Hrsg.). *Sexualverhalten in Zeiten von Aids*. Berlin.

Robert Koch-Institut (2007). Ergebnisse der KABAStI-Studie des RKI zu Wissen, Einstellungen und Verhalten von MSM. in: *Epidemiologisches Bulletin* (2007), 23. S. 189-192.

Robert Koch-Institut (2008). Mitteilungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand Juli 2008. in: *Epidemiologisches Bulletin* (2008), 30 S. 235-254.

Robert Koch-Institut (2009). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2008 aus dem Robert Koch-Institut. in: *Epidemiologisches Bulletin* (2009), 21. S. 203-218.

Statistisches Bundesamt (2008). *Statistisches Jahrbuch 2008*.
<http://www.destatis.de> (Stand 03.07.2009)

UNAIDS (2006). Die AIDS-Epidemie. Statusbericht: Dezember 2006. Genf Schweiz.





Glossar

AIDS

Acquired Immune Deficiency Syndrom = erworbenes Abwehr-schwäche Syndrom. Ausgelöst wird dieses durch das HI-Virus (s.u.). Die Diagnose "AIDS" wird gestellt, wenn bei einem HIV-Positiven bestimmte Infektionen, die sogenannten AIDS definierenden Erkrankungen, festgestellt werden. Diese Infektionen nennt man opportunistische Infektionen. Die Erreger solcher Infektionen sind meist für gesunde Menschen bzw. für ein gesundes Immunsystem harmlos. Das durch das HI-Virus geschwächte Immunsystem kann sich jedoch nicht mehr gegen diese Erreger wehren. Die Einnahme von HIV unterdrückenden Medikamenten (sog. antiretrovirale Therapie) und die Behandlung dieser Infektionen kann den Krankheitsverlauf deutlich verlangsamen. Eine Heilung ist bislang jedoch nicht möglich.

Antikörper

Das Abwehrsystem des Körpers bildet gegen "körperfremde" Stoffe Antikörper, die die Abwehr von Krankheitserregern unterstützen.

Chlamydien

Chlamydien sind eine weltweit verbreitete Bakteriengruppe. Eine Infektion des Genitalbereichs mit *Chlamydia trachomatis* zählt zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen. Chlamydien befallen nur die Schleimhäute (Genital- und Analbereich, Rachen und Atemwege sowie Augen). Die schwerwiegendsten Auswirkungen dieser Infektion können Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau sein.

Clusteranalyse

Clusteranalyse ist ein Sammelbegriff für eine Reihe mathematisch-statistischer Verfahren, die Fälle bzw. Untersuchungsobjekte mit ähnlichen Merkmalen zu Gruppen (Cluster) zusammenfasst.

Epidemiologie

Wissenschaftszweig, der sich mit der Verbreitung von Krankheiten sowie deren Entstehungsbedingungen innerhalb der Bevölkerung beschäftigt. Zum Forschungsgegenstand der Epidemiologie gehören auch die sozialen Ursachen und Folgen von Gesundheitsrisiken.

Feigwarzen

sind eine Form einer Infektion durch HPV (s. HPV).

Freier

Männer, die zu weiblichen oder männlichen Prostituierten gehen.



Gonorrhoe

Gonorrhoe, auch Tripper genannt, ist eine ausschließlich sexuell übertragbare Erkrankung, die durch Bakterien (*Neisseria gonorrhoea*, auch Gonokokken genannt) ausgelöst wird. Symptome sind beim Mann morgendlicher Ausfluss, bei der Frau Juckreiz, Brennen und Ausfluss.

Hepatitis A, B, C, D (Virushepatitiden)

Hepatitis-Viren können Leberentzündungen hervorrufen. Die Übertragungswege sind abhängig vom jeweiligen Virustyp. Vor allem Hepatitis A und B können auf sexuellem Weg übertragen werden.

Herpes genitales

Infektionen mit Herpes-Viren sind sehr häufig. Die Übertragung erfolgt durch engen Kontakt, beim Sex, durch Tröpfchen- oder über Schmierinfektionen und auch bei der Geburt. Die Infektion kann an den Lippen, dem Genital oder Analtrakt „Fieberbläschen“ hervorrufen. Die Symptome können immer wieder auftreten, eine Entfernung der Viren aus dem Körper ist nicht möglich.

HIV

Human Immunodeficiency Virus = menschliches Abwehrschwäche Virus. Die Übertragung von HIV erfolgt über Blut, Samenflüssigkeit des Mannes oder Vaginalsekret der Frau. Das Virus kann über die Schleimhäute oder über Verletzungen der Haut aufgenommen werden. HIV ist die Bezeichnung für ein Virus, das die Krankheit AIDS verursacht. Es gehört zur Klasse der Retroviren. Eine vollständige Entfernung des HI-Virus aus dem menschlichen Körper ist nicht möglich, da Retroviren in der Lage sind, ihren genetischen Code in das Erbgut des Wirtes einzubauen. Eine Ansteckung führt nach einer unterschiedlich langen, meist mehrjährigen symptomfreien Phase zu AIDS, einer bislang unheilbaren Immunschwächekrankheit.

HPV

Die Infektion mit dem **Humanen Papilloma-Virus** führt zur Entstehung von Schleimhautwarzen. Die Ansteckung erfolgt durch Schleimhautkontakt. HPV kann Zellveränderungen hervorrufen aus denen sich Krebserkrankungen entwickeln können.

Infektiosität

Ansteckungsfähigkeit

Intravenös Drogenabhängige

Menschen, die von Drogen abhängig sind, die sie sich in die Venen spritzen.



KABaSTI-Studie

Die KABaSTI-Studie fragt nach Wissen, Haltung und Verhalten bei sexuell übertragbaren Erkrankungen. Es handelt sich um Abkürzungen aus dem Englischen: Knowledge, Attitude, Behavior und Sexual Transmitted diseases.

Median

Der Median ist wie das bekanntere arithmetische Mittel ein so genanntes Lagemaß, das den Durchschnittswert einer Datenreihe ausdrückt. Der Median ist derjenige Wert, der in der Mitte einer der Größe nach geordneten Datenreihe liegt. Anders als das arithmetische Mittel ist der Median gegenüber Extremwerten (Ausreißern) weniger anfällig.

MSM

Mit diesem Kürzel sind in der Fachsprache Männer gemeint, die mit Männern sexuelle Kontakte haben. Da nicht alle dieser Männer sich als homo- oder bisexuell verstehen, wird dieses Kürzel zunehmend häufiger auch in der Umgangssprache genutzt.

Prävalenz

Epidemiologisches Maß für die Häufigkeit einer Krankheit. Die Prävalenz gibt an, wie viele Personen in einer definierten Bevölkerungsgruppe (Population) zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Zeitraums (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden.

Promiskuität

Häufig wechselnde Sexualpartner/innen und/oder mehrere Sexualpartner/innen.

Signifikanz

Werden Unterschiede zwischen Mittelwerten oder Anteilen als statistisch signifikant bezeichnet, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Unterschiede zufällig zustande gekommen sind, gering.

STD

STDs ist die Abkürzung für sexual transmitted diseases. Die Übersetzung lautet: Sexuell übertragbare Krankheiten, früher auch Geschlechtskrankheiten genannt.

Syphilis

Syphilis (auch Lues, Lues venerea, harter Schanker oder Franzosenkrankheit genannt) ist eine Infektionskrankheit, die zur Gruppe der sexuell übertragbaren Erkrankungen gehört. Der Erreger der Syphilis ist das *Bakterium Treponema pallidum*. Die Syphilis wird hauptsächlich bei sexuellen Handlungen durch Schleimhautkontakt und ausschließlich von Mensch zu Mensch übertragen.





Fragebogen nachfolgend





mach^s mit

Wer nutzt warum den HIV-Antikörpertest ?

**Eine Umfrage des Bremer Gesundheitsamtes
Jetzt können SIE uns helfen!**



Liebe Besucherin, lieber Besucher,

wir möchten Sie bitten, unsere Arbeit mit der Beantwortung dieses Fragebogens zu unterstützen.

Wir führen eine Befragung zum HIV-Antikörpertest durch. Ziel ist es, genauer zu erfahren, wer diesen Test aus welchen Gründen nutzt.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen nach dem HIV-Antikörpertest auszufüllen und ihn in die dafür gekennzeichnete Box zu werfen. Ihre Angaben werden gemäß den Vorschriften des Bremischen Datenschutzgesetzes behandelt.

Die Beantwortung ist freiwillig und ohne Namensnennung.

Niemand kann feststellen, wer welche Angaben gemacht hat.

1. Woher kennen Sie unsere Beratungsstelle?

- 1 persönliche Empfehlung durch Bekannte/Freund/Freundin
- 2 Broschüren
- 3 Telefonbuch
- 4 Internet
- 5 Arzt/Ärztin
- 6 andere Beratungsstellen
- 7 anderes _____

2. Warum haben Sie sich entschlossen, den HIV-Antikörpertest hier im Gesundheitsamt zu machen? (mehrere Antworten möglich)

Weil ...

- 1 mir die Anonymität (ohne Namensnennung) besonders wichtig ist
- 2 ich Wert auf die Beratung lege
- 3 der Test hier kostenlos ist
- 4 ich nicht weiß, wo ich sonst hingehen kann
- 5 andere Gründe: _____

3. Was ist heute der Grund für Ihren HIV-Antikörpertest? (Bitte kreuzen Sie höchstens zwei Antworten an)

Ich...

- 1 will eine neue Beziehung beginnen
- 2 hatte eine kurzfristige sexuelle Beziehung (Seitensprung / „One-Night-Stand“)
- 3 vermute eine/r meiner Sexual-Partner/innen war HIV-infiziert
- 4 mein/meine Sexual-Partner/in ist/war HIV positiv
- 5 hatte eine Bluttransfusion (bei Unfall oder Operation)
- 6 hatte beruflich mit Blut Kontakt
- 7 habe mit anderen Personen Spritzen getauscht
- 8 habe Angst, infiziert zu sein
- 9 lasse mich regelmäßig testen
- 10 anderes _____

4. Haben Sie bereits früher einen HIV-Test durchführen lassen (Hier oder an anderer Stelle)?

- 1 Nein → Bitte weiter bei Frage 8
- 2 Ja, wie oft? Anzahl _____

5. Wo wurden die HIV-Antikörpertests durchgeführt?

(mehrere Antworten sind möglich)

- 1 Gesundheitsamt
- 2 Labor
- 3 Frauenarzt/-ärztin
- 4 anderer Arzt/Ärztin
- 5 Blutspende
- 6 Krankenhaus
- 7 an anderer Stelle, welche? _____

6. Wann war Ihr letzter HIV-Antikörpertest?

- 1 innerhalb des letzten Jahres
- 2 innerhalb der letzten 5 Jahre
- 3 innerhalb der letzten 10 Jahren
- 4 vor mehr als 10 Jahren

7. Falls Sie schon mehrmals einen HIV-Antikörpertest gemacht haben, war der Grund das letzte Mal der Gleiche wie heute?

(Bitte kreuzen Sie höchstens zwei Antworten an)

- 1 Ja
- 2 Nein, mein letzter Anlass war folgender:

Ich...

- 1 wollte eine neue Beziehung beginnen
- 2 hatte eine kurzfristige sexuelle Beziehung (Seitensprung / „One-Night-Stand“)
- 3 vermutete eine/r meiner Sexual-Partner/innen war HIV-infiziert
- 4 mein/meine Sexual-Partner/in ist/war HIV positiv
- 5 hatte eine Bluttransfusion (bei Unfall oder Operation)
- 6 hatte beruflich mit Blut Kontakt
- 7 hatte mit anderen Personen Spritzen getauscht
- 8 hatte Angst, infiziert zu sein
- 9 lasse mich regelmäßig testen
- 10 anderes _____

8. Mit wie vielen Personen hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte?

Mit _____ Personen (Anzahl)

9. Haben Sie sexuelle Kontakte

- 1 nur mit Männern?
- 2 nur mit Frauen?
- 3 mit Männern und mit Frauen?

10. Haben Sie zur Zeit eine/n feste/n Partner/in?

- 1 Ja
Wenn ja, wie lange schon? _____ / _____ (Jahre/Monate)
- 2 Nein

11. Mit wem hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Kontakte? (mehrere Antworten möglich)

- 1 mit festem Partner/fester Partnerin
- 2 mit anderen Partnern/-innen
- 3 mit Prostituierten/Strichern
- 4 mit Freiern
- 5 keine

12. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Kondome verwendet?

- 1 immer
- 2 häufig
- 3 gelegentlich
- 4 nie

13. Hatten Sie schon sexuell übertragbare Erkrankungen?

- 1 Nein
- 2 Ja, einmal
- 3 Ja, mehrmals

Wenn ja, welche?

- 1 Syphilis
- 2 Gonorrhö (Tripper)
- 3 Chlamydien
- 4 Herpes genitalis
- 5 Feigwarzen
- 6 Weiß ich nicht mehr
- 7 andere _____

14. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Weiß ich nicht

Zuletzt bitten wir Sie, noch einige Angaben zu Ihrer Person zu machen:

15. Geschlecht

- 1 Männlich
- 2 Weiblich

16. Wie alt sind Sie: Jahre

17. Welchen Schulabschluss haben Sie?

- 1 Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
- 2 Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule (POS)
- 3 Abitur/Fachhochschulreife
- 4 (noch) keinen Abschluss
- 5 Anderen, welchen? _____

18. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

- 1 Ausbildung (Lehre)
- 2 Fachschule
- 3 Fachhochschule
- 4 Universität
- 5 (noch) keine
- 6 Sonstige, welche _____

bitte wenden ! ➡

19. Was trifft auf Sie zu?

(Bitte geben Sie nur Ihre Haupttätigkeit an)

Ich bin zur Zeit...

- 1 erwerbstätig
- 2 arbeitslos
- 3 nicht berufstätig (RentnerIn, StudentIn, SchülerIn)
- 4 Auszubildende/ Auszubildender
- 5 Zivildienstleistender/Wehrdienstleistender
- 6 Hausfrau/mann
- 7 sonstiges _____

20. Sind Sie in Deutschland geboren?

- 1 Ja
- 2 Nein, wo? _____

21. Sind Ihre Eltern in Deutschland geboren?

Vater

- 1 ja,
- 2 nein, wo? _____

Mutter

- 1 ja
- 2 nein, wo? _____

22. Haben Sie zum Abschluss noch Anmerkungen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung !