

**Aus der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Ruzicka**

**Wissen über HIV/AIDS und ihre Prävention bei Aussiedlern und
jüdischen Kontingentflüchtlingen aus der Gemeinschaft
Unabhängiger Staaten (GUS) in Bayern**

**Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

**vorgelegt von
Laura Kouznetsov
aus Panevezys
Litauen**

2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Wienecke

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Josef Eberle

Priv.-Doz. Dr. med. Jutta Engel

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dr. rer. biol. hum. Stefan Zippel

Dekan:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Maximilian Reiser

Tag der mündlichen Prüfung:

22.10.2008

Widmung

*Meinem Ehemann Alexander Kuznetsov und
meinem Bruder Arnas Dzedravicius gewidmet*

Dedication

*To my husband Alexander Kuznetsov and
my brother Arnas Dzedravicius*

PUBLIKATIONEN AUS DER DOKTORARBEIT

Publikationen

1. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Wienecke R, Zippel SA (2007): AIDS awareness among German resettlers from the former Soviet Union: It is time for an immigrant-specific HIV prevention. *Eur J Public Health*, 4: 403-404
2. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Wienecke R, Zippel SA (2007): HIV/AIDS-Prävention bei Immigranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland aus der Sicht einer Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle. *Prävention*, 03: 87-89
3. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Zippel SA (2007): Risky sexual behaviour, taboo of HIV/AIDS and HIV-prevention topics: interviews with HIV-positive immigrants from the former Soviet Union. *Int J STD AIDS*, 19(1): 71-72
4. **Kouznetsov L**, Zippel S, Kuznetsov AV: What is the true knowledge level of the German population regarding sexual HIV transmission? *Int J Public Health*, in press

Publizierte Kongressbeiträge

1. Kouznetsov AV, **Kouznetsov L** (2004): Gesundheit und Arzt-Patientenverhältnis der Migranten aus GUS. Fachtag der Münchner AIDS-Hilfe „Fragen und Probleme der medizinischen Versorgung und HIV/AIDS-Prävention von MigrantInnen aus den GUS“, 6. Mai 2004, München, S. 5-9
2. **Kouznetsov L**, Kouznetsov AV, Wienecke R, Zippel SA (2004): Social and cultural problems of HIV prevention in emigrants from former USSR to Germany. 2nd Open Europe AIDS Conference „Europe and HIV/AIDS: new challenges, new opportunities“, September 16-18th, 2004, Vilnius, Lithuania, Abstract, p. 45
3. **Kouznetsov L**, Zippel S, Kouznetsov AV, Heinrich P, Wienecke R (2005): HIV/AIDS-Prävention bei Migranten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) in Deutschland: Projektvorstellung und vorläufige Ergebnisse. Symposium der Psychosozialen Betreuung im Klinikum der Universität München e.V. „HIV-Infektion und Osteuropa: Verstehen – Risiken einschätzen – gemeinsam Handeln“, 6. April 2005, München, S. 31-34
4. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Wienecke R, Zippel SA (2007): Knowledge on HIV/AIDS and HIV prevention in immigrants from the former Soviet Union in Germany: controlled pilot survey. Procedure of the 17th International Society for STD Research (ISSTD) Meeting and 10th International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) World Congress, July 29 – August 1 2007, Seattle, USA, Abstract [P-394]
5. Kuznetsov AV, **Kouznetsov L**, Ruzicka T, Wienecke R, Zippel SA (2007): What do dermatological patients know about HIV/AIDS in out-patient clinic: impact for patients' education about HIV infection? ISSTD Meeting and 10th IUSTI World Congress July 29 – August 1 2007, Seattle, USA, Abstract [P-263]
6. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Wienecke R, Zippel SA (2007): Wissen über HIV-Infektion und Prävention bei Aussiedlern und jüdischen Zuwanderern aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) in Deutschland. Kongress „Medizin und Gesellschaft 2007. Prävention und Versorgung: innovativ – qualitätsgesichert – sozial“, 17.-21. September 2007, Augsburg, Vortrag/Abstract [969]
7. **Kouznetsov L**, Kuznetsov AV, Wienecke R, Zippel S (2008) Einstellungen und Wissen über HIV/AIDS bei Immigranten aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS). Kongress „12. Münchner AIDS Tage 2008 zu Gast in Berlin“, 14.-16. März, Berlin, Vortrag/Abstract, S. 59
8. **Kouznetsov L**. Migranten aus Osteuropa mit Schwerpunkt GU-Staaten. Fachheftreihe „Migration und Gesundheitsförderung“, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), im Druck

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	11
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	13
I. EINFÜHRUNG	15
1.1 Geschichte und Immigrationshintergrund	17
1.1.1 Aussiedler	17
1.1.2 Jüdische Kontingentflüchtlinge	18
1.1.3 Emigrationsmotive	19
1.2 Zuwanderungsstatistik	21
1.3 Integrationsprobleme von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen	23
1.4 HIV-Epidemiologie in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) und in Deutschland	25
1.4.1 HIV-Epidemiologie in GUS	25
1.4.2 HIV-Epidemiologie in Deutschland	29
1.5 Befragungsverfahren	31
1.5.1 Schriftliche Befragung	31
1.5.2 Mündliche Befragung (Interview)	32
1.6 Studien über das Wissen bezüglich HIV/AIDS und HIV-Prävention	33
1.6.1 Internationale Studien über das Wissen bezüglich HIV/AIDS	33
1.6.2 Wissen über HIV/AIDS in Deutschland	35
1.6.3 Wissen über HIV/AIDS in GUS	36
1.7 Zielsetzung der Arbeit	39
II. MATERIALIEN UND METHODEN	41
2.1 Materialien	41
2.1.1 Aussiedler	41
2.1.1.1 Aussiedlerbefragung in den Wohnheimen	41
2.1.1.2 Aussiedlerbefragung durch Organisation und Institutionen	42
2.1.2 Jüdische Kontingentflüchtlinge	42
2.1.3 Interviewte Personen	43
2.1.4 Kontrollgruppe	43
2.2 Methoden	45
2.2.1 Fragebogen	45
2.2.2 Interview	45
2.2.3 Ausarbeitung des HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)	46
2.2.4 Datenbearbeitung und Statistik	48

III. ERGEBNISSE	49
3.1 Wissen über HIV/AIDS und HIV-Prävention bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen im Vergleich untereinander	49
3.1.1 Antwortenstatistik und soziodemografische Charakteristiken der Immigranten	49
3.1.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS	52
3.1.3 Wissen über HIV/AIDS	56
3.1.4 Informationsquellen über HIV/AIDS	58
3.1.5 HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)	60
3.2 Wissen über HIV/AIDS und HIV-Prävention bei den GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe	63
3.2.1 Antwortenstatistik und soziodemografische Charakteristiken der Kontrollgruppe	63
3.2.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS	65
3.2.3 Wissen über HIV/AIDS	69
3.2.4 Informationsquellen über HIV/AIDS	72
3.2.5 HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)	74
3.3 Interviews mit den GUS-Immigranten: kurze Übersicht	81
IV. DISKUSSION	85
4.1 Fragebogen und Beantwortung	85
4.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS	87
4.3 Informationsquellen	90
4.4 Wissen über HIV-Infektion und -Prävention	91
V. AUSBLICK	95
LITERATURVERZEICHNIS	97
DANKSAGUNG	105
ANHANG	107
Anhang 1. Zuwanderungsstatistik	107
Anhang 2. Formen der mündlichen Befragung	109
Anhang 3. Begleit- und Erinnerungsschreiben an die Befragten	111
Anhang 4. Fragebogen zum Wissen über HIV-Infektion und –Prävention für Aussiedler, jüdische Kontingentflüchtlinge und Kontrollgruppe	117
Anhang 5. Prozent der Befragten, die auf die Fragen geantwortet haben	129
Anhang 6. Deskriptive Statistik: HATSIDU-Index, Geschlecht, Alter und Ausbildung bei den GUS-Immigranten	131
Anhang 7. Statistische Analyse	135
LEBENS LAUF	151

ZUSAMMENFASSUNG

Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge (GUS-Immigranten) aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) bilden in Deutschland eine der größten Immigrantepopulationen. Im Zeitraum zwischen 1991 und 2005 wurden über 2 Mill. GUS-Immigranten in Deutschland aufgenommen. Seit 2001 entwickelt sich eine HIV-Epidemie in den GU-Staaten, in denen Ukraine, Russische Föderation und Moldawien am meisten betroffen sind. Es fehlen bis jetzt die Untersuchungen über das Wissen hinsichtlich der HIV-Infektion und –Prävention sowie über die Einstellung zum Thema HIV/AIDS bei den GUS-Immigranten, was in der Zeit der hohen HIV-Prävalenz in ihren Herkunftsländern und laufender Aufnahme in Deutschland sehr aktuell erscheint.

Ziel dieser kontrollierten Pilotstudie war das Wissen und die Einstellung zum Thema HIV/AIDS und HIV-Prävention, Informationsquellen, mögliches Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion bei den GUS-Immigranten zu untersuchen.

1.205 GUS-Immigranten im Alter zwischen 16 und 65 Jahren wurden mittels anonymer postalischer Befragung in München und in Bayern befragt und 6 HIV-positive bzw. STD-krankte GUS-Immigranten interviewt. 448 deutschsprachige Patienten der dermatologischen Allgemeinambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) wurden anonym in der allgemeinen Poliklinik (als Kontrollgruppe) zu gleichen Themen befragt.

Es wurde ein vierstufiger HIV/AIDS-Risikowissensindex (HIV/AIDS Transmission through Sex and Intravenous Drug Use, HATSIDU) zum Untersuchen des Wissens über das Risikoverhalten in Bezug auf HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV-Infektion beim Sexualkontakt und beim intravenösen Drogengebrauch ausgearbeitet.

Es wurde festgestellt, dass mehr GUS-Immigranten (22,7 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (12,8 %) ihre Informiertheit über HIV/AIDS als schlecht einschätzten. Die GUS-Immigranten waren sehr gut über HIV-Übertragung durch Spritzen/Nadeln (96,5 % der richtigen Antworten) und Vaginalverkehr (83,4 %) informiert. Es fehlte ihnen aber das Wissen über HIV-Übertragung durch Anal- (67 %) und Oralverkehr (49,7 %). Außerdem glaubte ein erheblicher Teil (bis zu 30 %) der GUS-Immigranten an verschiedene HIV-Übertragungsmythen. Kondom und Einmalspritzen/-nadeln als Schutz vor einer HIV-Infektion waren bei den GUS-Immigranten sehr gut bekannt (entsprechend 91,8 % und 81,5 % der richtigen Antworten).

Trotzdem war der Mittelwert des HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU) bei den GUS-Immigranten (HATSIDU-Mittelwert 2,44) signifikant ($p < 0,05$) niedriger als in der Kontrollgruppe (HATSIDU-Mittelwert 2,84) und vom Alter, der Ausbildung und dem sozialen Status abhängig. So wurde der höchste HIV/AIDS-Risikowissensindex bei 40-49jährigen GUS-Immigranten mit einem Universitätsabschluss und bei Studenten festgestellt. Der niedrigste HIV/AIDS-Risikowissensindex war bei 60-65jährigen GUS-Immigranten mit einer 8-jährigen Schulausbildung und bei Rentnern zu beobachten. Der HIV/AIDS-Risikowissensindex war bei den Aussiedlern von der Aufenthaltsdauer abhängig: vor kurzem Eingereiste waren besser über HIV-Infektion und –Prävention informiert als die länger in Deutschland Lebenden. Geschlecht, Familienstatus, Herkunftsland und Religion spielten dabei keine Rolle.

Die Interviews mit den HIV-positiven und STD-kranken GUS-Immigranten haben gezeigt, dass das Thema HIV/AIDS in dieser Immigrantengruppe tabuisiert ist, dass HIV-Positive Angst vor sozialer Zurückweisung und Diskriminierung haben, und dass die GUS-Immigranten die HIV-Gefahr nicht wahrnehmen. Die Unkenntnis der HIV-Übertragungswege schafft ein diskriminierendes und stigmatisierendes Umgehen mit den HIV-Positiven, was erhebliche Störfaktoren sowohl bei der HIV/AIDS-Präventionsarbeit, als auch bei der medizinischen, psychologischen Betreuung und Beratung von HIV-positiven GUS-Immigranten darstellen. Konventionelle HIV/AIDS-Präventionsbotschaften in Deutschland bleiben oft von den GUS-Immigranten nicht bemerkt, oder sie können wegen mangelnder Deutschkenntnis nur begrenzt verstanden werden.

Es sollten die HIV-Präventionsbotschaften über HIV-Übertragung durch Anal- und Oralverkehr sowie die Aufklärung bezüglich der HIV-Übertragungsmythen den GUS-Immigranten vermittelt werden.

In diesem Forschungsprojekt wurden zum ersten Mal die wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Wissen zum Thema HIV/AIDS bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen in Deutschland gewonnen. In Anbetracht der HIV-Epidemie in GUS, laufender Immigration sowie zunehmender beruflicher Migration aus GUS nach Deutschland, ist es zu erwarten, dass die Zahl der HIV-positiven GUS-Immigranten und –Migranten sowie die Aktualität des Themas HIV/AIDS in dieser Population in Deutschland zunehmen wird.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BZgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
CSWs	Commercial Sex Workers
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HATSIDU	HIV/AIDS Transmission through Sex and Intravenous Drug Use (HIV/AIDS-Risikowissensindex)
\bar{x}	arithmetischer Mittelwert
HIV	Human Immunodeficiency Virus
i.v.	intravenös
MSM	Men who have Sex with Men
STDs	Sexually Transmitted Diseases
UdSSR	Union der sozialistischen Sowjetrepubliken (1936-1991)
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

I. EINFÜHRUNG

Die Gemeinschaft Unabhängiger Staaten ist eine wirtschaftliche Union der 12 Republiken der ehemaligen Sowjetunion (Einwohner in Mill.): Armenien (3), Aserbaidschan (8,4), Georgien (4,4), Kasachstan (14,8), Kirgisien (5,2), Moldawien (4,2), Russische Föderation (143,2), Tadschikistan (6,5), Turkmenistan (4,8), Ukraine (46,4), Usbekistan (26,5) und Weißrussland (9,7) [UNAIDS¹⁻¹² 2005].

Seit den 1950er Jahren immigrieren die Aussiedler¹ und jüdischen Kontingentflüchtlinge aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion nach Deutschland. Zwischen 1991 und 2005 wurden mehr als 2 Mill. Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland aufgenommen [Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen¹ 2006; Haug et al. 2005; Migrationsbericht 2005].

Seit 2001 ist in einigen GU-Staaten eine HIV-Epidemie zu beobachten. Ukraine, Russische Föderation und Moldawien sind mit geschätzter 1,4 %, 1,1 % und 1,1 % HIV-Prävalenz bei der Bevölkerung im sexuell aktiven Alter (15-49 J.) am stärksten betroffen [UNAIDS¹³ 2006]. In letzten Jahren steigt die Zahl der HIV-Neuinfektionen auch in Deutschland an [Robert-Koch-Institut 2006].

Es gibt in Deutschland keine Forschungen über das HIV/AIDS-Wissen, Sexual- und Schutzverhalten bezüglich HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten bei den Immigranten aus GUS. Eine europäische Studie über das Wissen hinsichtlich der HIV-Übertragung und dem Schutz vor einer HIV-Infektion in Deutschland bei Migranten zeigte, dass sie schlechter darüber informiert sind als die deutsche Allgemeinbevölkerung [Robert-Koch-Institut 2004].

In dieser Arbeit sollte zum ersten Mal das Wissen über HIV/AIDS, die Einstellung zum Thema HIV/AIDS, HIV/AIDS-Informationsquellen, das mögliche Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion, das Wissen über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten in Deutschland untersucht und mögliche HIV-Präventionsvorschläge für diese Immigrantengruppen ausgearbeitet werden.

¹ Im Text wurde der Begriff „Aussiedler“ als Sammelbegriff für Aussiedler und Spätaussiedler verwendet.

1.1 Geschichte und Immigrationshintergrund

1.1.1 Aussiedler

Im 18. Jahrhundert wanderten auf Einladung der Zarin Katharina II. (1762-1796) die Siedler aus deutschen Fürstentümern nach Russland aus. Ziel dieser Einladung war Besiedelung und Urbarmachung ungenutzter Steppengebiete im Russischen Reich und Schaffung von landwirtschaftlichen Musterkolonien. Den Einwanderern wurden viele Privilegien wie Befreiung von Steuern, vom Militärdienst, Religionsfreiheit, Selbstverwaltung und Unterstützung bei der Umsiedelung zugesagt. Die ersten Kolonien entstanden an der mittleren Wolga. Durch weitere Anwerbungen von Katharina II. und anderen Zaren immigrierten viele deutschsprachige Landwirte und Handwerker nach Ukraine, Bessarabien und Transkaukasus. Zwischen 1763 und 1914 wurden in Russland, im Kaukasus und in Sibirien über 3000 Kolonien gegründet. Im Jahr 1914 lebten in Russland 2,4 Millionen Deutsche [Eisfeld 1986; Kappeler 1987; Dausch 1990; Dietz 1993; Gündisch 1995; Schmitt-Rodermund 1999; Riek 2000].

Ab Ende des 19. Jahrhunderts wurden nach und nach die rechtlichen, politischen und wirtschaftlichen Privilegien der deutschen Kolonisten abgebaut. Die deutsche Amtssprache der Kolonien wurde durch die russische ersetzt. Der 1. Weltkrieg, die Revolution und der Bürgerkrieg brachten die Krise in den deutschen Kolonien. Es begann die Zeit der Zwangskollektivierung, der Massenverhaftungen und Massendeportationen [Eisfeld 1986; Kappeler 1987; Gündisch 1995; Dausch 1990].

Nach dem 1. Weltkrieg konnten die Einwanderer kurz „aufatmen“ und 1924 die Autonome Republik der Deutschen an der Wolga gründen. Es wurden auch deutsche Schulen, Hochschulen und Theater gegründet, Zeitungen herausgegeben [Eisfeld 1986; Gündisch 1995; Schmitt-Rodermund 1999].

Der 2. Weltkrieg brachte die neuen Deportationen und Zwangsumsiedlungen der deutschen Kolonisten mit sich: Viele von ihnen wurden in die Sondersiedlungen in Sibirien, Kasachstan, Kirgisien, Tadschikistan gebracht und zum Arbeiten in Arbeitsarmee gezwungen. 1941 wurde die Wolga Republik aufgelöst [Kappeler 1987; Dausch 1990; Dietz 1993; Riek 2000].

Ab 1951 mit der Stabilisierung und Lockerung in den Beziehungen zwischen Sowjetunion und Deutschland konnten die ersten Nachfolger der deutschen Kolonisten die Ausreise in die Heimat ihrer Vorfahren beginnen [Dausch 1990].

1.1.2 Jüdische Kontingentflüchtlinge

Im 4. Jahrhundert verließen die jüdischen Zuwanderer wegen des Antijudaismus Griechenland und Kleinasien und besiedelten die Region am Schwarzen Meer und die transkaukasischen Gebiete. Im 5. und 7. Jahrhundert wanderten des weiteren Juden aus persischem und islamischem Raum hinzu. Unter der Regierung des russischen Zaren Ivans des Schrecklichen (1530-1584) wurden die jüdischen Gemeinden in den Khanaten, Kazan und Astrachan dem russischen Imperium angeschlossen. Im 18. Jahrhundert wurden die weiteren jüdischen Gemeinden des Baltikums und Kurland erobert; dazu kamen noch Juden aus den Provinzen am Kaspischen Meer [Friedmann 1993].

Im zaristischen Russland wurde die jüdische Minderheit stark diskriminiert. Juden besaßen keine Staatsbürgerschaft und durften nur in bestimmten Siedlungsgebieten leben [Embacher 2003], der Landerwerb wurde ihnen verboten und an den russischen Bildungseinrichtungen bestand für sie ein 'numerus clausus' [Kommoss 1938].

Im Jahr 1897 hatte das Russische Reich mit 5,2 Millionen die größte Zahl der jüdischen Bevölkerung der Welt, von denen die Mehrheit im Westen des Reiches und an der Schwarzmeerküste wohnte. Über 80 % der Juden lebte in den Städten und größeren Gemeinden, nur ein kleiner Teil auf dem Land [Gruber et al. 2002].

Die Februarrevolution von 1917 setzte die Zaren ab und die provisorische Regierung erklärte die Juden zu gleichberechtigten Staatsbürgern, die Rechtsbeschränkungen wurden aufgehoben [Schreiner 2003]. Aber der im Jahr 1918 entstehende Bürgerkrieg (1918-1920) wirkte sich besonders stark auf die jüdische Bevölkerung aus: Zehntausende von Juden wurden ermordet, starben an Epidemien oder Hunger, fielen den Pogromen zum Opfer [Heller 1992].

In der Sowjetunion (1936-1991) der Dreißigerjahre wurde langsam die jüdische Kultur vernichtet, viele jüdische Intellektuelle wurden umgebracht [Messmer 1992], das Vorkommen des jüdischen Kultur- und Soziallebens völlig verboten [Friedmann 1993]. Friedmann beschreibt „das Judesein“ in dieser Zeit als „... Privatangelegenheit, die im Alltag nicht oder nur wenig Ausdruck finden konnte bzw. durfte. Im Laufe der Stalin-Ära etwa wurden die meisten Synagogen, Betstuben, jüdischen Erziehungseinrichtungen geschlossen und jede „nationale Aktivität“, etwa der Hebräisch-Unterricht, verboten“ [Friedmann 1993:44].

Bis in die Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts war die Emigration der Juden aus der ehemaligen Sowjetunion kaum möglich. 1971 hat die Emigration nach Israel und 1973 in die USA begonnen [Embacher 2003]. Zwischen 1970 und 1980 verließen 200000 Juden die

Sowjetunion, die Mehrheit wanderte nicht nach Israel, sondern in die USA aus. Anfang 1980 wurden die Ausreisen immer seltener bewilligt [Messmer 1992].

Mit dem Beschluss des DDR-Ministerrats im Jahr 1990 über eine rasche und unbürokratische Aufnahme der Juden, die antisemitische Repressalien in ihren Heimatländern ertragen mussten, begann die Einreise der jüdischen Kontingentflüchtlinge aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in die Bundesrepublik Deutschland [Mertens 1993].

1.1.3 Emigrationsmotive

Einige Emigrationsmotive sowohl der Aussiedler, als auch der jüdischen Kontingentflüchtlinge sind ähnlich, obwohl gruppenspezifische Auswanderungsaspekte auch gegeben sind.

Die Auswanderung aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion seit 1990 geschah überwiegend wegen:

- schlechter wirtschaftlicher und sozialer Lage in den Herkunftsländern [Dietz 1993; Schoeps et al. 1997; Schoeps et al. 1999; Riek 2000; Gruber et al. 2002; Sticken 2002; Tröster 2003; Migrationsbericht 2004],
- der Erwartung einer besseren und sicheren Lebensperspektive sowohl für sich als auch für die Kinder im Aufnahmeland [Dietz 1993; Gruber et al. 2002; Sticken 2002; Tröster 2003],
- des Wunsches nach Familienzusammenführung mit in Deutschland lebenden Familienangehörigen und/oder Verwandten [Dietz 1993; Tröster 2003; Migrationsbericht 2004].

Bis Anfang 1990 waren die wichtigsten Ausreisegründe der Aussiedler der Wunsch „als Deutsche unter Deutschen zu leben“, fehlende Religionsfreiheit im Herkunftsland und ethnische Motive. Mit der Auflösung der Sowjetunion in den Jahren ab 1990 änderten sich die Emigrationsmotive: Aussiedler verließen ihre Herkunftsländer immer mehr wegen der schlechten wirtschaftlichen Situation und aus Angst vor wachsendem russischen Nationalismus [Dietz 1993; Riek 2000; Tröster 2003].

Laut Daten einer Befragung von jüdischen Kontingentflüchtlingen wurden neben der Kriminalität in Osteuropa zunehmender Antisemitismus, Fremdenfeindlichkeit, religiöse Einschränkung und Diskriminierung in GUS als Ausreisemotive genannt [Sticken 2002; Gruber et al. 2002].

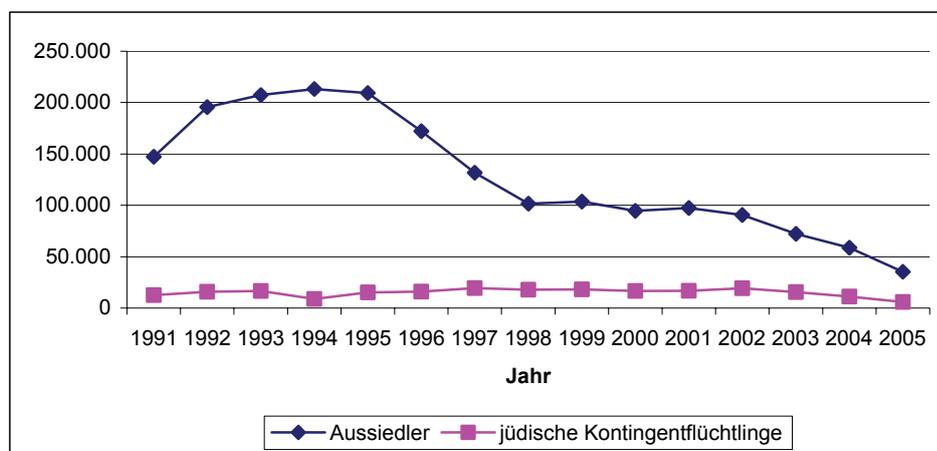
1.2 Zuwanderungsstatistik

Nach dem Jahr 1990 kommt die Mehrheit der Aussiedler aus den Ländern der ehemaligen UdSSR (**Anhang 1.1**). Die Mehrheit der Aussiedler reist aus der Russischen Föderation und Kasachstan ein. Zwischen 1991 und 2005 wurden 1931093 Mill. Aussiedler und deren Angehörige in Deutschland aufgenommen [Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen¹ 2006].

Seit 1974 bis zum 30. April 2006 wurden 295020 Aussiedler in Bayern aufgenommen [Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen¹ 2006]. Der Zuzug von Aussiedlern nimmt aus diesen Ländern ab (**Abbildung 1**).

Zwischen 1991 und 2005 erreichte die Zahl (**Anhang 1.2**) der nach Deutschland immigrierten jüdischen Zuwanderer und deren Angehörigen 225572 [Haug et al. 2005; Migrationsbericht 2005] (**Abbildung 1**).

Abbildung 1. Immigrationsdynamik von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen und ihren Angehörigen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (1991 – 2005)



Quellen: Haug et al. 2005; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen¹ 2006

1.3 Integrationsprobleme von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen

Unter Integration versteht man einen Prozess zwischen gesellschaftlichen Gruppen, der aus ökonomischen, sozialen, psychologischen und kulturellen Faktoren besteht [Baaden 1997]. Die Integrationsphase der Aussiedler und jüdischen Kontingentflüchtlinge endet offiziell in Deutschland nach dem Abschluss des Integrationskurses, mit Unterbringung in einem Wohnheim und mit der Umschulung [Baaden 1997].

Die ausreichenden Deutschkenntnisse sind eine der wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Integration in den Arbeits- und Lehrstellenmarkt und für „dringend erforderliche Akzeptanz durch die einheimische Bevölkerung“ [Beauftragte der Bundesregierung für Aussiedlerfragen 2001:8]. Der Großteil der nichtdeutschen Familienangehörigen von Aussiedlern verfügt über sehr geringe oder gar keine Deutschkenntnisse, besonders die Kinder und Jugendlichen kommen meistens ohne deutsche Sprachkompetenz [Dietz 1997]. Obwohl die Deutschkenntnisse der meisten Aussiedler und jüdischen Kontingentflüchtlinge schlecht sind, wurde die Sprachkursdauer für Neuankömmlinge von ursprünglich zwölf Monate im Jahr 1994 auf sechs Monate gekürzt² [Tröster 2003].

Die berufliche Integration von Neuankömmlingen aus GUS gestaltet sich schwierig durch nicht ausreichende Sprachkenntnisse und Unkenntnis des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Systems in Deutschland [Schoeps 1997; Dietz 1997]. In Herkunftsländern erworbene Qualifikationen werden sehr oft hier nicht anerkannt oder sind auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht unmittelbar verwertbar [Migrationsbericht 2004]. Viele Aussiedler und Kontingentflüchtlinge wechseln deswegen den Beruf oder nehmen einen unter ihrer beruflichen Qualifikation liegenden Job an [Gruber et al. 2002], obwohl besonders die jüdischen Kontingentflüchtlinge über eine überdurchschnittlich hohe Ausbildung verfügen (68 % mit akademischer Ausbildung, bei den Aussiedlern etwa 19 % [Kessler 1997]). Ihre berufliche Eingliederung wird zusätzlich durch die Angespanntheit auf dem deutschen Arbeitsmarkt und die Arbeitslosigkeit hierzulande erschwert [Tröster 2003].

Zur sozialen Integration haben die Neuankömmlinge besonders am Anfang wenig Möglichkeiten: Nach der Einreise nach Deutschland werden ihnen Übergangwohnheime zugeteilt, die sich oft in Stadtrandgebieten befinden, was die Isolation der Zuwanderer nur verstärkt, da sie fast keinen Kontakt zu den Einheimischen haben. Dies begünstigt die Entstehung von überwiegend

² Bis 1990 betrug die Dauer der Sprachförderung 12 Monate, bis 1991 – 10 Monate, ab 1991 – 8 Monate; seit 1994 – 6 Monate [Gruber et al. 2002].

russischsprachigen Vierteln oder Gebieten; es entsteht eine „Gesellschaft in der Gesellschaft“ [Dietz 1997]. Enge Wohnverhältnisse, keine Rückzugsmöglichkeiten und viel zu lange Aufenthaltszeiten in den Wohnheimen erzeugen die Frustration und Aggression [Masumbuku 1995]. Die Isolation der Neuankömmlinge wird auch durch „die abwehrende Haltung der Einheimischen“ [Friedmann 1993] verstärkt, wenn diese die Neuankömmlinge als unerwünschte Ausländer ansehen.

Laut Schoeps befinden sich besonders jüdische Kontingentflüchtlinge in einer spezifischen Situation im Vergleich zu den Aussiedlern: Sie erleben in Deutschland den „dreifachen Identitätskonflikt“, weil sie zwischen deutsche, russisch-sozialistische und jüdische Kultur geraten und somit zur Ghettoisierung tendieren. Sie haben die doppelte Integration zu bewältigen – in die jüdische Gemeinschaft und in die deutsche Gesellschaft [Schoeps 1997].

Die Schwierigkeiten bei der Integration von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen spiegeln sich auch in der Präventionsarbeit im HIV/AIDS-Bereich und bei anderen sexuell übertragbaren Krankheiten: wegen mangelnder Deutschkenntnisse werden die Immigranten von gängigen Präventionsbotschaften hierzulande kaum erreicht; die ärztliche, psychologische und soziale Betreuung und Beratung von HIV-positiven Immigranten wird auch dadurch erschwert. Es ist auch zu bedenken, dass die Immigranten aus GUS meist nicht gewohnt sind, die Themen wie Sexualität, Verhütung und HIV-Prävention zu besprechen [Kouznetsov¹ et al. 2004].

1.4 HIV-Epidemiologie in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) und in Deutschland

1.4.1 HIV-Epidemiologie in GUS

Nach UNAIDS Schätzungen erreichte die Zahl der HIV-positiven Menschen in Osteuropa und Zentralasien im Jahr 2005 1,5 Millionen. Die geschätzte Zahl der HIV-positiven Personen im sexuell aktiven Alter (15-49 J.) betrug in den GU-Staaten im Jahr 2005 zwischen 0,1 % und 1,4 % der Bevölkerung (**Tabelle 1**) [UNAIDS¹³ 2006; UNAIDS¹⁴ 2006]. Ukraine, Russland und Moldawien sind mit geschätzter 1,4 %, 1,1 % und 1,1 % HIV-Prävalenz am meisten betroffen [UNAIDS^{2, 1, 11} 2006].

Tabelle 1. Einwohnerzahl und geschätzte HIV-Prävalenz in GUS 2005

GU-Staat	Einwohnerzahl (Mill.)	HIV-Positive (15-49 J.) (UNAIDS, geschätzt)	
		Zahl	Prävalenz
Russische Föderation	143,2	940.000 [560.000 – 1.600.000]	≈ 1,1
Ukraine	46,4	410.000 [250.000 – 680.000]	≈ 1,4
Usbekistan	26,5	31.000 [15.000 – 99.000]	≈ 0,2
Kasachstan	14,8	12.000 [11.000 – 77.000]	≈ 0,1
Weißrussland	9,7	20.000 [11.000 – 47.000]	≈ 0,3
Aserbaidshjan	8,4	5.400 [2.600 – 17.000]	≈ 0,1
Tadschikistan	6,5	4.900 [2.400 – 16.000]	≈ 0,1
Kirgisien	5,2	4.000 [1.900 – 13.000]	≈ 0,1
Turkmenistan	4,8	<500 [<1000]	≈ < 0,1
Georgien	4,4	5.600 [2.700 – 18.000]	≈ 0,2
Moldawien	4,2	29.000 [15.000 – 69.000]	≈ 1,1
Armenien	3	2.900 [1.800 – 5.800]	≈ 0,1

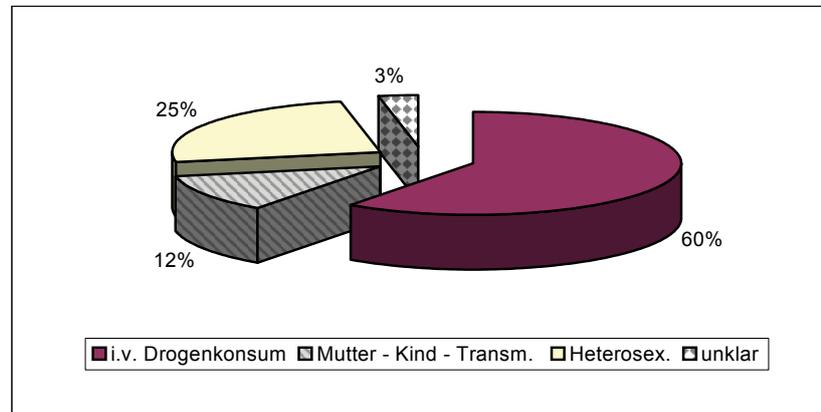
Quelle: UNAIDS¹⁻¹² 2006, modifiziert

Ukraine

Seit 2000 verdoppelten sich die jährlichen HIV-Diagnosen in der Ukraine und erreichten somit im Jahr 2005 13786 [UNAIDS¹⁴ 2006]. Die HIV-Infektion verbreitet sich hier am schnellsten unter i.v. Drogenkonsumenten, aber seit einiger Zeit wächst die Zahl der HIV-Infizierten, die sich durch sexuelle Kontakte [Burruano et al. 2006], vor allem mit i.v. Drogenkonsumenten, infizierten (**Abbildung 2**). Im Jahr 2005 betrug die Zahl der HIV-Infizierten, die sich durch i.v. Drogengebrauch mit HIV infizierten, 48,8 %. Die Zahl der HIV-positiven commercial sex

workers (CSWs) betrug im Jahr 2005 8 % in der Hauptstadt Kiew, in der Stadt Mikolaiew 32 %. In den Städten Odessa und Mykolayiv wurden insgesamt 49 homosexuelle Männer auf HIV getestet: entsprechend 19 % und 8,7 % der Getesteten waren mit HIV infiziert [National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005].

Abbildung 2. HIV-Übertragungswege zwischen gemeldeten Fällen in der Ukraine (1987 – 2005)

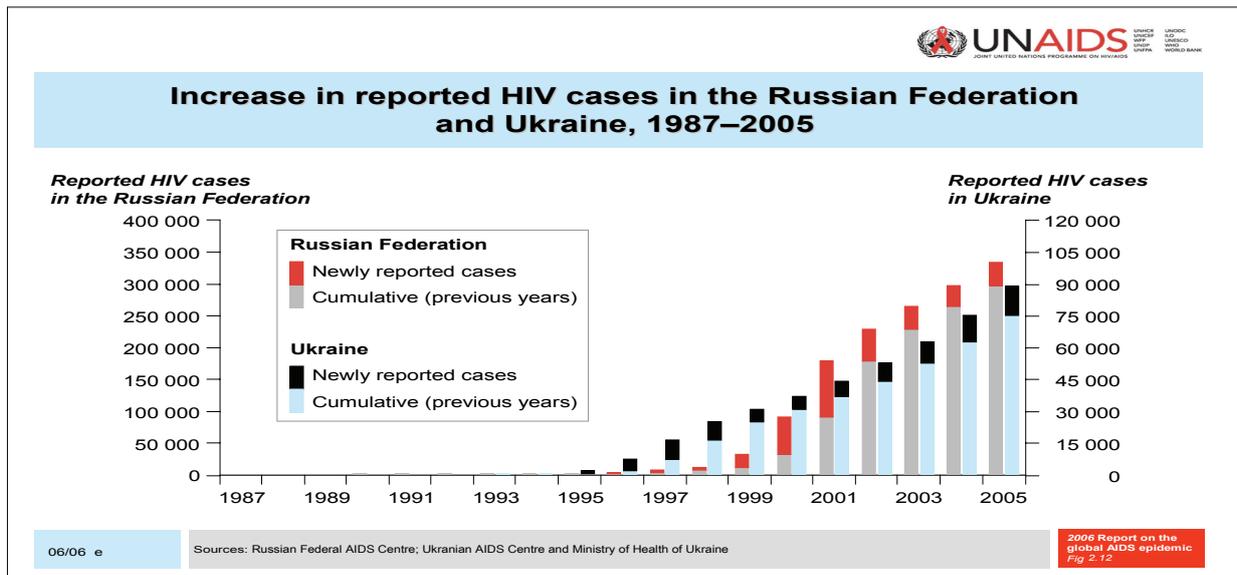


Quelle: National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005

Russische Föderation

In Russland stieg die Zahl der HIV-Neudiagnosen seit 1996 (1513 Neudiagnosen) bis 2005 auf das 23-fache (35526 Neudiagnosen) [AIDS Foundation East-West 2006]. Nach Angaben des Russian Federal AIDS Center betrug die Zahl der gemeldeten HIV-positiven Menschen in Russland im Jahr 2005 333730 (**Abbildung 3**). HIV-Prävalenz stieg von 121/100000 im Jahr 2001 auf 231/100000 im Jahr 2005. Etwa 80 % der HIV-positiven Menschen in Russland sind junge Leute bis zum 30. Lebensjahr [Country report of Russian Federation on the implementation of the declaration on commitment on HIV/AIDS 2005].

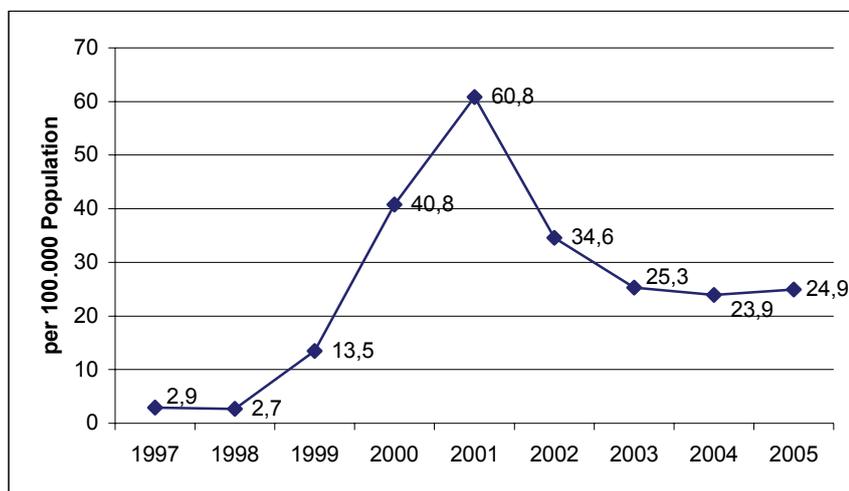
Abbildung 3. Dynamik der registrierten HIV-Fälle in der Russischen Föderation und in der Ukraine (1987 – 2005)



Quelle: UNAIDS¹⁵ 2006

Nach Angaben des Russian Federal AIDS Centre stieg die HIV-Inzidenz im Jahr 1997 von 2,9/100000 auf 24,9/100000 im Jahr 2005 (**Abbildung 4**).

Abbildung 4. HIV-Inzidenz in der Russischen Föderation (1997 – 2005)



Quelle: AIDS Foundation East-West 2006

Die größte HIV-Infizierte Gruppe bilden in Russland i.v. Drogenkonsumenten: Im Jahr 2005 infizierten sich 76 % aller HIV-Positiven durch i.v. Drogenkonsum. Schon im gleichen Jahr erreichte der Anteil der Personen, die sich neu durch i.v. Drogenkonsum infizierten, 66 %

[Country report of Russian Federation on the implementation of the declaration on commitment on HIV/AIDS 2005].

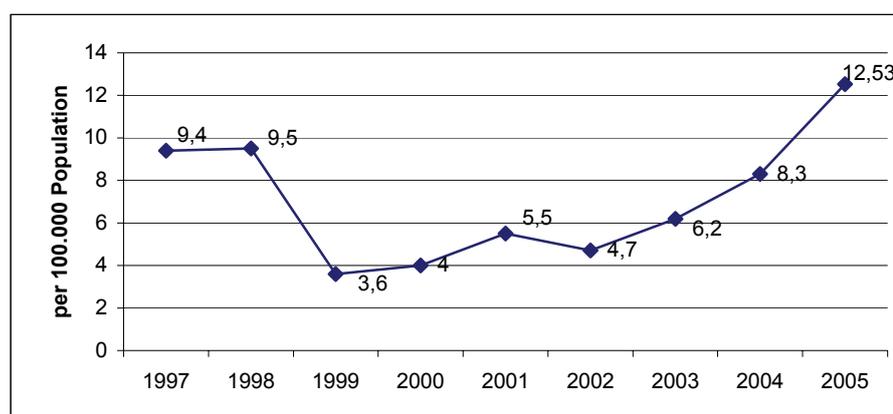
Die Zahl der HIV-Infizierten in der MSM-Gruppe betrug im Jahr 2005 je nach der Stadt zwischen 0,5 % und 14,3 % [Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005].

In der Gruppe der CSWs verbreitet sich HIV auch sehr schnell. Nach Daten der WHO sind in der Russischen Föderation 150000-300000 CSWs. Die Zahl der HIV-infizierten CSWs variiert je nach Stadt von 3,1 % bis 48 %. Das Risikoverhalten dieser Gruppe wird durch die große Zahl der sexuellen Partner, Anfälligkeit für Gewalt und Vergewaltigungen, riskante sexuelle Praktiken, Drogenkonsum, geringes Wissen über STDs und ihre Prävention, charakterisiert [Country Report of the Russian Federation on the Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005].

Moldawien

In Moldawien infizieren sich immer mehr Menschen durch den heterosexuellen Kontakt: Im Jahr 2003 machte dieser HIV-Infektionsweg 44 % der neu registrierten HIV-Fälle aus, 2004 waren es 48 % und 2005 54,6 %. HIV-Infektionen durch i.v. Drogenkonsum haben hier abgenommen: Im Jahr 1996 waren es etwa 86 % der neu registrierten HIV-Fälle, 2005 fast 40 %. Die HIV-Inzidenz stieg von 9,4/100000 im Jahr 1997 auf 12,53/100000 2005 [Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) 2006] (**Abbildung 5**).

Abbildung 5. HIV-Inzidenz in Moldawien (1997 – 2005)



Quelle: Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) 2006

Der HIV-Hauptübertragungsweg in Russland und in der Ukraine ist der i.v. Drogenkonsum, in Moldawien dagegen wird HIV häufiger durch den heterosexuellen Sex als durch i.v.

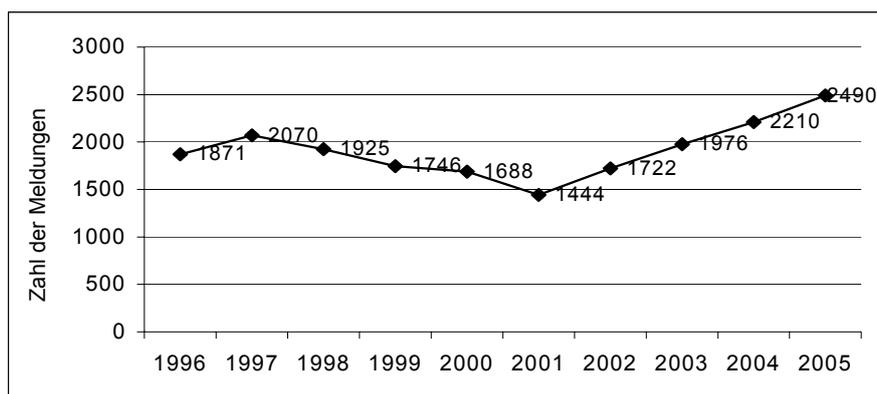
Drogenkonsum übertragen, aber auch in Russland und in der Ukraine gewinnt die heterosexuelle HIV-Übertragung an Bedeutung. Die wachsende Zahl der heterosexuellen HIV-Übertragungen in den GU-Staaten könnte eine reale Gefahr der HIV-Infizierung durch Migration, Menschenhandel und Prostitution für Deutschland darstellen [HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung 2005].

Es werden verschiedene Ursachen für die HIV-Epidemie in GUS wie die angestiegene Migration vor allem von jungen Leuten, das Auseinanderreißen der Familien, Änderungen des Gesundheitssystems, wirtschaftliche und soziale Instabilität, nicht ausreichende Zugänglichkeit zu Kondomen und schlechter Wissensstand über HIV/AIDS diskutiert. Dazu kommen Steigerung des i.v. Drogengebrauchs, sexuelle Freiheit in hetero- und homosexuellen Beziehungen, hochriskantes Sexualverhalten und auch hohe STD-Prävalenz (Syphilis, Herpes genitalis), was auch die HIV-Übertragung begünstigt [Axmann 1998; Kalichman et al. 2000; Atlani et al. 2000; Dehne et al. 2000; Kelly et al. 2003; Radcliffe 2005].

1.4.2 HIV-Epidemiologie in Deutschland

Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes ist die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Jahr 2005 um 13 % gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen [Robert-Koch-Institut 2006] (**Abbildung 6**).

Abbildung 6. Neu gemeldete HIV-Fälle in Deutschland (1996 – 2005)



Quelle: Robert-Koch-Institut 2006

Die Zahl der neuen HIV-Diagnosen hat in Deutschland im Jahr 2005 am stärksten in der MSM-Gruppe zugenommen. HIV-Infektion durch MSM ist der häufigste Infektionsweg und mit 59 % ist dies die größte Betroffenenengruppe. Die zweitgrößte Betroffenenengruppe mit 17 % stellen Personen aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung dar. 16 % machen Personen, die sich mit einer HIV-Infektion durch heterosexuelle Kontakte infiziert

haben, aus. 7 % aller neuen Infektionen haben die Personen durch i.v. Drogengebrauch erworben. 1 % neuer HIV-Infektionen machen Neugeborene und Kinder, die durch HIV-infizierte Mütter HIV erworben haben, aus [Robert-Koch-Institut 2006].

Die größte HIV-Inzidenz pro 100000 Einwohner war im Jahr 2005 in der Stadt Köln zu beobachten – 13,61, in Hamburg – 11,76, in München – 11,45 und in Berlin – 10,95. In Bayern betrug die HIV-Inzidenz im Jahr 2005 2,9, die etwas unter dem Durchschnittswert der Bundesrepublik lag – 3,02 [Robert-Koch-Institut 2006]. Die HIV-Prävalenz in Deutschland lag im Jahr 2005 unter 0,1 % [HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung 2005].

1.5 Befragungsverfahren

Befragung ist die am häufigsten benutzte Methode in den empirischen Public Health- und Präventionsforschungen. Es gibt schriftliche und mündliche Befragungsformen; beide Befragungsmethoden haben ihre Vor- und Nachteile. Welche Befragungsmethode für die eine oder andere Befragung besser geeignet ist, hängt von dem Forschungsgegenstand ab.

1.5.1 Schriftliche Befragung

Der Begriff „schriftliche Befragung“ umfasst zwei Arten der Befragungen: schriftliche Gruppenbefragung und postalische Befragung. Bei der schriftlichen Gruppenbefragung wird eine in einem Raum anwesende Gruppe befragt, wobei die Teilnehmer selbständig den Fragebogen ausfüllen. Schriftliche Gruppenbefragung ist kostengünstig [Jacob et al. 2000], die Erhebungssituation wird kontrolliert, Fragen in Bezug auf den Fragebogen können von dem Interviewer beantwortet werden, aber die Zusicherung der Anonymität ist nicht sehr glaubwürdig [Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung, <http://www.fragebogen.de>].

Bei postalischer Befragung wird der Fragebogen an die Zielperson per Post zugeschickt. Die füllt den Fragebogen aus und schickt ihn an die befragende Institution zurück. Ein erheblicher Vorteil dieser Befragung liegt an der Anonymität, was sich positiv auf Bereitschaft der Befragten ehrlich zu antworten, auswirkt. Der Befragte kann sich gründlicher mit der Thematik auseinandersetzen, hat genügend Zeit, den Fragebogen auszufüllen und die Antworten zu überlegen [Jacob et al. 2000; Bortz et al. 2002]. Die postalischen Befragungen sind wegen geringeren Personalaufwandes kostengünstig [Jacob et al. 2000]. Ein Nachteil der postalischen Befragung liegt in den *Totalausfällen*, wenn die Zielperson die Beantwortung des Fragebogens verweigert, oder *item-non-response*, wenn einzelne Fragen unbeantwortet bleiben. Ein weiterer Nachteil der postalischen Befragung ist die unkontrollierte Erhebungssituation: Man weiß nicht, wer den Fragebogen ausgefüllt hat, wurden die Antworten durch Dritte beeinflusst [Bourque & Fielder 1995; Stier 1999] oder hat vielleicht der Befragte gezielt in der Fachliteratur nachgeschlagen.

Da der Befragte bei der postalischen Befragung bei Verständnisproblemen keine Hilfe durch den Interviewer bekommt, sollte der Fragebogen verständlich und deutlich gestaltet sein. Schrifttypen, Papierqualität etc. spielen bei dieser Befragung eine wichtige Rolle, weil dadurch der Eindruck über Seriosität, Professionalität und Wichtigkeit der Befragung und diese durchführende Institution entsteht. Ein wichtiger Moment bei der postalischen Befragungen ist das Begleitschreiben, das zusammen mit dem Fragebogen abgeschickt werden sollte, in dem

Nützlichkeit und Bedeutung der Untersuchung erläutert sowie die Vertraulichkeit der Angaben zugesichert werden [Stier 1999].

Die Rücklaufquote bei der postalischen Befragung hängt von einigen Faktoren ab. Einer der wichtigsten Faktoren ist das Thema der Untersuchung: Auf die Fragen über aktuelle und interessante Themen werden mehr Leute antworten als auf die langweiligen oder unwichtigen [Bortz et al. 2002]. Kürzere Fragebögen, die Aussicht auf die Belohnung, schriftliche oder telefonische Mahnungen sind weitere wichtige Faktoren, die sich positiv auf die Rücklaufquote auswirken [Diekmann 2001]. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, empfiehlt sich, ein Erinnerungsschreiben an den Beteiligten zu versenden. Aber trotz des Erinnerungsschreibens und der Mahnungen kann die Rücklaufquote bei den postalischen Befragungen zwischen 10 % und 90 % schwanken [Bortz 2002].

1.5.2 Mündliche Befragung (Interview)

Im Gegensatz zur schriftlichen Befragung sind die Interview-Situationen für den Befragten nicht anonym. Der Interviewer „steuert“ das Gespräch, daher ist der Interviewablauf nicht exakt vorhersagbar [Bortz et al. 2002]. Bei einem Interview ist es wichtig, dass der Interviewer keinen Einfluss auf den Befragten ausübt, was zu erreichen praktisch nicht immer möglich ist [Stier 1999].

Es gibt verschiedene Interviewformen (**Anhang 2**). Im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Interviews mit Immigranten waren halb strukturiert. Manche Autoren nennen das halb strukturierte Interview auch *das problemzentrierte Interview*: „Das [problemzentrierte] Interview lässt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Es zentriert aber auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt“ [Mayring 1990:46]. Als Grundlage für das Interview dient ein Interviewleitfaden, der den Interviewpartner auf bestimmte Fragestellungen hinweist. Mit dem Interview können nicht nur die persönlichen Erfahrungen des Befragten zu einer bestimmten Situation erhoben werden, sondern es können auch unerwartete Antwortreaktionen und neue Gesichtspunkte entstehen [Diekmann 2001]. Es empfiehlt sich das problemzentrierte Interview mit anderen, meistens quantitativen Methoden (z.B. Befragung) zu verwenden, weil dadurch ein genaueres Gesamtbild eines sozialen Gegenstandes erstellt werden kann [Diekmann 2001].

1.6 Studien über das Wissen bezüglich HIV/AIDS und HIV-Prävention

Bis jetzt wurden keine Studien zum Thema Wissen über HIV-Infektion und -Prävention bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland durchgeführt.

Es wurde in der Aussiedlerpopulation über kardiovaskuläre Mortalität, äußere Mortalitätsursachen, Krebsmortalität, Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland geforscht [Dinkel et al. 1997; Wittig et al. 2004; Ronellenfitsch et al. 2004; Aparicio et al. 2005; Ronellenfitsch et al. 2006; Kyobutungi¹ et al. 2006; Kyobutungi² et al. 2006].

1.6.1 Internationale Studien über das Wissen bezüglich HIV/AIDS

Die meisten Studien über das Wissen hinsichtlich HIV/AIDS in der Migrantenpopulation werden in den Niederlanden, Großbritannien und Amerika durchgeführt.

In den Niederlanden [Martijn et al. 2004] wurde eine Befragung von vor kurzem nach Rotterdam eingereisten Migranten (n = 75) über HIV/AIDS und zur Einstellung bezüglich Kondomverwendung durchgeführt. Es wurden bei den Migranten eine Pretestbefragung, ein HIV/AIDS-Unterricht und eine Posttestbefragung durchgeführt. Gute Informiertheit über HIV/AIDS (ca. 62 % in der Pretestbefragung) erreichte nach dem Unterricht ca. 83 % der befragten Migranten. Besonders von dem HIV/AIDS-Unterricht profitierten die Migranten mit dem niedrigeren Ausbildungsgrad. Außerdem waren in der Posttestbefragung mehr Migranten positiv gegenüber dem Kondomverwendung als in der Pretestbefragung eingestellt [Martijn et al. 2004]. In dem gleichen Projekt wurde auch eine Bildungsstrategie gestartet, in der die Zugehörigen der jeweiligen Migrantengruppe (so genannte paraprofessionals oder lay health advisors (LHAs)) zuerst über AIDS unterrichtet und die Unterricht zu geben trainiert wurden, und dann selber die anderen Migranten über HIV/AIDS unterrichteten. Es wurde angenommen, dass die LHAs wegen Sprachähnlichkeit und dem Verstehen der kulturellen Hintergründe der jeweiligen Migrantengruppe erfolgreicher in ihrem Unterricht über HIV/AIDS für andere Migranten als die professionellen Berater sein sollten. In dieser Studie wurde aber nicht bewiesen, dass die LHAs effektiver als die professionellen Berater sind oder umgekehrt [Martijn et al. 2004].

In den Studien über HIV-Prävalenz, sexuelles Risikoverhalten, verschiedene sexuellen Muster und Kondomverwendung in Amsterdam wurden unter den Migranten aus Sub-Sahara Afrika, Suriname und Niederländische Antillen (n = 1660) untersucht [Gras et al. 1999; Wiggers et al.

2003]. Die Migranten hatten mehr sexuelle Partner und waren häufiger an STDs erkrankt als die Einheimischen. Es wurde ein hohes Niveau des sexuellen Risikoverhaltens in den befragten Migrantengruppen durch den geringen Kondomgebrauch und die Korrelation zwischen dem höheren Niveau des HIV/AIDS-Wissens und konsequenterer Kondombenutzung nachgewiesen.

McMunn et al. (1998) betonen die Wichtigkeit der Einbeziehung von Migranten, in diesem Fall Afrikaner, in das Gesundheitswesen in England, damit die Kommunikation und kulturelle Kenntnis/ das Bewusstsein zwischen den Gesundheitsfürsorgefachkräften und afrikanischen Kommunen verbessert werden könnte [McMunn et al. 1998].

Obwohl keine eindeutigen Ergebnisse über erfolgreiche bzw. erfolglose Einbeziehung der Migranten in die HIV/AIDS-Präventionsarbeit vorliegen, ist anzunehmen, dass kulturelle und soziale Ähnlichkeit der in die HIV/AIDS-Präventionsarbeit einbezogenen Migranten einen entscheidenden Vorteil für Gesundheitsförderungsstrategien bietet [Martijn et al. 2004].

Ford et al. (2001) haben das AIDS-Wissen und Risikoverhalten von südländischen Migranten-Farmarbeitern (n = 109) aus dem mittleren Westen in Michigan, USA untersucht. Die Hälfte der Befragten war der Meinung, dass AIDS heilbar ist und nur 10 %, dass ein Kondom vor AIDS schützt. 35 % der befragten Migranten glaubten, dass AIDS durch Küssen übertragbar ist; 64 % meinten, dass man bei der gemeinsamen Arbeit oder in der Schule mit einer HIV-infizierten Person AIDS bekommen kann [Ford et al. 2001].

Im Jahr 2003 wurde eine Befragungsstudie von der Europäischen Union über das Wissen hinsichtlich HIV/AIDS und Infektionsrisiken bei 1579 Migranten in den fünf europäischen Ländern Deutschland, Österreich, Italien, Spanien und Griechenland durchgeführt [Immigranten und HIV/AIDS 2003]. Es wurden 739 Männer und 840 Frauen befragt. 30,7 % der Migranten kamen aus Süd-Osteuropa, 22,6 % aus Osteuropa, 17,3 aus Sub-Sahara-Afrika, 17,3 % aus Asien und dem Mittleren Osten, 11,8 % aus Nordafrika und 6,8 % aus Lateinamerika. Laut dieser Studie hatten die Migranten aus dem Mittleren Osten und Süd-Osteuropa den niedrigsten Wissenstand über HIV. Am besten über die HIV-Übertragungswege waren die Migranten aus Lateinamerika und Sub-Sahara-Afrika informiert. 40 % der Befragten wussten nicht, dass in ihrem Aufnahmeland eine Möglichkeit zu einem kostenlosen und anonymen HIV-Test besteht. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Migranten allgemein eine Bevölkerungsgruppe mit einem schlechteren Kenntnisstand zu HIV/AIDS darstellen.

1.6.2 Wissen über HIV/AIDS in Deutschland

Die nationalen Untersuchungen bezüglich HIV/AIDS basieren meistens auf Befragungen junger Leute (Schüler oder Studenten) und liegen einige Jahre zurück.

Eine Studie über Sexualverhalten und Wissen bezüglich HIV/AIDS bei Studenten aus dem Jahr 1989 (n = 604) vergleicht das Wissen über HIV/AIDS zwischen den Naturwissenschaftlern, Geisteswissenschaftlern und zukünftigen Medizinerinnen [Elsing et al. 1991]. Den Autoren zufolge verfügten die Studenten aller Fachrichtungen über nicht ausreichendes HIV/AIDS-Wissen, obwohl die Medizinstudenten etwas besser über die HIV-Übertragungswege als die Studierenden anderer Fächer informiert waren. Die Hälfte der Geisteswissenschaftler und ein Viertel der Naturwissenschaftler meinten, dass eine HIV-Infektion durch Moskitos und andere blutsaugende Insekten übertragen werden kann. Laut Studie benutzten die Männer häufiger Kondome als Frauen: 44 % vs. 23 %. Ältere Studierende (>30 Jahre) zeigten den niedrigeren Wissensstand über HIV/AIDS.

Eine Studie aus dem Jahr 1990 zu Sexualität und AIDS vergleicht das Verhalten und die Einstellung zu HIV/AIDS zwischen den Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren aus West- (n = 420) und Ostberlin (n = 340) [Oswald et al. 1992]. Der Teil der Jugendlichen, die früher mit dem Sexualleben anfangen und weiterhin sexuell aktiv sind, war in Westberlin größer als in Ostberlin. Die jungen Westberliner waren besser über medizinische und soziale AIDS-Aspekte wie HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV-Infektion als die Ostberliner informiert.

Die Untersuchung über Sexualverhalten, AIDS-Wissen und Einstellung aus dem Jahr 1991 von Schülern im Alter zwischen 13 und 19 Jahren (n = 740) zeigte, dass fast alle Befragten die HIV-Übertragungswege durch Geschlechtsverkehr mit einem HIV-Infizierten (99 %) und durch eine Bluttransfusion (98 %) kannten [Theill et al. 1993]. Als besonders durch AIDS bedrohte Personengruppe hielten die Befragten i.v. Drogenabhängige (97 %), Prostituierte (97 %), Leute mit häufigem Partnerwechsel (91 %) und homosexuelle Männer (82 %). 93 % der befragten Jungen und 87 % Mädchen wussten, dass ein Kondom vor einer HIV-Infektion schützt. Diese Studie zeigt, dass die Pubertierenden schon im Jahr 1991 sehr gut über die HIV/AIDS-Infektion und -Prävention informiert waren.

Eine andere Studie stellt die Daten einer Befragung von Medizinstudenten in Jahren 1991 und 1997 vor [Klewer et al. 2000]. Laut dieser Studie ist die Zahl der Medizinstudenten, die kein Kondom benutzen, von 45,9 % im Jahr 1991 auf 15,1 % im Jahr 1997 gesunken. Aber die Zahl derjenigen, die mehr als nur einen Sexualpartner im Laufe eines Jahres haben, ist gestiegen: 18,2 % (1991) auf 27,1 % (1997). Die Gefahr beim ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem

Partner, mit dem man nur zwei Wochen zusammen ist, eine HIV-Infektion zu bekommen, schätzten 1991 9,4 % der Studenten ein, 1997 waren es 13,1 %. Seitdem fehlen Folgestudien über HIV/AIDS bei Studierenden in Deutschland.

In der deutschen Allgemeinbevölkerung wird das Wissen über eine HIV-Infektion und HIV-Prävention jährlich von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erfragt und publiziert [BZgA 2006]. Die deutsche Allgemeinbevölkerung ist sehr gut über HIV-Übertragungswege informiert: 99 % der Befragten nannten den ungeschützten Geschlechtsverkehr, 99 % den Nadeltausch und 98 % den Blutkontakt als HIV-Übertragungswege. Das Wissen über HIV/AIDS ist in der deutschen Bevölkerung hoch, obwohl die Zahl der Befragten, die AIDS als eine der gefährlichsten Krankheiten einschätzen, von 65 % im Jahr 1987 auf 31 % im Jahr 2005 gesunken ist [BZgA 2006].

Im Rahmen der oben erwähnten Befragungsstudie in fünf europäischen Ländern über HIV/AIDS in der Migrantenpopulation wurden in Deutschland die Befragungsergebnisse von 260 Migranten ausgewertet und analysiert. Die meisten Befragten in Deutschland kamen aus Südosteuropa (35 %), Sub-Sahara-Afrika (32 %) und Osteuropa (24 %). 81 % der befragten Migranten wussten, dass eine HIV-Infektion durch sexuelle Kontakte übertragbar ist. 32 % der Migranten dachten, dass HIV durch Küssen und 13 % durch das gemeinsame Benutzen von Geschirr übertragbar sei. 77 % wussten über HIV-Übertragung durch kontaminierte Nadeln. Die Migranten aus Sub-Sahara-Afrika waren besser über HIV-Infektionsrisiken informiert als die Migranten aus Südost- und Osteuropa. In dieser Studie war aber die befragte Migrantengruppe in Deutschland klein, die Herkunftsländer waren sehr unterschiedlich, so dass man keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen über das Wissen bezüglich HIV/AIDS von bestimmten Nationsgruppen ziehen konnte, aber sie zeigte, dass Migranten schlechter über HIV/AIDS als die Allgemeinbevölkerung im Vergleich mit BZgA-Daten informiert waren [Robert-Koch-Institut 2004]. In der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung wird auch erwähnt, dass „bei Migranten und Migrantinnen [...] der allgemeine Kenntnisstand zu HIV/AIDS im Allgemeinen deutlich geringer als bei der einheimischen Bevölkerung“ ist [HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung 2005].

1.6.3 Wissen über HIV/AIDS in GUS

Es gibt keine Studien, die das Wissen über HIV/AIDS in der Allgemeinbevölkerung der GU-Staaten untereinander vergleichen. Bis jetzt wurden einzelne Studien über HIV/AIDS in Russland, Georgien, der Ukraine und Armenien durchgeführt.

Amirkhanian et al. (2001) zeigten in einer der ersten Studie über HIV-Übertragung aus den Jahren 1993-1994 mit den Einwohnern (n = 435, 15-55 J.) der Stadt St. Peterburg, Russland, dass 99 % der Befragten sehr gut über die HIV-Übertragung durch sexuelle Kontakte, Nadeltausch und durch eine Bluttransfusion informiert waren. Aber viele Befragten hatten falsche Vorstellungen von der HIV-Übertragung durch Küssen (47,9 %), Mückenstiche (55,8 %), gemeinsames Benutzen von Zigaretten (29,2 %) und Küchenutensilien (25,2 %). Ein relativ hoher Prozentsatz der Missverständnisse hinsichtlich der HIV-Übertragung durch soziale Kontakte bei dieser Befragung könnte daran liegen, dass die Befragung schon mehrere Jahre zurückliegt und kein aktuelles HIV/AIDS-Wissen der russischen Bevölkerung darstellt.

Goodwin et al. (2003) haben die Mitarbeiter des medizinischen Bereichs (60 % Ärzte und 40 % Krankenschwester) und Geschäftsleute im Alter zwischen 25 und 57 Jahren (n = 511) in Russland, Georgien, Estland, Ungarn und Polen bezüglich des HIV/AIDS-Wissens befragt. Nur 54 % der russischen Befragten schätzten AIDS als ein seriöses und globales Problem im Vergleich mit anderen Befragten (Durchschnitt der Studie lag bei 73 %) ein. Dass die Homosexuellen eine Risikogruppe darstellen, meinten 30 % der Russen und 38 % der Georgier (Durchschnitt der Studie 41 %), aber 99 % der Georgier und 95 % der Russen wussten, dass Sex der HIV-Hauptübertragungsweg ist (Durchschnitt der Studie 91 %).

Goodwin et al. (2004) präsentieren in ihrem Artikel gleich zwei Befragungsstudien über das Wissen hinsichtlich HIV/AIDS. In der ersten Studie wurden Schüler (n = 50) und obdachlose Jugendliche (n = 50) im Alter zwischen 14 und 17 Jahren in St. Petersburg, Russland über HIV/AIDS befragt: Über Sex als HIV-Übertragungsweg war die Mehrheit sowohl der Schüler (86 % Jungen / 97 % Mädchen) als auch der obdachlosen Jugendlichen (entsprechend 88 % / 92 %) informiert. Aber mehr Schüler (62 % / 72 %) als obdachlose Kinder (27 % / 38 %) nannten Nadel/Drogen als HIV-Übertragungsweg; mehr Schüler (38 % / 59 %) als obdachlose Kinder (27 % / 25 %) wussten den HIV-Übertragungsweg durch Blut. Über das Kondom als Schutz vor einer HIV-Infektion waren besser Schüler (86 % / 83 %) als obdachlose Jugendliche (81 % / 54 %) informiert. Es zeigte sich, dass Schüler allgemein besser als obdachlose Kinder über HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV-Infektion informiert waren.

In der zweiten Studie von Goodwin et al. (2004) wurden Schüler und obdachlose Jugendliche (n = 150) im gleichen Alter in Russland, in der Ukraine und Georgien über HIV/AIDS befragt. Mehr obdachlose Jugendliche (49 %) als Schüler (32 %) in Russland, in der Ukraine (entsprechend 35 % und 6 %) und in Georgien (62 % und 32 %) waren davon überzeugt, dass HIV/AIDS nur Homosexuelle bekommen. Dass man am äußeren Erscheinungsbild HIV-infizierte

Menschen erkennen kann, meinten mehr Schüler (58 %) als obdachlose Jugendliche (21 %) in Russland, auch in der Ukraine (entsprechend 47 % und 28 %) und in Georgien (37 % und 27 %).

In einer Studie aus Armenien wurde das Wissen über die HIV-Übertragung bei Universitätsstudenten (n = 412) untersucht [Babikian et al. 2004]. 91 % der Befragten wussten, dass man AIDS durch Geschlechtsverkehr ohne Kondom bekommen kann; 91 % wussten auch, dass man beim Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person HIV erwerben kann. Aber viele glaubten an Mythen über HIV/AIDS-Übertragung: 44 % meinten, dass man AIDS beim Benutzen der öffentlichen Toiletten bekommen kann, 70 % beim Händeschütteln mit einer infizierten Person; 41 % waren der Meinung, dass AIDS heilbar ist.

Eine höchst interessante Studie wurde 2005 in Samara Region, Russland durchgeführt [Balabanova et al. 2006]. Es wurden Focus-Gruppen-Interviews sowohl mit den HIV-positiven (n = 45) als auch mit den Personen ohne Diagnose „HIV-positiv“ (n = 64) zum Thema HIV/AIDS durchgeführt. In dieser Studie wurde gezeigt, dass HIV-Positive auf Unverständnis und Diskriminierung seitens der Bevölkerung und z.B. Ärzte stoßen: *„I am pregnant now and when I first came to the maternity services I had a conflict with my gynaecologist because she was afraid of me and did not want to work with me“* (HIV-positive Frau, Altersgruppe 26-35), *„When I was told my diagnosis, I was sitting in the hospital and crying. A doctor came up to me and said that if I want a child I should rather get myself a dog“* (HIV-positive Frau, Altersgruppe 26-35) [Balabanova et al. 2006: 848-9].

Aus wenigen vorhandenen Studien über HIV/AIDS in GUS kann man kurz zusammenfassend sagen, dass sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch junge Leute in GUS gut über HIV-Übertragung und HIV-Prävention informiert sind, aber die Missverständnisse über die HIV/AIDS-Übertragung durch Küssen, gemeinsames Benutzen von Essgeschirr/Besteck oder öffentlichen Toiletten etc. sehr verbreitet sind, sogar bei Studierenden. Das Unwissen und die Tabuisierung des Themas HIV/AIDS in GUS führen zur Diskriminierung der HIV-Positiven. In der zugänglichen internationalen Fachliteratur fehlen die Studien über HIV/AIDS in vielen anderen GU-Staaten.

1.7 Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist die Erforschung des Wissensstandes über die HIV-Infektion und -Prävention, Einstellung zum Thema HIV/AIDS, Informationsquellen über HIV/AIDS, mögliches Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion, das Wissen über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland mittels anonymer postalischer Befragung unter Berücksichtigung der soziodemografischen Hintergründe bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten im Alter zwischen 16 - 65 Jahren. Die erhobenen Daten sollen mit denen der Kontrollgruppe, Patienten der dermatologischen Allgemeinambulanz der LMU München, verglichen und analysiert werden. Ein Index zur Einschätzung des Wissensstandes bezüglich des HIV-Übertragungsrisikos (HIV/AIDS-Risikowissendindex) soll ausgearbeitet und in der Immigranten- und Kontrollgruppe eingesetzt werden.

Zur Erweiterung der Erkenntnis über das Thema HIV/AIDS bei den GUS-Immigranten werden halbstandardisierte Interviews mit HIV-positiven und mit STD-kranken GUS-Immigranten der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München über Ansteckungsweg und Risikoverhalten, Umgehen mit einer HIV-Infektion, Sexualität und das Thema HIV/AIDS im sozialen Umfeld, Informationsverfügbarkeit und –Erreichbarkeit über die HIV-Infektion und –Prävention durchgeführt.

Anschließend werden die Empfehlungen bezüglich der HIV-Infektion und –Prävention bei den GUS-Immigranten vorgeschlagen.

II. MATERIALIEN UND METHODEN

2.1 Materialien

Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge wurden in München und in anderen Gebieten Bayerns, die Kontrollgruppe in der Allgemeinambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München befragt. Jeder Befragte bekam zusammen mit dem Fragebogen ein Begleitschreiben, in dem die Bedeutung und Nützlichkeit der Untersuchung erläutert und Vertraulichkeit sowie Anonymität der Angaben zugesichert wurden.

2.1.1 Aussiedler

Es wurden im Jahr 2005 927 Aussiedler im Alter zwischen 16 und 65 Jahren in Übergangswohnheimen in München, in Tandern und in den privaten Haushalten in Bayern durch die Organisation „Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e.V.“, Gesundheitsamt Nürnberg und Bayerisches Hochschulzentrum für Mittel-, Ost- und Südosteuropa in Regensburg befragt. 718 Fragebögen waren auf Russisch und 209 auf Deutsch.

2.1.1.1 Aussiedlerbefragung in den Wohnheimen

Mit der Absprache und Unterstützung der Regierungen von Oberbayern, von Oberpfalz und mit den Leiterinnen und Leitern der Wohnheime konnte die Befragung in vier Wohnheimen in München und in einem Wohnheim in Tandern durchgeführt werden. Es wurden 257 Fragebögen in München in den Wohnheimen in Laim (n = 140), im Neubruch (n = 20), in der Schwanthalerstrasse (n = 67), in der Hofangerstrasse (n = 30) und 51 in einem Wohnheim in Tandern verteilt. Die Heimleitung teilte mit, in welchen Zimmern wie viele 16-jährige bis 65-jährige Personen wohnen. Anhand dieser Information wurde die entsprechende Zahl der Fragebögen in den Briefkästen des jeweiligen Zimmers verteilt. Die Befragung in den Wohnheimen wurde nur auf Russisch durchgeführt, um den Einfluss der Deutschkenntnisse auf die Beantwortung auszuschließen, weil viele Aussiedler in den Wohnheimen vor kurzem nach Deutschland eingereist waren.

In den Wohnheimen, in denen die Bewohner über die Briefkästen verfügten, wurden die anonymen Fragebögen in den Briefkästen verteilt. In den Wohnheimen ohne Briefkästen wurden die Fragebögen entweder von dem Heimleiter/der Heimleiterin oder Hausmeister persönlich an die Bewohner weitergegeben.

Die Bewohner erhielten einen offenen Briefumschlag mit einem Fragebogen und einem Begleitschreiben (**Anhang 3.1a, 3.1b**) und wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen, in den gleichen Briefumschlag reinzulegen, zuzukleben und in einen Briefkasten für Antworten mit der Notiz „Ausgefüllte Fragebögen für HIV/AIDS-Studie“ auf Deutsch und Russisch im Wohnheim zu legen. Es wurden nach einer Woche die Erinnerungsschreiben an die Bewohner verteilt. In dem Erinnerungsschreiben wurden sie noch Mal gebeten, an der Befragung teilzunehmen und den Fragebogen auszufüllen, falls es noch nicht geschehen ist (**Anhang 3.2a, 3.2b**).

2.1.1.2 Aussiedlerbefragung durch Organisation und Institutionen

Damit die Aussiedler aus verschiedenen Gebieten Bayerns an der Befragung teilnehmen können, wurden die Fragebögen durch die Organisation „Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e.V.“ (390 Fragebögen auf Russisch und 189 auf Deutsch) in Altötting, Ansbach, Bad Kissingen, Berchtesgadener Land, Rosenheim, Straubing-Bogen, Wendelstein und durch Institutionen Gesundheitsamt Nürnberg (20 Fragebögen auf Russisch und 10 auf Deutsch) und durch das Bayerische Hochschulzentrum für Mittel-, Ost- und Südosteuropa in Regensburg (10 Fragebögen auf Deutsch) an die Aussiedler weiter verteilt.

Nach der Absprache mit der Zentrale der „Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e.V.“ in Stuttgart wurden 28 Mitglieder in Bayern angeschrieben, 9 (32 %) haben zugesagt und haben an Aussiedler während der verschiedenen Veranstaltungen (z.B. in Sprachkursen, Jugendgruppen etc.) die Fragebögen verteilt.

Die Aussiedler erhielten einen offenen frankierten Briefumschlag mit der Rückadresse, einen Fragebogen und ein Begleitschreiben (**Anhang 3.1a und 3.1b**) und wurden gebeten, den ausgefüllten Fragebogen in den gleichen Briefumschlag reinzulegen, zuzukleben und abzuschicken. Es wurden keine Erinnerungsbriefe abgeschickt.

2.1.2 Jüdische Kontingentflüchtlinge

Mit der Erlaubnis und in Absprache mit den Regierungen von Oberbayern, der Oberpfalz, von Schwaben und mit den Leitern und Leiterinnen der Wohnheime wurden im Jahr 2005 278 jüdische Kontingentflüchtlinge im Alter zwischen 16 und 65 Jahren in zwei Wohnheimen in München in der Blütenburgstrasse (n = 69) und in der Hinterbärenbadstrasse (n = 71), in drei Wohnheimen in Augsburg in der Schillstrasse (n = 14), in der Windprechtstrasse (n = 82), in der Kopernikusstrasse (n = 22) und in einem Wohnheim in Regensburg (n = 20) befragt. Die Kontingentflüchtlinge wurden auf Russisch befragt, um den Einfluss der Deutschkenntnisse auf die Beantwortung auszuschließen, weil viele von ihnen vor kurzem nach Deutschland eingereist

waren. Der Befragungsablauf bei den Kontingentflüchtlingen war gleich wie bei der Aussiedlerbefragung in den Wohnheimen.

2.1.3 Interviewte Personen

Im Zeitraum zwischen Dezember 2004 und Februar 2007 wurden 8 Immigranten mit HIV/STD gefragt, ein Interview im Rahmen dieser Studie zu geben. 4 HIV-positive und 2 STD-krankte Immigranten, die in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München betreut wurden, haben für ein Interview zugesagt.

Fünf Interviews wurden in einem personenleeren Raum in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie und eins in der Medizinischen Klinik der LMU durchgeführt. Bei Durchführung des Interviews war immer die „*Face-to-Face*“ [Bortz et al. 2002] Situation von zwei Personen vorhanden: ein Interviewer und ein zu Interviewender. Die interviewten Immigranten wurden über Anonymität und die Zwecke des Interviews aufgeklärt. Fünf Interviews wurden auf Russisch, eins auf Deutsch durchgeführt. Die Interviews wurden nach dem Einverständnis des Interviewten mit einem Diktiergerät aufgenommen, transkribiert und ins Deutsche übersetzt. Die Kassetten mit aufgenommenen Interviews befanden sich während der Datenanalyse in einem Schließfach der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, danach wurden die Bänder mit den Interviews vernichtet.

2.1.4 Kontrollgruppe

Mit der Genehmigung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU München wurden die volljährigen Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren, die sich für einen Arztbesuch der Allgemeinambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie anmeldeten, im November 2005 befragt. Die Patienten der Spezialabteilungen wie STD/HIV-Ambulanz, Allergologie, Trichologie, Phlebologie und Andrologie wurden aus der Befragung ausgeschlossen, weil sie sich aufgrund der Spezialsprechstunde von den „allgemeinen“ Patienten unterscheiden, z.B. betreut die STD/HIV-Ambulanz die HIV-Positiven, die über ihre Erkrankung meist sehr gut informiert sind; in der Phlebologieabteilung werden meistens ältere Patienten, in der Andrologie/ Trichologieabteilung überwiegend Männer betreut. Jedem volljährigen deutschsprachigen Patienten wurde bei der Anmeldung angeboten, an einer anonymen Befragung über HIV/AIDS teilzunehmen. Nach der Zustimmung des Patienten bekam er einen Briefumschlag mit einem Begleitschreiben (**Anhang 3.3**), in dem das Ziel der Studie erklärt und die Anonymität der Angaben zugesichert wurden, ebenso einen Fragebogen und einen Bleistift.

Es wurden bei der Anmeldung in der Allgemeinambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie 448 anonyme Fragebögen verteilt. Die Teilnehmer konnten während der Wartezeit (30 bis 120 Minuten oder länger) den Fragebogen ausfüllen und in eine von vier beschrifteten Urnen „Urne für ausgefüllte Fragebögen“, die sich in zwei Wartebereichen der Allgemeinambulanz befanden, legen.

2.2 Methoden

2.2.1 Fragebogen

Der Fragebogen für Immigranten- und Kontrollgruppenbefragung bestand aus folgenden Themen:

- soziodemographische Daten
- Einstellung zum Thema HIV/AIDS
- Informationsquellen über HIV/AIDS und HIV-Prävention
- Wissen über HIV-Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion
- mögliches Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion
- Informationsstand über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland (**Anhang 4**).

Die Begriffe „HIV“ und „AIDS“ wurden bei der Befragung als Synonyme verwendet und zusammen als „HIV/AIDS“ geführt. Damit sollte vermieden werden, dass das Wissen/Unwissen über die Stadien der HIV-Infektion eine Auswirkung auf die Antworten der Befragten hat. Der Fragebogen für die Hauptgruppe bestand aus 23, für die Kontrollgruppe aus 19 Fragen. Die Fragen über Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Land, in dem die Information über HIV/AIDS und die Sprache, in der die Information über HIV/AIDS erhalten wurde, wurden nur den Immigranten gestellt. Die Frage über die Ausbildung wurde entsprechend der befragten Gruppe angepasst, weil sie in GUS und in Deutschland unterschiedlich ist (**Tabelle 2**).

Tabelle 2. Angenommene Ausbildungsäquivalenz in GUS und in Deutschland

Ausbildung in GUS	Ausbildung in Deutschland
Ohne Schulabschluss	Ohne Schulabschluss
Nicht abgeschlossene Schulausbildung (8 Jahre)	Hauptschul-/Realschulabschluss
Fachschulabschluss (2-3 Jahre)	Berufsausbildung
Abgeschlossene Schulausbildung (10-12 Jahre)	Fachabitur/Abitur
Universitätsabschluss (5-6 Jahre)	Hochschul-/Universitätsabschluss

2.2.2. Interview

Es wurde das halb strukturierte Interview aufgrund eines Interviewleitfadens mit folgenden Themenbereichen durchgeführt: 1) soziodemographische Daten, 2) Ansteckungsweg und Risikoverhalten, 3) Umgehen mit einer HIV-Infektion im sozialen Umfeld (Familie,

Freundeskreis, Arbeit), 4) Informationsverfügbarkeit und –Erreichbarkeit über die HIV-Infektion und -Prävention, 5) Sexualität und das Thema HIV/AIDS im sozialen Umfeld, 6) freie Äußerungen des Befragten zum Thema HIV/AIDS. Die Interviews dauerten von einer Stunde bis zu 90 Minuten.

2.2.3 Ausarbeitung des HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)

Um das Wissen über das potenzielle Risikoverhalten in Bezug auf HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV-Infektion bei GUS-Immigranten und der Kontrollgruppe untersuchen und vergleichen zu können, wurde ein Risikowissensindex über HIV-Übertragung durch Sexualverkehr, intravenösen Drogenkonsum und über den Schutz vor einer HIV-Infektion durch das Kondom und Einmalspritzen/-nadeln: **HIV/AIDS Transmission through Sex and Intravenous Drug Use, HATSIDU**, ausgearbeitet. Diese zwei Hauptübertragungswege (sexueller Kontakt und i.v. Drogenkonsum) wurden gewählt, weil sie die Hauptrisiken bei der HIV-Übertragung darstellen. HATSIDU besteht aus richtigen Antworten auf vier Fragen zur HIV-Übertragung: durch Vaginal-, Anal- und Oralverkehr und Nadeltausch und aus zwei Fragen zum Schutz vor HIV: ein Kondom und das Benutzen von Einmalspritzen/-nadeln. Aus der Kombination von diesen Fragen wurde ein vierstufiger Index berechnet: Je höher der Index, desto höher die Informiertheit der Befragten über das Risikoverhalten hinsichtlich HIV-Übertragung und –Prävention (**Tabelle 3**):

1. HATSIDU IV – sehr gute Informiertheit, wenn alle sechs Fragen richtig beantwortet wurden.
2. HATSIDU III – gute Informiertheit, wenn alle drei sexuellen HIV-Übertragungswege und ein Kondom als Schutz vor einer HIV-Infektion genannt wurden. Diese Stufe “erlaubt“ das Nichtwissen über HIV-Übertragung durch Spritzen/Nadeln und über Schutz vor HIV durch Einmalspritzen/-nadeln, weil das Unwissen über eine HIV-Übertragung durch kontaminierte Spritzen/Nadeln für beispielsweise nicht z.B. Drogenabhängige nicht relevant ist.
3. HATSIDU II – schlechte Informiertheit, wenn ein sexueller HIV-Übertragungsweg oder ein Kondom nicht genannt wurden. Bei schlechter Informiertheit besteht wegen ungenügendem Wissen ein Risiko für sexuelle HIV-Übertragung. In dieser Stufe wurde die Beantwortung der Fragen bezüglich der HIV-Übertragung und dem Schutz vor HIV durch Spritzen/Nadeln nicht beachtet.
4. HATSIDU I – sehr schlechte Informiertheit, wenn mehr als ein sexueller Übertragungsweg oder ein/mehr sexuelle Übertragungswege und ein Kondom nicht genannt wurden, was ein

potentiell hohes Risiko für eine HIV-Infektion darstellt. Hier wurde das Wissen über HIV-Übertragung und –Prävention durch Spritzen/Nadeln nicht beachtet.

Tabelle 3. Berechnung des HATSIDU-Index

HATSIDU	Informiertheit	Richtige Antworten	Mögliche Varianten
IV	sehr gut	ABCDEF	ABCDEF
III	gut	ABCD (+/- E/F)	ABCD; ABCDE; ABCDF
II	schlecht	ABCD – 1 (+/- E/F)	ABC; ABD; ACD; BCD; ABCE; ABDE; ACDE; BCDE; ABCF; ABDF; ACDF; BCDF
I	sehr schlecht	ABCD – 2 / > 2 (+/- E/F)	AB; AC; AD; BC; BD; CD; A; B; C; D; ABE; ACE; ADE; BCE; BDE; CDE; AE; BE; CE; DE; ABF; ACF; ADF; BCF; BDF; CDF; AF; BF; CF; DF;

Was meinen Sie, wie kann HIV/AIDS übertragen werden? (Richtige Antwort „ja“):

A: durch vaginalverkehr?

B: durch Analverkehr?

C: durch Oralverkehr?

E: durch das gemeinsame Benutzen von Spritzen/Nadeln?

Was meinen Sie, wodurch kann man sich vor HIV/AIDS schützen? (Richtige Antwort „ja“):

D: Kondom beim Sex?

F: Einwegspritzen/-nadeln?

2.2.4 Datenbearbeitung und Statistik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm SPSS 14.0 und 15.0 für Windows. Die Tabellen, Grafiken und Diagramme entstanden mit den Programmen Microsoft Word, Microsoft Excel und SPSS. Das Signifikanzniveau für statistische Datenanalyse wurde mit $\alpha=0,05$ festgelegt.

Da die Werte der Variablen in den Stichproben nicht normal verteilt sind, wurden zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben/Gruppen der nichtparametrische Mann-Whitney-U-Test eingesetzt, der auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte beider Stichproben basiert [Bühl et al. 2005]. Der nichtparametrische Kruskal-Wallis-Test ist eine Ausweitung des Mann-Whitney-U-Testes und wurde bei mehr als zwei unabhängigen Stichproben/Gruppen angewendet [Bühl et al. 2005]. Bei der Durchführung mehreren Tests in einer Befragtengruppe, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, die Signifikanzen zu finden, die per Zufall entstanden sind (Alphafehler) [Wiseman 2004], deshalb wurde eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt, die Alphafehler bei multiplen Paarvergleichen neutralisiert [Bonferroni Methode, <http://de.wikipedia.org/wiki/Bonferroni-Methode>].

Die weiteren Berechnungen wurden in Form von Kreuztabellen erstellt; dazu wurde der Chi-Quadrat-Test benutzt (Chi^2 -Test), der die Zusammenhänge zwischen zwei oder mehr Variablen auf Signifikanz überprüft [Bühl et al. 2005].

Deskriptive Statistik wurde für die summarische Darstellung von betrachteten Daten (tabellarische Auflistung und grafische Darstellung) und für die Berechnung des Mittelwerts und des Median benutzt [Deskriptive Statistik, http://deskriptive_statistik.know-library.net/2007].

III. ERGEBNISSE

3.1 Wissen über HIV/AIDS und HIV-Prävention bei den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen im Vergleich untereinander

3.1.1. Antwortenstatistik und soziodemografische Charakteristiken der Immigranten

Die gesamte Rücklaufquote von den Fragebögen der Aussiedler und jüdischen Kontingentflüchtlinge betrug 38,1 % (459).

Die Rücklaufquote von den Aussiedlern betrug 37,3 % (346): 264 Fragebögen wurden auf Russisch und 82 Fragebögen auf Deutsch ausgefüllt. Die Rücklaufquote aus den Wohnheimen erreichte 111, aus den privaten Haushalten – 235 Fragebögen. 340 (36,7 %) Fragebögen wurden ausgewertet. Die Mehrheit der befragten Aussiedler war weiblich (60,6 %), Durchschnittsalter 36 Jahre, verheiratet (62,8 %), arbeitslos (52,9 %), mit einem Fachschulabschluss (38,2 %), gehörte der evangelischen Religionsgemeinschaft (49,0 %) an, kam meist aus Russland (37,4 %) und Kasachstan (36,8 %) und hielt sich in Deutschland von 1 bis zu 2 Jahren (42,7 %) auf (**Tabelle 4**).

Die Rücklaufquote der Fragebögen von jüdischen Kontingentflüchtlingen erreichte 40,6 % (113), davon wurden 111 (39,9 %) Fragebögen ausgewertet. Bei den Kontingentflüchtlingen war die Mehrheit der Befragten weiblich (54,1 %), Durchschnittsalter 40 Jahre, verheiratet (57,7 %), arbeitslos (67,3 %), mit einem Universitätsabschluss (56,8 %), gehörte der jüdischen Religionsgemeinschaft (34,9 %) an, kam meistens aus der Ukraine (54,5 %), die Aufenthaltsdauer betrug bei den meisten Kontingentflüchtlingen ein halbes Jahr (67,0 %) (**Tabelle 4**).

Die Antwortenquote auf einzelne Fragen in beiden GUS-Immigrantengruppen lag zwischen 100 % und 96,2 % (**Anhang 5**). Die Ausnahme machte hier aber die Frage über das Herkunftsland, auf die bis zu 10,6 % Immigranten nicht geantwortet haben: 11,2 % Aussiedler und 9,0 % Kontingentflüchtlinge. Über die Hälfte (28 von 48) der das Herkunftsland nicht angebenen Immigranten wohnte in privaten Haushalten; die Mehrheit von ihnen war zwischen 50 und 59 Jahren (14/48), männlich (27/48), verheiratet (25/48), arbeitslos (29/48) und mit einem Fachschulabschluss (19/48). In Bezug auf die Aufenthaltsdauer in Deutschland und nicht Beantworten der Frage über das Herkunftsland zeigte sich, dass Immigranten mit kürzerem

Aufenthalt weniger bereit waren, ihr Herkunftsland in dem Fragebogen anzugeben: 35,4 % mit bis zu einem halben Jahr und 25,0 % mit bis zu einem Jahr Aufenthalt in Deutschland.

Tabelle 4. Soziodemographische Daten von Aussiedlern (n = 340) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 111)

Soziodemografische Daten	Aussiedler		Kontingentflüchtlinge		Gesamt	
	%	n	%	n	%	N
<i>Gesamt</i>	100	340	100	111	100	451
<i>Geschlecht:</i>	100	340	100	111	100	451
männlich	39,4	134	45,9	51	41,0	185
weiblich	60,6	206	54,1	60	59,0	266
<i>Altersgruppen:</i>	100	335	100	111	100	446
16-19	11,6	39	8,2	9	10,7	48
20-29	27,8	93	22,5	25	26,5	118
30-39	18,8	63	18,0	20	18,6	83
40-49	17,6	59	21,6	24	18,6	83
50-59	19,1	64	20,7	23	19,5	87
60-65	5,1	17	9,0	10	6,1	27
Durchschnittsalter	36		40		37	
<i>Familienstand:</i>	100	339	100	111	100	450
ledig	23,9	81	27,9	31	24,9	112
verheiratet	62,8	213	57,7	64	61,6	277
in Partnerschaft lebend	2,7	9	0,9	1	2,2	10
geschieden	6,8	23	9,0	10	7,3	33
verwitwet	3,8	13	4,5	5	4,0	18
<i>Sozialstatus:</i>	100	340	100	110	100	450
Schüler/Student	20,6	70	20,9	23	20,7	93
Arbeitnehmer	20,9	71	2,7	3	16,4	74
arbeitslos	52,9	180	67,3	74	56,4	254
Rentner	5,6	19	9,1	10	6,4	29
<i>Ausbildung:</i>	100	338	100	111	100	449
ohne Schulabschluss	5,6	19	1,8	2	4,7	21
Nicht abgeschlossene Schul-						
ausbildung	8,0	27	7,2	8	7,8	35
Fachschulabschluss	38,2	129	22,5	25	34,3	154
abgeschlossene Schulausbildung	26,0	88	11,7	13	22,5	101
Universitätsabschluss	22,2	75	56,8	63	30,7	138
<i>Religionsgemeinschaft:</i>	100	335	100	109	100	444
evangelisch	49,0	164	4,6	5	38,1	169
katholisch	18,5	62	2,8	3	14,6	65
orthodox	18,5	62	6,4	7	15,5	69
jüdisch	0,3	1	34,9	38	8,8	39
muslimisch	3,3	11	20,2	22	7,4	33
andere	10,4	35	31,2	34	15,5	69
keine	-	-	-	-	-	-
<i>Herkunftsländer:</i>	100	302	100	101	100	403
Russland	42,1	127	21,8	22	37,0	149
Kasachstan	41,4	125	-	-	31,0	125
Ukraine	8,9	27	54,4	55	20,3	82
Kirgisien	3,6	11	6,9	7	4,5	18
Weißrussland	-	-	6,9	7	1,7	7
Usbekistan	0,7	2	4,0	4	1,6	6
Tadschikistan	1,3	4	-	-	1,0	4
Georgien	0,3	1	3,0	3	1,0	4
Moldawien	1,0	3	-	-	0,7	3
Aserbaidshjan	-	-	3,0	3	0,7	3
Armenien	0,7	2	-	-	0,5	2
<i>Aufenthaltsdauer (Monate) in BRD</i>	100	337	100	109	100	446
≤ 6	20,5	69	67,0	73	31,8	142
12	21,7	73	26,6	29	22,9	102
13 – 24	21,0	71	6,4	7	17,5	78
25 – 36	9,8	33	-	-	7,4	33
37 – 48	3,8	13	-	-	2,9	13
49 – 60	3,6	12	-	-	2,7	12
> 60	19,6	66	-	-	14,8	66

- keine Angaben; fehlende Werte wurden hier nicht berücksichtigt

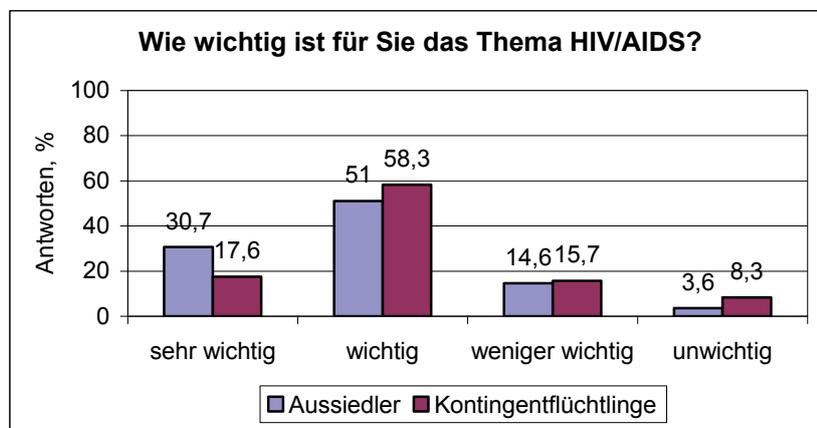
3.1.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS

Die Einstellung der Befragten zum Thema HIV/AIDS wurde anhand der Fragen über die Wichtigkeit des HIV/AIDS-Themas, der Selbsteinschätzung der Informiertheit über die HIV-Infektion und -Prävention, die Meinung über HIV/AIDS-Risikogruppen, die Besprechung des Themas HIV/AIDS, das mögliche Verhalten bei Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion, die Beeinflussung des Sexuallebens nach einem positiven HIV-Test-Ergebnis und die Informiertheit über AIDS-Beratungsstellen/Hilfen untersucht.

Wichtigkeit des Themas HIV/AIDS

Bezüglich der Wichtigkeit des Themas HIV/AIDS besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Aussiedlern und Kontingentflüchtlingen (Mann-Whitney-U-Test, $p = 0,008$). Das HIV/AIDS-Thema war „sehr wichtig“ für mehr Aussiedler als für Kontingentflüchtlinge (30,7 % vs. 17,6 %). Andere Antwortalternativen verteilten sich etwa gleich in beiden analysierenden Gruppen (**Abbildung 7**).

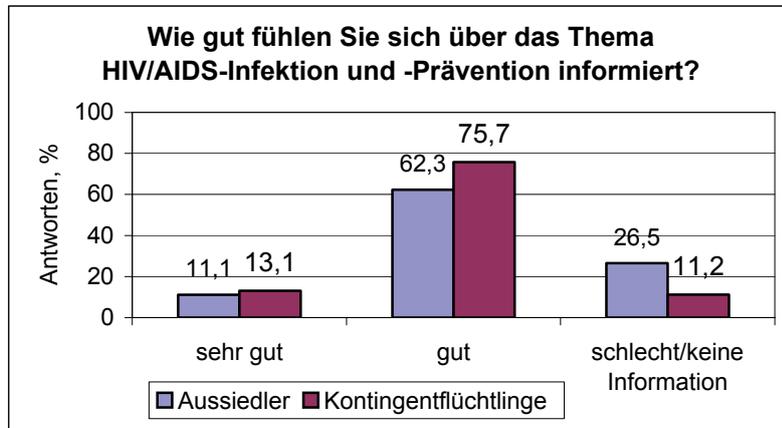
Abbildung 7. Wichtigkeit des Themas HIV/AIDS in der Gruppe von Aussiedlern ($n = 335$) und jüdischen Kontingentflüchtlingen ($n = 108$), $p = 0,008$



Selbsteinschätzung der Informiertheit über HIV/AIDS

Was die Selbsteinschätzung über die Informiertheit bezüglich der HIV-Infektion und -Prävention betrifft, so zeigte sich ein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-U-Test, $p = 0,005$): Aussiedler schätzten sich im Vergleich zu den Kontingentflüchtlingen nicht so gut über HIV/AIDS informiert ein und mehr von ihnen meinten, dass sie über gar keine Information verfügten (26,5 % vs. 11,2 %); etwas weniger Aussiedler schätzten sich als „gut“ informiert ein (62,3 % vs. 75,7 %) (**Abbildung 8**).

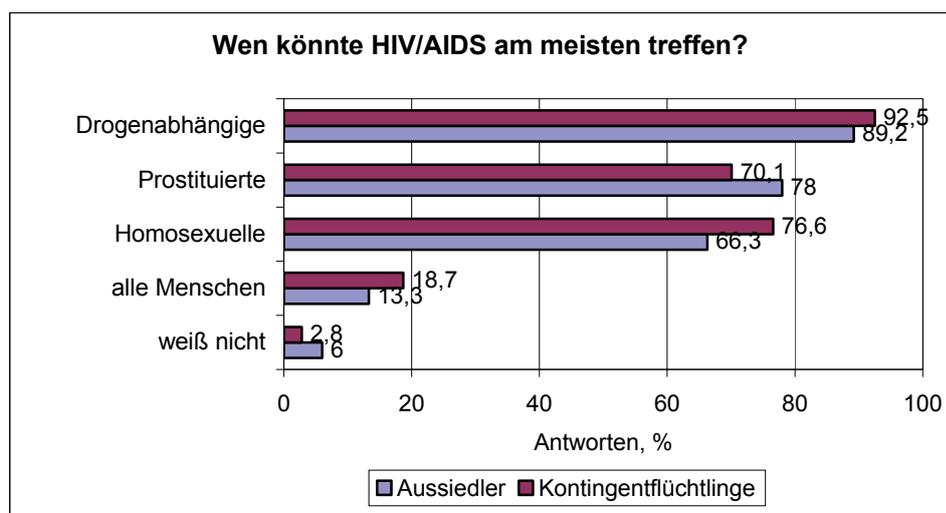
Abbildung 8. Selbsteinschätzung des Informationsstandes über das Thema HIV-Infektion und -Prävention in der Gruppe von Aussiedlern (n = 332) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 107), $p = 0,005$



HIV/AIDS-Risikogruppen

Die Mehrheit der Aussiedler und der Kontingentflüchtlinge meinte, dass HIV/AIDS am meisten die Drogenabhängigen (89,2 % vs. 92,5 %) treffen könnte. Über 70 % der Befragten in beiden Gruppen nannten Prostituierte als HIV/AIDS-Risikogruppe; 66,3 % Aussiedler und 76,6 % Kontingentflüchtlinge meinten, dass HIV/AIDS die Homosexuellen treffen könnte (**Abbildung 9**).

Abbildung 9. Meinung über HIV/AIDS-Risikogruppen in der Gruppe von Aussiedlern (n = 332) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 107)



Besprechung des Themas HIV/AIDS

33,9 % Aussiedler und 28,2 % Kontingentflüchtlinge haben das Thema HIV/AIDS mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin besprochen; 28,5 % Aussiedler und 19,1 % Kontingentflüchtlinge besprachen das Thema mit einer Freundin, entsprechend 16,5 % und 19,1 % mit dem Sohn, 14,4 % und 17,3 % mit einem Freund. Etwa ein Viertel der Befragten in beiden Gruppen hat mit keinem darüber gesprochen (**Tabelle 5**).

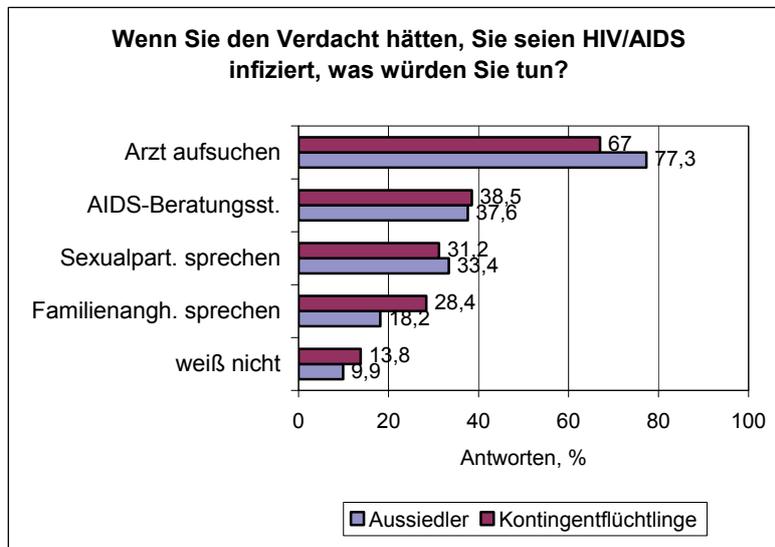
Tabelle 5. Besprechung des Themas HIV/AIDS in der Gruppe von Aussiedlern (n = 333) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 110)

Mit wem haben Sie das Thema HIV/AIDS besprochen?	Aussiedler % (n)	Kontingentflüchtlinge % (n)
Sexualpartner/-in	33,9 (113)	28,2 (31)
Freundin	28,5 (95)	19,1 (21)
mit keinem	23,4 (78)	24,5 (27)
Sohn	16,5 (55)	19,1 (21)
Freund	14,4 (48)	17,3 (19)
Tochter	15,6 (52)	10,9 (12)
Mutter	10,2 (34)	16,4 (18)
Schwester	13,5 (45)	11,8 (13)
Bruder	6,6 (22)	7,3 (8)
Vater	4,2 (14)	8,2 (9)
mit jemand anderem	12,3 (41)	18,2 (20)

Mögliches Verhalten bei Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion

Die Bereitschaft, bei Verdacht auf eine HIV-Infektion einen Arzt aufzusuchen, war etwas größer bei den Aussiedlern (77,3 %) als bei Kontingentflüchtlingen (67,0 %), aber mehr Kontingentflüchtlinge würden darüber mit den Familienangehörigen sprechen (28,4 % vs. 18,2 %). Die anderen Antwortalternativen verteilten sich etwa gleich in beiden Immigrantengruppen: 37,6 % Aussiedler und 38,5 % Kontingentflüchtlinge würden in die psychosoziale AIDS-Beratungsstelle/-Hilfe gehen, entsprechend 33,4 % und 31,2 % würden darüber mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin sprechen, fast 10 % und 13,8 % wussten nicht, was zu tun wäre (**Abbildung 10**).

Abbildung 10. Mögliches Verhalten bei Verdacht auf HIV/AIDS in der Gruppe von Aussiedlern (n = 335) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 109)



Beeinflussung des Sexuallebens nach einem positiven HIV-Test-Ergebnis

34,3 % Aussiedler und 32,1 % Kontingentflüchtlinge würden im Fall eines positiven HIV-Test-Ergebnisses auf den Geschlechtsverkehr verzichten, entsprechend 41,6 % und 39,4 % würden während des Geschlechtsverkehrs ein Kondom benutzen. Etwas mehr Kontingentflüchtlinge als Aussiedler würden dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin Bescheid über ein positives HIV-Test-Ergebnis sagen (29,4 % vs. 22,8 %). 5 (1,5 %) Aussiedler, aber kein Kontingentflüchtling würden in dieser Situation den Geschlechtsverkehr ohne Kondom haben. Etwa ein Drittel in beiden Gruppen haben auf diese Frage mit „weiß nicht“ geantwortet (28,3 % Aussiedler vs. 25,7 % Kontingentflüchtlinge).

Informiertheit über AIDS-Beratungsstellen/Hilfen

Von den psychosozialen AIDS-Beratungsstellen/ -Hilfen in Deutschland wussten 64 (19,1 %) Aussiedler und 14 (12,7 %) Kontingentflüchtlinge. Etwas mehr Aussiedler als Kontingentflüchtlinge haben „Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS“ (82,5 % vs. 71,4 %) und „Soziale Beratung und Hilfe der HIV/AIDS-Kranken“ (73,0 % vs. 64,3 %), aber mehr Kontingentflüchtlinge „Psychologische Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken“ (78,6 % vs. 74,6 %) genannt (**Tabelle 6**). Alle drei richtigen Antworten hinsichtlich der Tätigkeiten dieser Einrichtungen wie Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS, psychologische Unterstützung, soziale Beratung und Hilfe der HIV-Positiven und AIDS-Kranken wussten 16 (4,7 %) Aussiedler und nur 1 (0,9 %) Kontingentflüchtling.

Tabelle 6. Wissen über die Tätigkeiten der psychosozialen AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland in der Gruppe von Aussiedlern (n = 63) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 14)

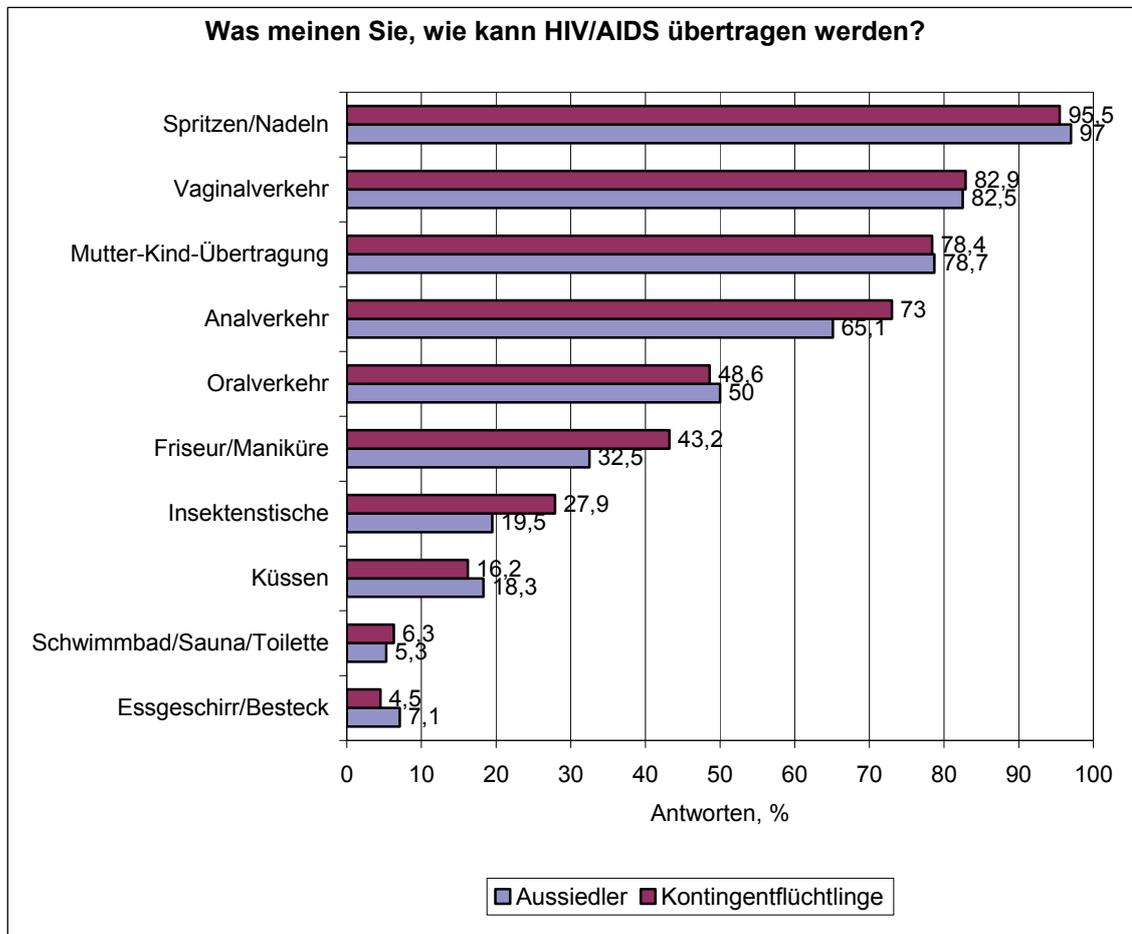
Tätigkeiten der AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland	Aussiedler % (n)	Kontingent- flüchtlinge % (n)
Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS (richtig)	82,5 (52)	71,4 (10)
Psychol. Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken (richtig)	74,6 (47)	78,6 (11)
Soziale Beratung und Hilfe der HIV/AIDS-Kranken (richtig)	73,0 (46)	64,3 (9)
Diagnostik und Behandlung der HIV/AIDS-Kranken (falsch)	76,2 (48)	50,0 (7)
Finanzielle Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken (falsch)	88,9 (56)	0
Selbsthilfegruppe für HIV/AIDS-Kranke (falsch)	71,4 (45)	92,9 (13)

3.1.3 Wissen über HIV/AIDS

Die Mehrheit der Aussiedler (82,9 %) und der Kontingentflüchtlinge (79,4 %) wusste, dass HIV/AIDS eine unheilbare Krankheit des Immunsystems ist. „Weiß nicht“ auf diese Frage haben 12 % Aussiedler und 7,5 % Kontingentflüchtlinge geantwortet.

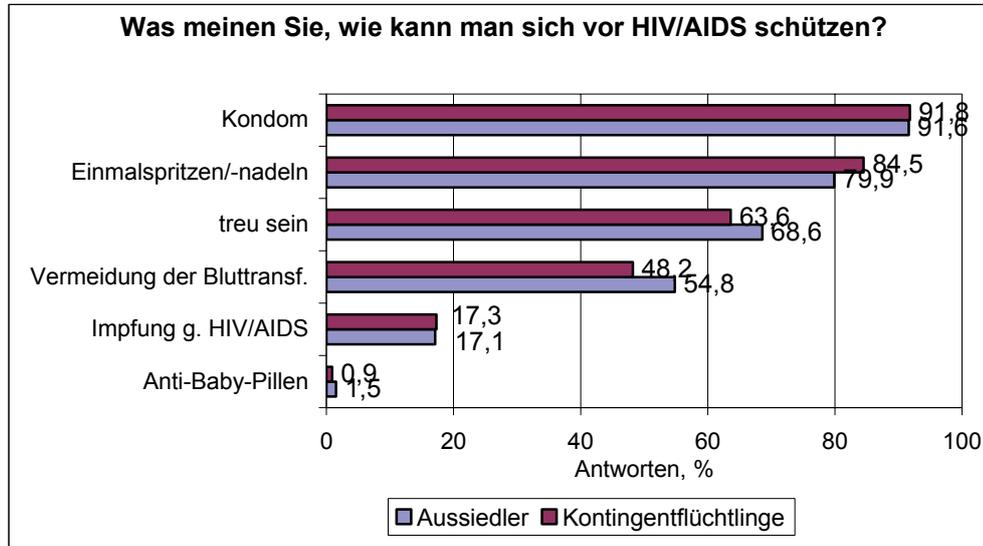
Die Antwortverteilung in den beiden zu analysierenden Gruppen ist in Bezug auf das Wissen über die HIV-Übertragung sehr ähnlich: Die Mehrheit wusste, dass HIV durch Spritzen/Nadeln (Aussiedler 97,0 % vs. Kontingentflüchtlinge 95,5 %), Vaginalverkehr (entsprechend 82,5 % vs. 82,9 %) und von HIV-positiver Mutter auf das Kind (78,7 % vs. 78,4 %) übertragbar ist. 65,1 % Aussiedler und 73 % Kontingentflüchtlinge nannten Anal- und 50 % und 48,6 % Oralverkehr als HIV-Übertragungsweg. Viele Immigranten hatten aber falsche Vorstellungen über die HIV-Übertragung durch Insektenstiche, Küssen, Schwimmbad/Sauna/WC und Essgeschirr/Besteck; etwas mehr Kontingentflüchtlinge als Aussiedler nannten Friseur/Maniküre als HIV-Übertragungsweg (**Abbildung 11**).

Abbildung 11. Wissen über HIV-Übertragung in der Gruppe von Aussiedlern (n = 338) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 111)



Die Mehrheit der Aussiedler und Kontingentflüchtlinge nannte das Kondom (91,6 % vs. 91,8 %) und Einmalspritzen/-nadeln (79,9 % vs. 84,5 %) als Schutz vor einer HIV-Infektion. 68,6 % Aussiedler und 63,6 % Kontingentflüchtlinge hielten „treu sein“ für einen möglichen Schutz vor einer HIV-Infektion. Etwa 17 % in beiden Gruppen meinten, dass es eine Impfung gegen HIV gibt (**Abbildung 12**).

Abbildung 12. Wissen über die HIV-Prävention in der Gruppe von Aussiedlern (n = 334) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 110)

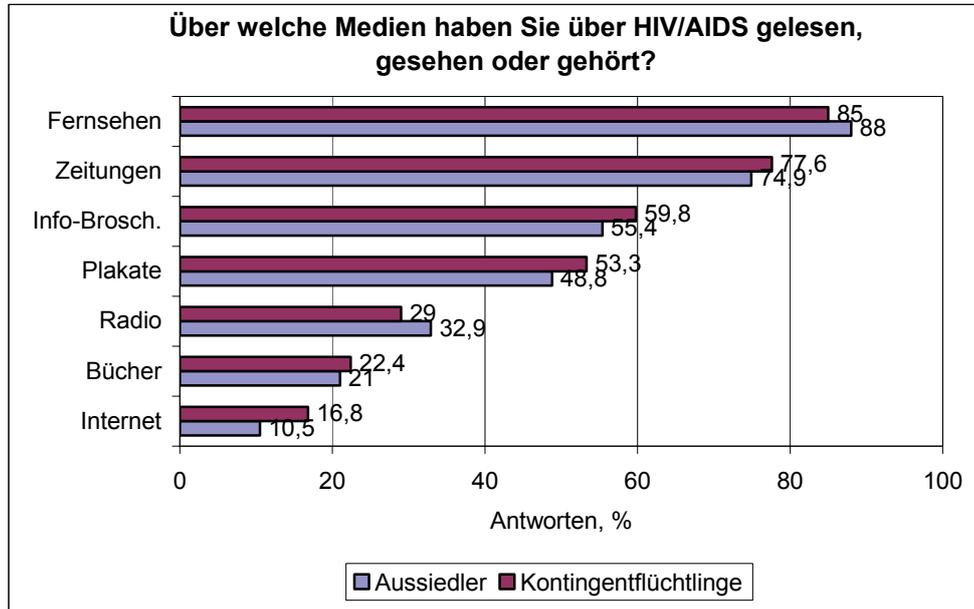


Bei der Korrelation zwischen den einzelnen HIV-Übertragungswegen und Kondomverwendung als Schutz vor einer HIV-Infektion und Geschlecht (**Anhang 6.1**), Alter (**Anhang 6.2**) sowie Ausbildung (**Anhang 6.3**) konnte in beiden GUS-Immigrantengruppen keine eindeutige Tendenz festgestellt werden.

3.1.4 Informationsquellen über HIV/AIDS

Die Antwortverteilung über die Informationsquellen hinsichtlich HIV/AIDS war in beiden befragten GUS-Immigrantengruppen ähnlich: über 80 % haben sich über HIV/AIDS durch Fernsehen, über 70 % durch Zeitungen und über 50 % mittels entsprechender Broschüren informiert (**Abbildung 13**).

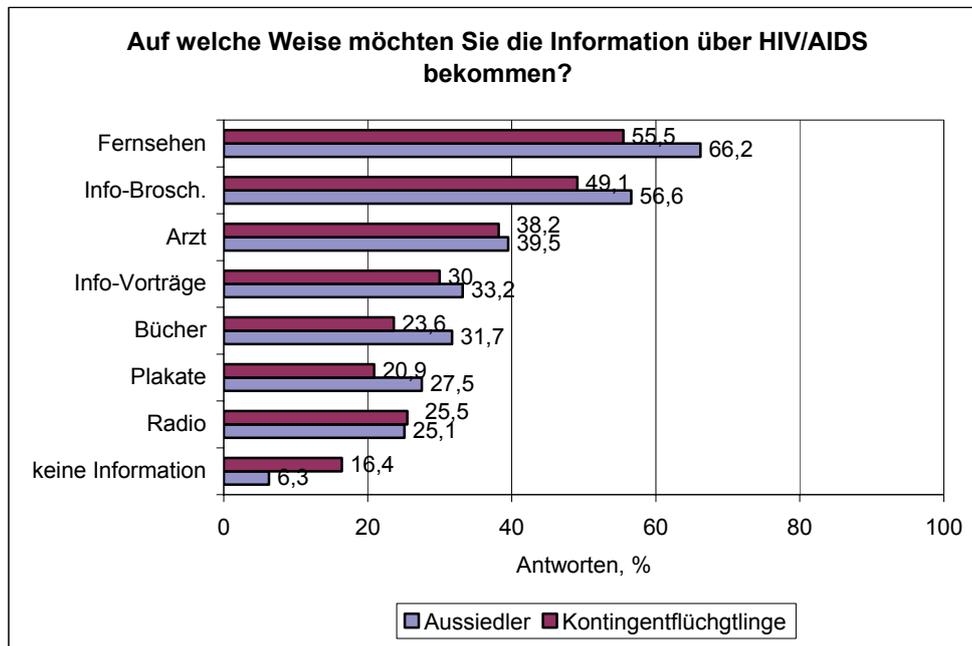
Abbildung 13. Informationsquellen über HIV/AIDS in der Gruppe von Aussiedlern (n = 334) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 107)



Die am meisten gewünschten Informationsquellen über HIV/AIDS waren sowohl bei den Aussiedlern als auch bei den Kontingentflüchtlingen Fernseher (66,2 % vs. 55,5 %), Broschüren (entsprechend 56,6 % vs. 49,1 %) und Aufklärung durch einen Arzt (39,5 % vs. 38,2 %). Mehr Kontingentflüchtlinge (16,4 %) im Vergleich zu den Aussiedlern (6,3 %) meinten, dass sie keine Information über HIV/AIDS benötigen (**Abbildung 14**).

Die Mehrheit der Aussiedler (92,5 %) und Kontingentflüchtlinge (99,1 %) informierte sich über das Thema HIV/AIDS in ihren Herkunftsländern. In Deutschland informierten sich darüber 34,4 % Aussiedler und 11,2 % Kontingentflüchtlinge. Der größte Teil der Befragten in beiden Gruppen informierten sich über HIV/AIDS in russischer Sprache (90,2 % Aussiedler und 97,2 % Kontingentflüchtlinge), in deutscher Sprache entsprechend 27,7 % und 6,6 %.

Abbildung 14. Gewünschte Informationsquellen über HIV/AIDS in der Gruppe von Aussiedlern (n = 334) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 110)



3.1.5 HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)

Die statistische Datenanalyse in Bezug auf HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU) ergab einen nicht signifikanten Unterschied zwischen den beiden analysierenden Gruppen: der Mittelwert des HATSIDU (\bar{x}_{HATSIDU}) beträgt bei den Aussiedlern 2,42, bei den Kontingentflüchtlingen 2,47; der Median liegt in beiden Gruppen bei 2.

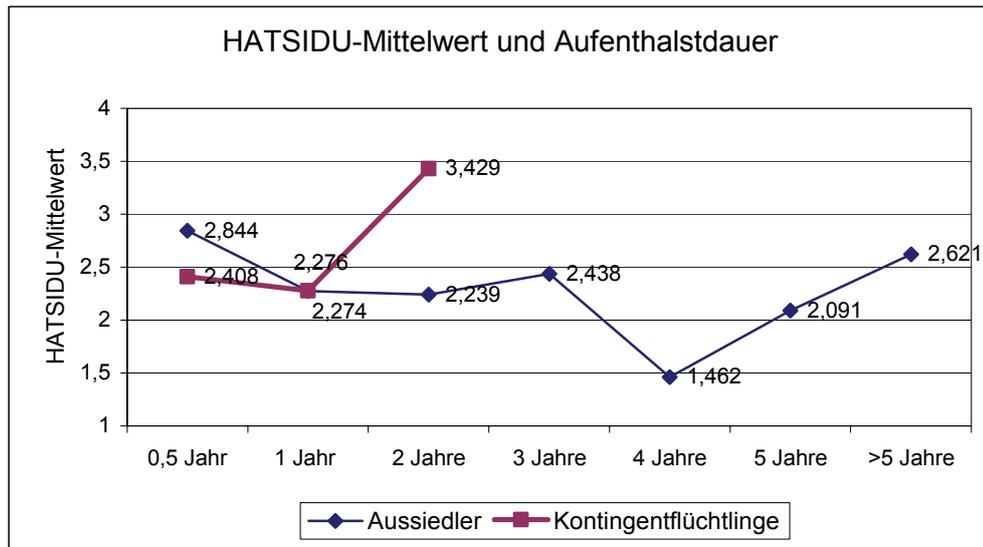
HATSIDU und Aufenthaltsdauer

Aufgrund dessen, dass sich die befragten Kontingentflüchtlinge im Vergleich zu den Aussiedlern noch relativ kurz in Deutschland aufhalten, wurden die beiden Gruppen in Bezug auf HATSIDU und Aufenthaltsdauer getrennt von einander analysiert.

Das Wissen über HIV/AIDS-Risikoverhalten ist bei den Aussiedlern signifikant abhängig von der Aufenthaltsdauer in Deutschland (Kruskal-Wallis-Test, $p = 0,001$, **Anhang 7.1a**). Die weitere statistische Analyse zwischen den einzelnen Gruppen der Aufenthaltsdauer ergab, dass sich das Wissen über HIV/AIDS-Risikoverhalten signifikant zwischen den Aussiedlern, die sich schon 4 Jahre in Deutschland aufhalten und denen, die sich erst sechs Monate (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,001$, **Anhang 7.1b**), und denen, die schon über 5 Jahren in Deutschland leben (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,001$, **Anhang 7.1c**), unterscheidet.

Bei jüdischen Kontingentflüchtlingen wurde kein signifikanter Unterschied zwischen HATSIDU und Aufenthaltsdauer festgestellt. Die Verteilung von Mittelwerten bezüglich der Aufenthaltsdauer und des HATSIDU-Index in beiden Gruppen ist in der **Abbildung 15** dargestellt.

Abbildung 15. HATSIDU-Mittelwert und Aufenthaltsdauer in der Gruppe von Aussiedlern (n = 331; $p = 0,001$) und jüdischen Kontingentflüchtlingen (n = 107; $p > 0,05$)



Aussiedler, die gerade in Deutschland angekommen sind, sind am besten über HIV/AIDS-Risikoverhalten informiert ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,84$). Im ersten und zweiten Aufenthaltsjahr bleibt der HATSIDU unter dem Mittelwert der Gruppe ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,42$), im dritten Jahr entspricht er etwa dem Mittelwert der Gruppe ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,43$) und ist sehr niedrig im vierten Jahr ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=1,46$); ab dem fünften Jahr ist eine aufsteigende Tendenz zu beobachten ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,09$ und $\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,62$).

Bei den Kontingentflüchtlingen erreicht HATSIDU seinen Höhepunkt im zweiten Aufenthaltsjahr ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=3,42$) und ist somit höher als der Mittelwert der Gruppe ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,47$). Der niedrigste HATSIDU ist bei den Kontingentflüchtlingen im ersten Jahr zu beobachten ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,27$), bei gerade Angekommenen erreicht der HATSIDU-Mittelwert 2,4.

HATSIDU und Herkunftsland

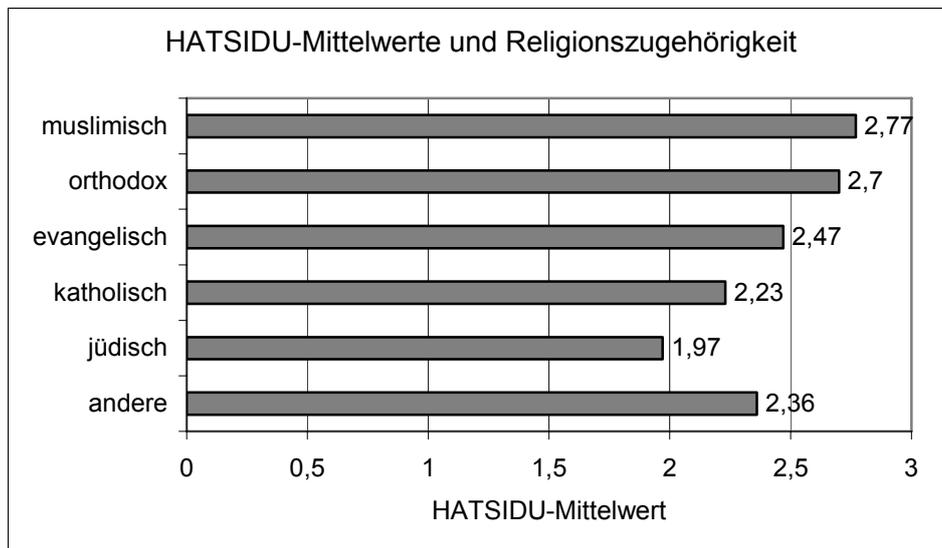
Bei der Befragung waren nur wenige Aussiedler und Kontingentflüchtlinge aus manchen GU-Staaten vertreten, deshalb wurden die Aussiedler und jüdischen Kontingentflüchtlinge als eine Gruppe in Bezug auf HATSIDU-Index und das Herkunftsland statistisch analysiert. Die größte Zahl der befragten Aussiedler und Kontingentflüchtlinge kamen aus der Russischen Föderation (37,0 %), Kasachstan (31,0 %) und der Ukraine (20,3 %). Der Vergleich des HATSIDU-

Mittelwertes zwischen den GUS-Immigranten aus diesen drei Herkunftsländern ergab nicht signifikante Unterschiede: der höchste HATSIDU-Mittelwert ist bei den Immigranten aus der Ukraine ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,66$) zu beobachten; bei den Immigranten aus Russland erreicht der HATSIDU-Mittelwert 2,49 und bei denen aus Kasachstan 2,35.

HATSIDU und Religionszugehörigkeit

Die Korrelation zwischen den HATSIDU-Index und der Religionszugehörigkeit der GUS-Immigranten ergab nicht signifikante Unterschiede: Der höchste HATSIDU-Mittelwert wurde bei den GUS-Immigranten mit muslimischem Glaube ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=2,77$) und der niedrigste bei denen mit jüdischem Glaube festgestellt ($\bar{x}_{\text{HATSIDU}}=1,97$) (**Abbildung 16**).

Abbildung 16. HATSIDU-Mittelwerte und Religionszugehörigkeit bei den GUS-Immigranten (n = 435), $p > 0,05$



3.2 Wissen über HIV/AIDS und HIV-Prävention bei den GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe

3.2.1. Antwortenstatistik und soziodemografische Charakteristiken der Kontrollgruppe

Von den 448 Fragebögen, die an die Patienten in der Allgemeinambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München verteilt wurden, kamen 80,4 % (360) zurück. Davon konnten 77,5 % (347) Fragebögen ausgewertet werden.

In der Kontrollgruppe waren etwas mehr Frauen (54,5 %) vertreten, mehr 18-jährige bis 29-jährige (24,2 %), verheiratet (46,1 %), Arbeitnehmer (64,4 %), mit Fachschulabschluss (44,5 %) und Angehörige der katholischen Religionsgemeinschaft (48,6 %) (**Tabelle 7**).

Die Antwortenquote der Kontrollgruppe erreichte von 100 % bis und 90,8 % (**Anhang 5**). Die Fragen zur HIV-Übertragung, zum Schutz vor einer HIV-Infektion und zu erwünschten HIV/AIDS-Informationsquellen wurden besonders oft nicht beantwortet. Auf die Fragen über HIV-Übertragung sowie Schutz vor einer HIV-Infektion haben mehr 60-65-jährige (9 von 30), männliche (16/30), verheiratete (20/30) sowie Arbeitnehmer (16/30) nicht geantwortet.

Die 16-jährigen und 17-jährigen Immigranten wurden bei der Vergleichsanalyse mit der Kontrollgruppe ausgeschlossen, da die Befragten der Kontrollgruppe erst ab 18 Jahren befragt wurden.

Tabelle 7. Soziodemographische Daten in der GUS-Immigranten- (n = 435) und Kontrollgruppe (n = 347)

Soziodemografische Daten	Immigranten		Kontrollgruppe	
	%	N	%	N
<i>Gesamt</i>	100	435	100	347
Geschlecht:	100	435	100	347
männlich	40,9	178	45,5	158
weiblich	59,1	257	54,5	189
<i>Altersgruppen</i>	100	430	100	343
18-29	34,9	150	24,2	83
30-39	19,3	83	20,4	70
40-49	19,3	83	21,0	72
50-59	20,2	87	19,5	67
60-65	6,3	27	14,9	51
Durchschnittsalter	38		42	
<i>Familienstand:</i>	100	434	100	347
ledig	22,2	96	29,7	103
verheiratet	63,8	277	46,1	160
in Partnerschaft lebend	2,3	10	14,4	50
geschieden	7,6	33	8,9	31
verwitwet	4,1	18	0,9	3
<i>Sozialstatus:</i>	100	434	100	343
Schüler/Student	18,2	79	12,0	41
Arbeitnehmer	16,8	73	64,4	221
arbeitslos	58,3	253	10,2	35
Rentner	6,7	29	13,4	46
<i>Ausbildung:</i>	100	433	100	346
ohne Schulabschluss	3,0	13	2,3	8
nicht abgeschlossene Schulausbildung	6,9	30	24,6	85
Fachschulabschluss	35,3	153	44,5	154
Abgeschlossene Schulausbildung	22,9	99	11,0	38
Universitätsabschluss	31,9	138	17,6	61
<i>Religionsgemeinschaft:</i>	100	429	100	346
evangelisch	37,5	161	12,4	43
katholisch	14,7	63	48,6	168
orthodox	15,6	67	1,7	6
jüdisch	8,9	38	0,6	2
muslimisch	7,5	32	4,9	17
andere	15,8	68	2,6	9
keine	-	-	29,2	101

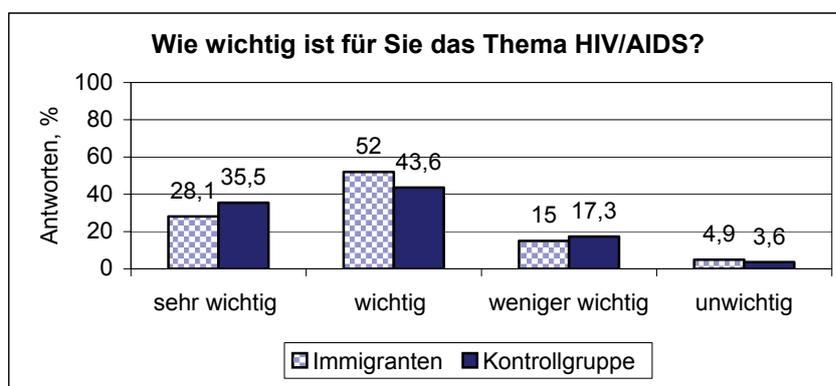
-; keine Angaben; fehlende Werte wurden hier nicht berücksichtigt

3.2.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS

Wichtigkeit des Themas HIV/AIDS

Bezüglich der Frage zur Wichtigkeit des HIV/AIDS-Themas besteht ein nicht signifikanter Unterschied zwischen den GUS-Immigranten und der Kontrollgruppe. Das Thema HIV/AIDS war „sehr wichtig“ für etwas mehr Befragte der Kontrollgruppe, etwas mehr GUS-Immigranten hielten das HIV/AIDS-Thema für „wichtig“ (**Abbildung 17**).

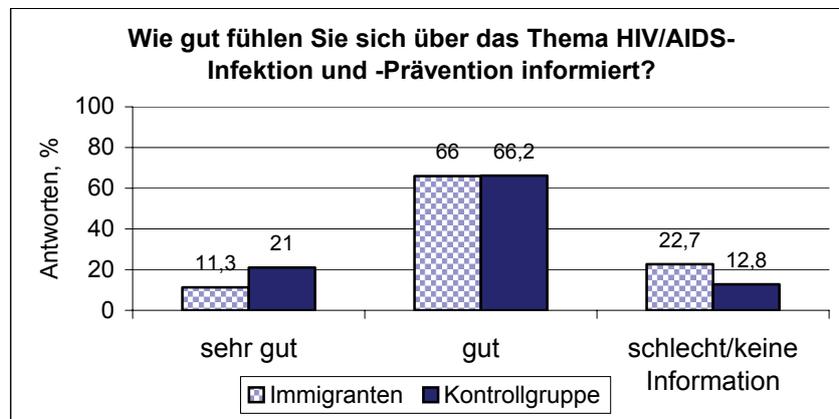
Abbildung 17. Wichtigkeit des Themas HIV/AIDS in der GUS-Immigranten- (n = 427) und Kontrollgruppe (n = 330), $p > 0,05$



Selbsteinschätzung der Informiertheit über HIV/AIDS

Was die Selbsteinschätzung über die Informiertheit bezüglich der HIV-Infektion und -Prävention betrifft, es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den GUS-Immigranten und der Kontrollgruppe (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,001$). Mehr GUS-Immigranten (22,7 %) als die Kontrollgruppe (12,8 %) schätzten ihre Informiertheit über HIV/AIDS als „schlecht“ ein oder meinten, dass sie über keine Informationen darüber verfügen. Außerdem schätzten weniger GUS-Immigranten (11,3 %) als die Kontrollgruppe (21,0 %) ihre Informiertheit über HIV/AIDS als „sehr gut“ ein. Die Einschätzung der Informiertheit als „gut“ blieb in beiden Gruppen auf etwa gleichem Niveau (**Abbildung 18**).

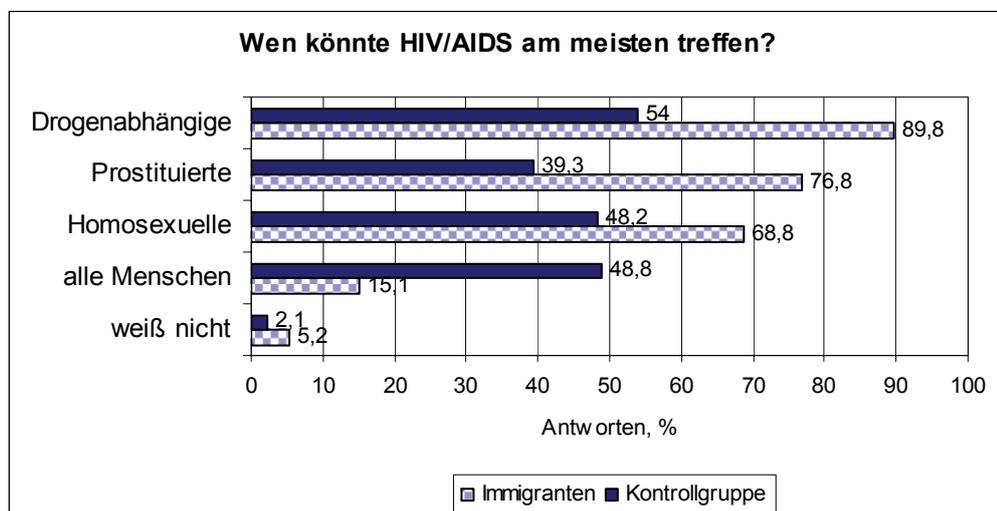
Abbildung 18. Selbsteinschätzung des Informationsstandes über das Thema HIV-Infektion und -Prävention in der GUS-Immigranten- (n = 423) und Kontrollgruppe (n = 329), $p < 0,001$



HIV/AIDS-Risikogruppen

Es unterscheiden sich signifikant die Antworten der Befragten in beiden Gruppen bezüglich der HIV/AIDS-Risikogruppen (Chi²-Test, $p < 0,001$). Ein großer Unterschied ist zwischen den Einstellungen in beiden Gruppen bezüglich HIV/AIDS und Prostituierte zu beobachten: Mehr GUS-Immigranten (76,8 %) als die Kontrollgruppe (39,3 %) meinten, dass HIV/AIDS am meisten die Prostituierten treffen könnte. Mehr GUS-Immigranten als die Kontrollgruppe meinten auch, dass HIV/AIDS mehr Drogenabhängige (89,8 % vs. 68,8 %) und Homosexuelle (54 % vs. 48,2 %) treffen könnte. Dass HIV/AIDS alle Menschen treffen könnte, meinten 15 % der GUS-Immigranten, in der Kontrollgruppe waren es 48,8 % (**Abbildung 19**).

Abbildung 19. Meinung über HIV/AIDS-Risikogruppen in der GUS-Immigranten- (n = 423) und Kontrollgruppe (n = 328), $p < 0,001$



Besprechung des Themas HIV/AIDS

Das Thema HIV/AIDS mit jemandem zu besprechen war bei GUS-Immigranten weniger üblich als in der Kontrollgruppe: z.B. mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin haben 33,7 % GUS-Immigranten und 52,3 % Kontrollgruppe, mit einer Freundin entsprechend 26,2 % und 36 %, und einem Freund 15,2 % und 25,8 % gesprochen. Etwas mehr GUS-Immigranten als die Kontrollgruppe besprachen das Thema HIV/AIDS mit keinem (23 % vs. 15,4 %) (**Tabelle 8**). Einige Befragte in beiden Gruppen gaben an, das Thema HIV/AIDS mit jemand anderem besprochen zu haben (z.B. Lehrer/Schule, Arzt und Kollegen).

Tabelle 8. Besprechung des Themas HIV/AIDS in der GUS-Immigranten- (n = 427) und Kontrollgruppe (n = 325)

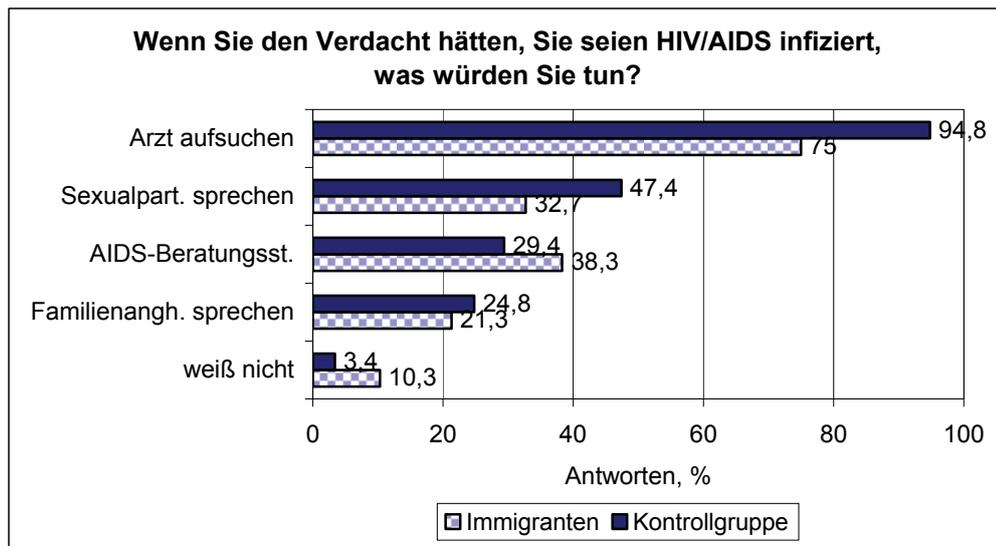
Mit wem haben Sie das Thema HIV/AIDS besprochen?	Immigranten % (n)	Kontrollgruppe % (n)
Sexualpartner/-in	33,7 (144)	52,3 (170)
Freundin	26,2 (112)	36 (117)
Freund	15,2 (65)	25,8 (84)
mit keinem	23 (98)	15,4 (50)
Sohn	17,8 (76)	12,6 (41)
Tochter	15 (64)	14,8 (48)
Mutter	11,5 (49)	16,3 (53)
Schwester	13,1 (56)	11,7 (38)
Bruder	6,8 (29)	7,1 (23)
Vater	5,2 (22)	6,5 (21)
mit jemand anderem	13,3 (57)	12,9 (42)

Mögliches Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion

Die Antworten auf die Frage „Wenn Sie den Verdacht hätten, Sie seien HIV/AIDS infiziert, was würden Sie tun?“ ergaben einige Unterschiede zwischen beiden zu analysierenden Gruppen. Weniger GUS-Immigranten (75 %) als die Kontrollgruppe (94,8 %) würden zum Arzt gehen und sich untersuchen lassen; 32,7 % GUS-Immigranten und fast die Hälfte (47,4 %) der Kontrollgruppe wären bereit, mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin darüber zu sprechen. Drei Mal so viel GUS-Immigranten (10,3 %) wären in solcher Situation verzweifelt und wüssten nicht, was zu tun sei (**Abbildung 20**). Aber mehr GUS-Immigranten (38,3 %, 163 Befragte) als die Kontrollgruppe (29,4 %, 96 Befragte) würden in die psychosoziale AIDS-Beratungsstelle/ -Hilfe gehen, obwohl nur 22,1 % (36 Personen) von den GUS-Immigranten, die in eine

psychosoziale AIDS-Beratungsstelle/ -Hilfe gehen würden, über die Existenz solcher Einrichtungen in Deutschland wussten. Von den Befragten der Kontrollgruppe, die angegeben haben, in eine psychosoziale AIDS-Beratungsstelle/ -Hilfe gehen zu wollen, 38,5 % (37 Personen) wussten über die Existenz solcher Einrichtungen in Deutschland.

Abbildung 20. Mögliches Verhalten beim Verdacht auf HIV/AIDS in der GUS-Immigranten- (n = 428) und Kontrollgruppe (n = 327)



Beeinflussung des Sexuallebens nach einem positiven HIV-Test-Ergebnis

Auf die Frage „Wie würde ein positives HIV-Test-Ergebnis Ihr Sexualleben beeinflussen?“ mehr GUS-Immigranten (33,8 %) als die Kontrollgruppe (19,5 %) haben geantwortet, dass sie bereit wären, auf den Geschlechtsverkehr zu verzichten. Weniger GUS-Immigranten (41,4 %) als die Kontrollgruppe (64,7 %) würden beim Geschlechtsverkehr ein Kondom verwenden und etwa zwei Mal weniger GUS-Immigranten (24,3 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (62,2 %) würden dem Sexualpartner Bescheid über ein positives HIV-Test-Ergebnis sagen.

GUS-Immigranten, die auf den Geschlechtsverkehr verzichten würden, waren meistens die jüngeren (33,1 % der 18-29-jährigen), weiblich (68,5 %), verheiratet (66,2 %), aus Russland (42,4 %) und Kasachstan (27,2 %), mit höherem Ausbildungsgrad (38,45 % Fachschulabschluss und 35 % Universitätsabschluss) und mit kürzerer Aufenthaltsdauer in Deutschland (29,8 % bis zu 0,5 Jahr und 26,2 % bis zu einem Jahr). Im Vergleich zur Kontrollgruppe (19,5 %) waren es meistens 50-59-jährige (22,6 %), weiblich (54 %), ledig (34,9 %) und mit einem Fachschulabschluss (42,9 %).

Geschlechtsverkehr nur mit Kondom würden im Fall eines positiven HIV-Test-Ergebnis in der GUS-Immigrantengruppe meistens 18- bis 29-jährige (39,7 %), weiblich (58,9 %), verheiratet (58,9 %), mit Fachschulabschluss (36,2 %) und bis zu einem halben Jahr Aufenthalt (29,3 %) haben. In der Kontrollgruppe wären es auch Befragte zwischen 18-29 Jahren (25,2 %), weiblich (56,5 %), verheiratet (48,3 %) und mit einem Fachschulabschluss (43,5 %).

Informiertheit über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen

Auf die Frage „Haben Sie was von psychosozialen AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland gehört?“ haben 17,9 % (77 von 430) GUS-Immigranten und 27,6 % (90 von 326) der Kontrollgruppe mit „ja“ geantwortet.

Die Antwortverteilung in beiden befragten Gruppen hinsichtlich der Tätigkeiten der psychosozialen AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen ist in der **Tabelle 9** zusammengefasst. Die richtigen und falschen Antwortalternativen im Fragebogen wurden vorgegeben. Die drei richtigen Antworten hinsichtlich der Tätigkeiten dieser Einrichtungen wie Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS, psychologische Unterstützung, soziale Beratung und Hilfe für HIV-Positive und AIDS-Kranke wussten 53,9 % der GUS-Immigranten (41 von 76) und 51,7 % der Kontrollgruppe (45 von 87).

Tabelle 9. Wissen über die Tätigkeiten der psychosozialen AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland in der GUS-Immigranten- (n = 76) und Kontrollgruppe (n = 87)

Tätigkeiten der AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland	Immigranten % (n)	Kontrollgruppe % (n)
Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS (richtig)	80,3 (61)	63,2 (55)
Psychol. Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken (richtig)	75 (57)	85,1 (74)
Soziale Beratung und Hilfe der HIV/AIDS-Kranken (richtig)	71,1 (54)	83,9 (73)
Diagnostik und Behandlung der HIV/AIDS-Kranken (falsch)	72,4 (55)	79,3 (69)
Finanzielle Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken (falsch)	90,8 (69)	92,0 (80)
Selbsthilfegruppe für HIV/AIDS-Kranke (falsch)	75,0 (57)	36,8 (32)
Summe der richtigen Antworten	22,4 (17)	10,3 (9)

3.2.3 Wissen über HIV/AIDS

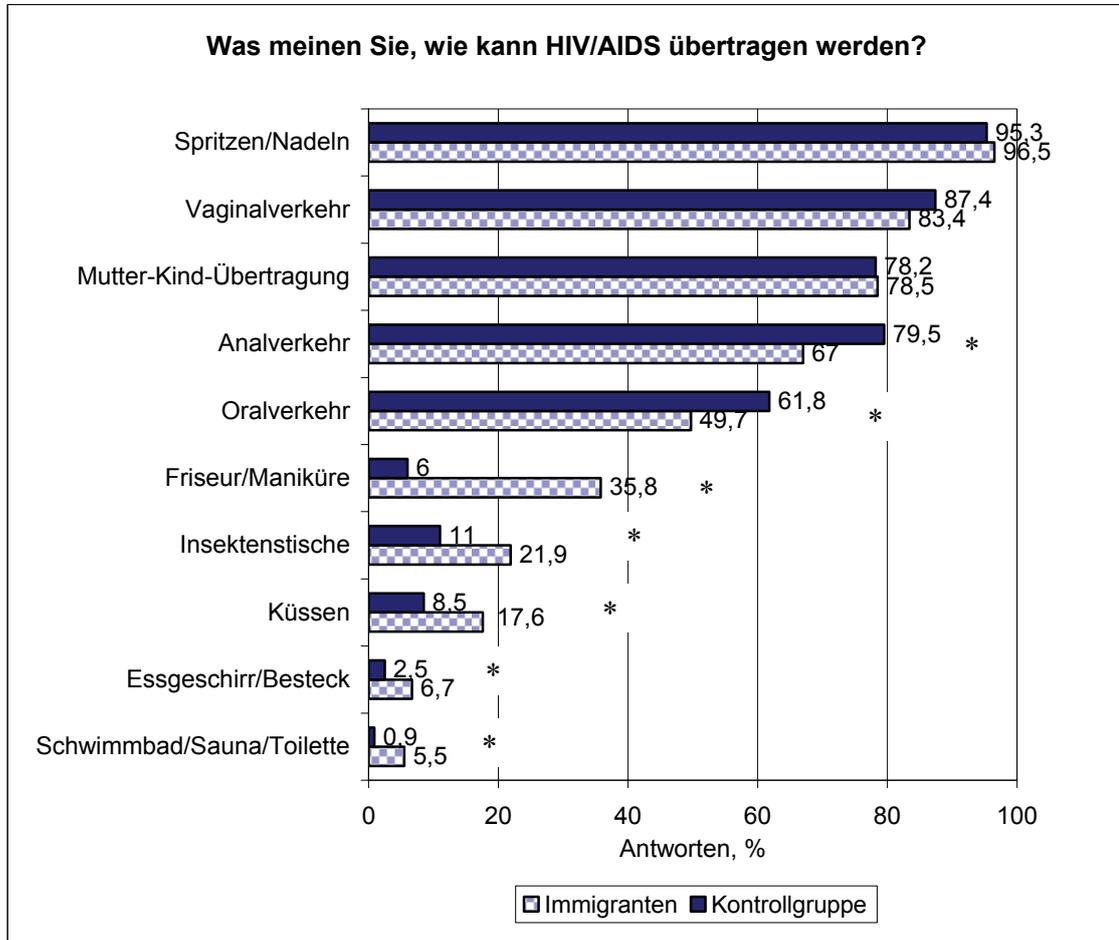
82,4 % GUS-Immigranten und 89,4 % der Kontrollgruppe wussten, dass HIV/AIDS eine unheilbare Krankheit des Immunsystems ist. Was HIV/AIDS ist, wussten 10,8 % GUS-Immigranten und 6,4 % Befragte der Kontrollgruppe nicht.

Es ist kaum ein Unterschied zwischen den beiden befragten Gruppen auf die Fragen nach HIV-Übertragung durch kontaminierte Spritzen/Nadeln (96,5 % Immigranten vs. 95,3 % Kontrollgruppe), Vaginalverkehr (entsprechend 83,4 % vs. 87,4 %) und von der HIV-positiven Mutter auf das Kind (78,5 % vs. 78,2 %) zu beobachten.

Aber signifikant weniger GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe wussten, dass HIV durch Anal- (67,0 % vs. 79,5 %) und Oralverkehr (49,7 % vs. 61,8 %) übertragbar ist (Chi²-Test, $p < 0,001$).

Signifikant doppelt so viel GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe meinten, dass HIV/AIDS durch Insektenstiche und das Küssen übertragbar ist (Chi²-Test, $p < 0,001$). Fast sechs Mal so viel Immigranten nannten Friseur/Maniküre als möglichen HIV-Übertragungsweg (Chi²-Test, $p < 0,001$); etwas mehr Immigranten als Befragte der Kontrollgruppe dachten, dass HIV durch Essgeschirr/Besteck (Chi²-Test, $p = 0,006$) und das öffentliche Benutzen von Schwimmbad/Sauna/WC übertragbar sei (Chi²-Test, $p < 0,001$) (**Abbildung 21**). Nur 41,6 % GUS-Immigranten und 55,5 % Kontrollgruppe wussten alle drei sexuellen HIV-Übertragungswege wie Vaginal-, Anal- und Oralverkehr.

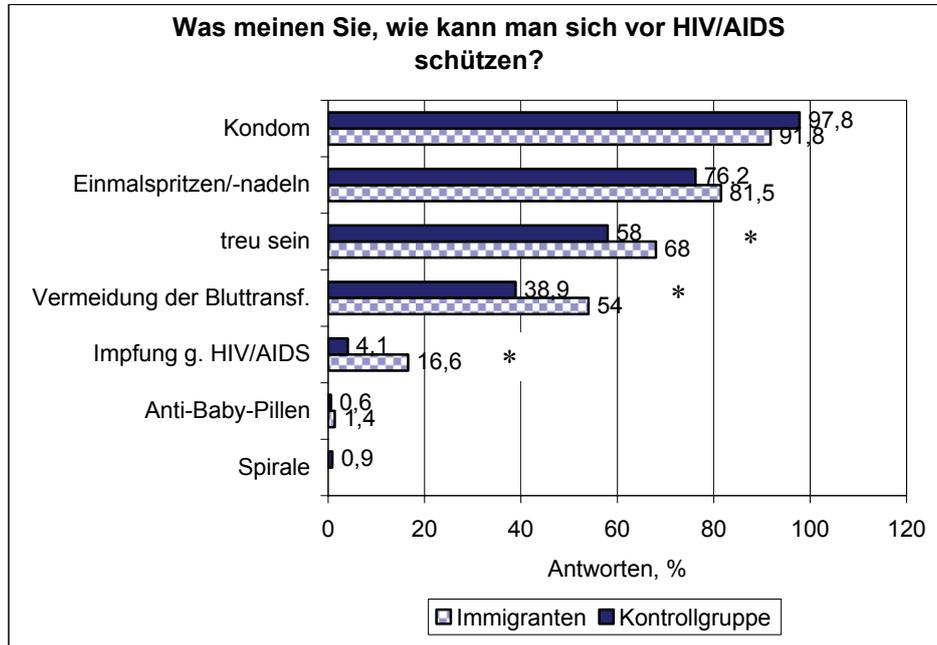
Abbildung 21. Wissen über HIV-Übertragung in der GUS-Immigranten- (n = 433) und Kontrollgruppe (n = 317)



*, $p < 0,05$

Die Mehrheit der Befragten in beiden Gruppen nannte das Kondom (91,8 % Immigranten vs. 97,8 % Kontrollgruppe) und Einmalspritzen/-nadeln (entsprechend 81,5 % vs. 76,2 %) als Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion. „Treu sein“ als Schutz vor einer HIV-Infektion war signifikant wichtiger für GUS-Immigranten (68,0 %) als für die Kontrollgruppe (58,0 %) (Chi²-Test, $p = 0,003$). Mehr GUS-Immigranten als die Kontrollgruppe nannten Vermeidung der Bluttransfusion (54,0 % vs. 38,9 %) (Chi²-Test, $p < 0,001$) und Impfung gegen HIV/AIDS (16,6 % vs. 4,1 %) (Chi²-Test, $p < 0,001$) als möglichen Schutz vor einer HIV-Infektion (**Abbildung 22**).

Abbildung 22. Wissen über die HIV-Prävention in der GUS-Immigranten- (n = 428) und Kontrollgruppe (n = 319)

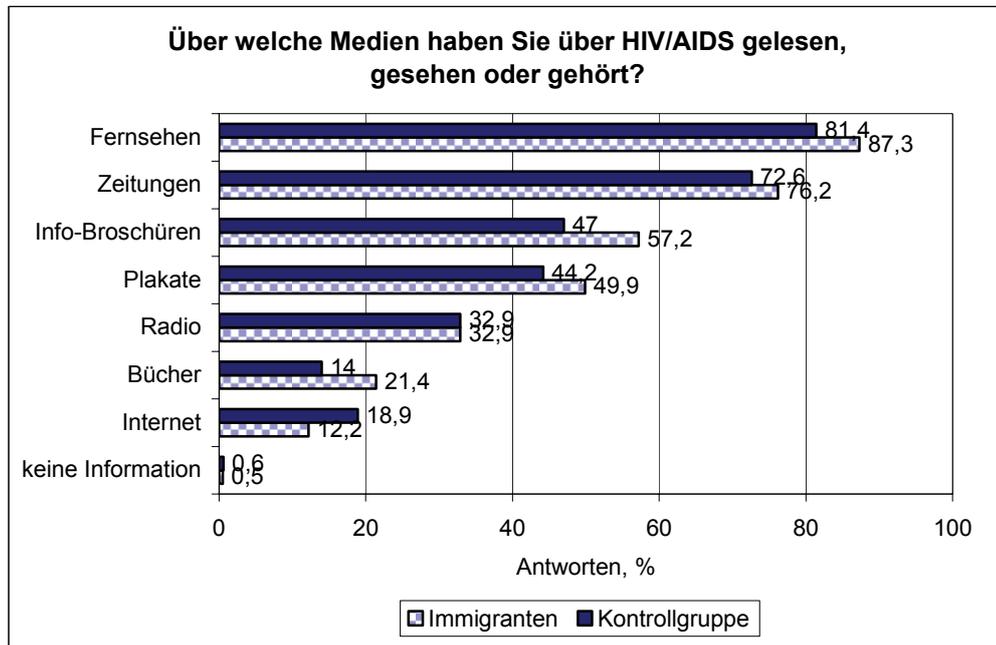


*, $p < 0,05$

3.2.4 Informationsquellen über HIV/AIDS

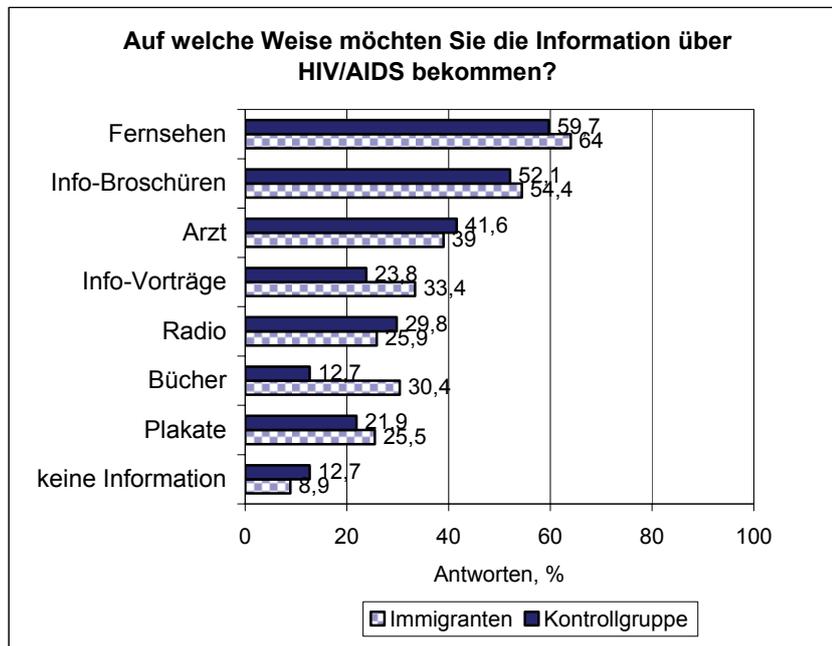
Die am häufigsten genannten Informationsquellen sowohl bei GUS-Immigranten als auch in der Kontrollgruppe waren Fernsehen (87,3 % vs. 81,4 %), Zeitungen (76,2 % vs. 72,6 %) und Informationsbroschüren (57,2 % vs. 47 %). Plakate haben 49,9 % GUS-Immigranten und 44,2 % der Kontrollgruppe genannt. Bücher als HIV/AIDS-Informationsquellen haben mehr GUS-Immigranten (21,4 %) als die Kontrollgruppe (14,0 %) angegeben. Weniger GUS-Immigranten (12,2 %) als die Kontrollgruppe (18,9 %) haben das Internet als Informationsquelle über HIV/AIDS benutzt (**Abbildung 23**).

Abbildung 23. Informationsquellen über HIV/AIDS in der GUS-Immigranten- (n = 425) und Kontrollgruppe (n = 328)



Die GUS-Immigranten und die Befragten der Kontrollgruppe wurden auch gefragt, auf welche Weise sie die Informationen über HIV/AIDS erhalten möchten. Über die Hälfte der Befragten in beiden Gruppen möchte die Information über HIV/AIDS im Fernsehen (64 % vs. 59,7 %) und in Form von Informationsbroschüren (54,4 % vs. 52,1 %) bekommen. Etwa 40 % sowohl der GUS-Immigranten als auch der Kontrollgruppe möchten die Informationen über HIV/AIDS von einem Arzt erhalten. Mehr als doppelt so viel GUS-Immigranten als die Kontrollgruppe möchten über HIV/AIDS in Büchern nachlesen (**Abbildung 24**).

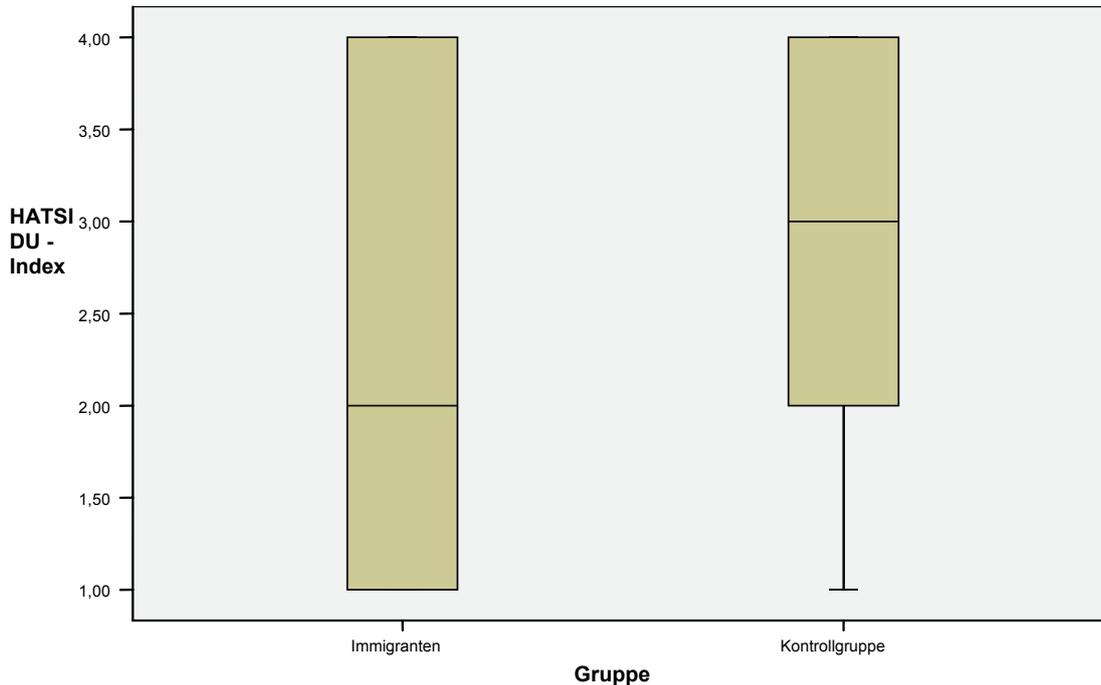
Abbildung 24. Gewünschte Informationsquellen über HIV/AIDS in der GUS-Immigranten- (n = 428) und Kontrollgruppe (n = 315)



3.2.5 HIV/AIDS-Risikowissensindex (HATSIDU)

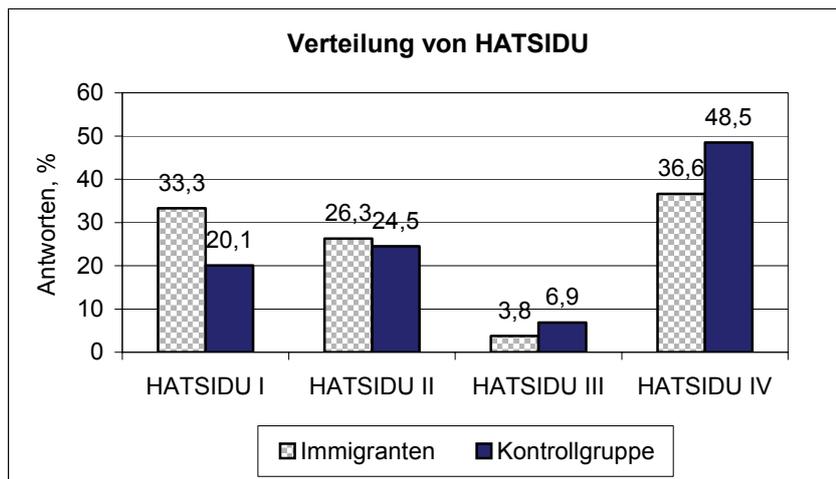
Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des HATSIDU in den beiden zu analysierenden Gruppen: GUS-Immigranten waren etwas weniger über das Risikoverhalten bezüglich HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV informiert als die Kontrollgruppe (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,001$). Der Median von HATSIDU-Index liegt in der GUS-Immigrantengruppe bei 2, in der Kontrollgruppe bei 3 (**Abbildung 25**); der Mittelwert des HATSIDU-Index erreicht in der GUS-Immigrantengruppe 2,44, in der Kontrollgruppe – 2,84 (**Anhang 7.2 und 7.3**).

Abbildung 25. HATSIDU-Median in der GUS-Immigranten- (n = 426) und Kontrollgruppe (n = 318), $p < 0,001$



Über die Hälfte der GUS-Immigranten gehören zu HATSIDU I und II (59,6 %), mehr als die Hälfte der Kontrollgruppe – zu HATSIDU III und IV (55,4 %) (**Abbildung 26**).

Abbildung 26. HATSIDU-Verteilung in der GUS-Immigranten- (n = 426) und Kontrollgruppe (n = 318)



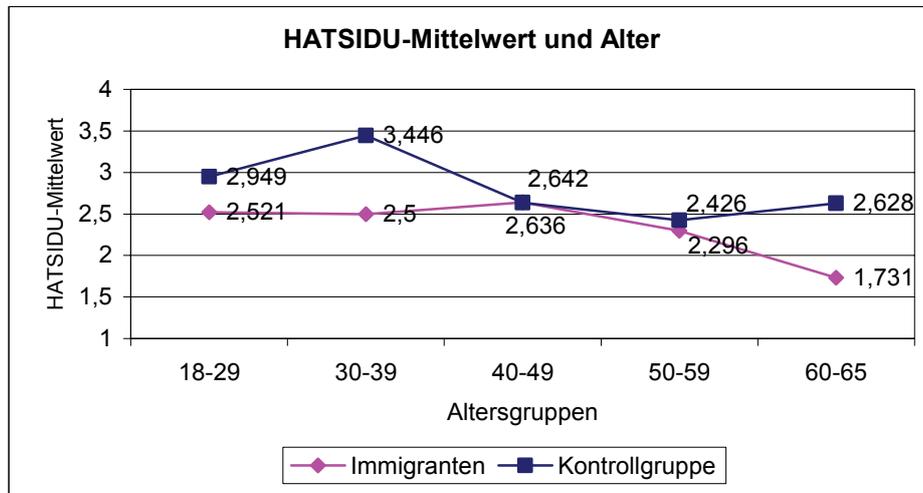
HATSIDU und Alter

Die statistische Datenanalyse ergab signifikante Unterschiede bezüglich des Alters und HATSIDU in beiden zu analysierenden Gruppen:

- *GUS-Immigrantengruppe*: im statistischen Vergleich nach Kruskal-Wallis-Test zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter und HATSIDU ($p = 0,009$, **Anhang 7.4a**). Im lokalen Vergleich zwischen den einzelnen Altersgruppen (Mann-Whitney-U-Test) zeigte sich, dass sich HATSIDU signifikant zwischen der Altersgruppe 60-65 Jahre und diesen Altersgruppen 18-29 Jahre (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,02$, **Anhang 7.4b**) und 40-49 Jahre (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,02$, **Anhang 7.4c**) unterscheidet. Je älter die Immigranten waren, desto weniger waren sie über das Risiko hinsichtlich der HIV-Übertragung und Schutz vor einer HIV-Infektion informiert. Am besten waren hier die 40-49-jährigen, am wenigstens die 60-65-jährigen informiert.
- *Kontrollgruppe*: unter Verwendung des Kruskal-Wallis-Testes zeigte sich in der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied zwischen dem Alter und HATSIDU ($p < 0,001$, **Anhang 7.5a**). Das Wissen über das HIV-Risikoverhalten unterscheidet sich signifikant zwischen der Altersgruppe 30-39 Jahre und diesen Altersgruppen 40-49 Jahre (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.5b**), 50-59 Jahre (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.5c**) und 60-65 Jahre (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.5d**). Mit steigendem Alter wird das Wissen über das HIV-Risikoverhalten in der Kontrollgruppe etwas geringer. Am besten waren hier die 30-39-jährigen, am wenigstens die 50-59-jährigen informiert. Die Verteilung von Mittelwerten bezüglich des Alters und HATSIDU in der GUS-Immigranten und der Kontrollgruppe ist in der **Abbildung 27** dargestellt.

Kurz zusammenfassend kann man sagen, dass die GUS-Immigranten in allen Altersgruppen etwas schlechter als die Befragten der Kontrollgruppe über das Wissen hinsichtlich des HIV-Risikoverhaltens informiert waren.

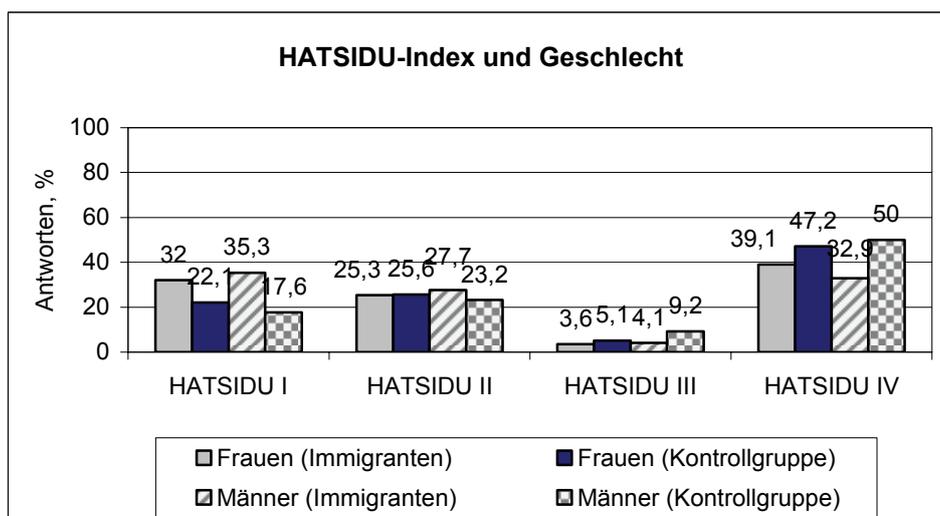
Abbildung 27. HATSIDU-Mittelwert und Alter in der GUS-Immigranten- (n = 421, $p = 0,009$) und Kontrollgruppe (n = 314, $p < 0,001$)



HATSIDU und Geschlecht

Die Datenanalyse ergab einen nicht signifikanten Unterschied hinsichtlich des HATSIDU-Index und Geschlechtes in beiden zu analysierenden Gruppen. In der GUS-Immigrantengruppe hatten die Frauen im Vergleich zu den Männern einen etwas höheren HIV/AIDS-Risikowissensindex (**Abbildungen 28**). In der Kontrollgruppe waren etwa die Hälfte sowohl der Frauen als auch der Männer sehr gut über das Wissen hinsichtlich HIV/AIDS-Risikoverhalten informiert.

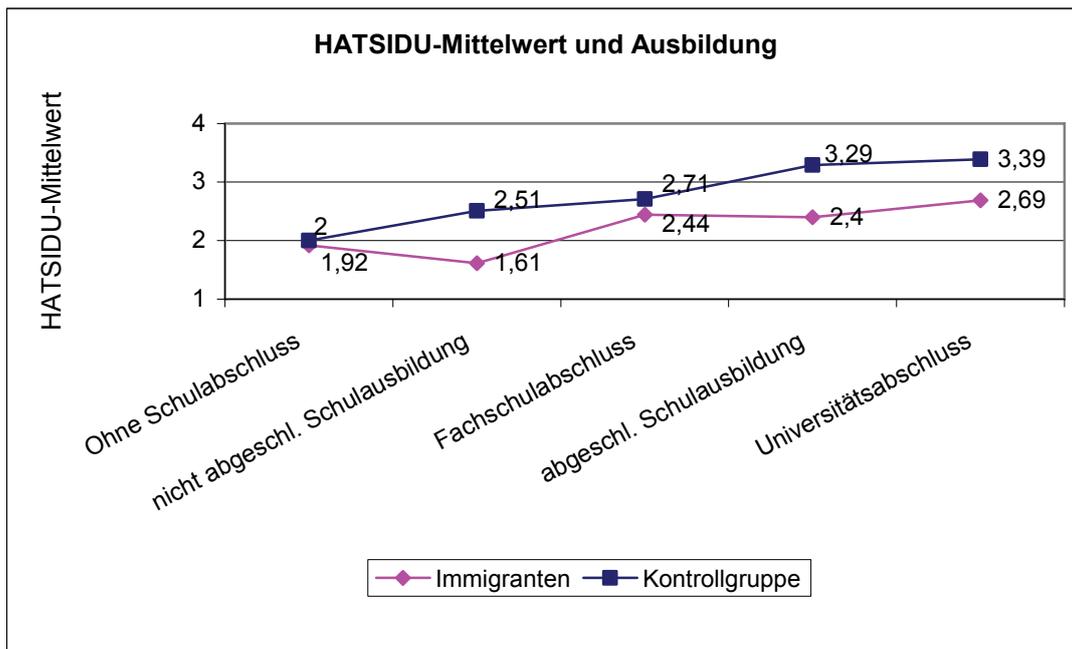
Abbildung 28. HATSIDU-Verteilung und Geschlecht in der GUS-Immigranten- (n = 426) und Kontrollgruppe (n = 318), $p > 0,05$



HATSIDU und Ausbildung

Die allgemeine signifikante Tendenz bezüglich des HATSIDU-Index und der Ausbildung sowohl in der GUS-Immigranten- als auch in der Kontrollgruppe ist: Je höher die Ausbildung, desto höher der HATSIDU-Index (**Abbildung 29**).

Abbildung 29. HATSIDU-Mittelwert und Ausbildung in der GUS-Immigranten- (n = 424, $p < 0,001$) und Kontrollgruppe (n = 318, $p < 0,001$)



Angenommene Ausbildungsäquivalenz in GUS und in Deutschland:

GUS:

Ohne Schulabschluss
 Nicht abgeschlossene Schulausbildung (8 J.)
 Fachschulabschluss (2-3 J.)
 Abgeschlossene Schulausbildung (10-12 J.)
 Universitätsabschluss (4-6 J.)

Deutschland:

Ohne Schulabschluss
 Hauptschul-/Realschulabschluss
 Berufsausbildung
 Fachabitur/Abitur
 Hochschul-/Universitätsabschluss

Die Datenanalyse zwischen den Gruppen bezüglich HATSIDU und der Ausbildung ergab einige signifikante Unterschiede:

- *GUS-Immigrantengruppe:* ein Gruppenvergleich (Kruskal-Wallis-Test) zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen der Ausbildung und HATSIDU ($p < 0,001$, **Anhang 7.6a**). Für den Vergleich zwischen den einzelnen Ausbildungsgruppen angewendete Mann-Whitney-U-Test hat ergeben, dass sich das Wissen über das HIV-Risikoverhalten signifikant zwischen den Befragten mit nicht abgeschlossener Schulausbildung und denen mit abgeschlossener Schulausbildung (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,04$, **Anhang**

7.6b), denen mit einem Fachschulabschluss (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,02$, **Anhang 7.6c**), und denen mit einem Hochschul-/Universitätsabschluss (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.6d**) unterscheidet.

- *Kontrollgruppe*: angewendeter Kruskal-Wallis-Test hat hier auch ein signifikanter Unterschied zwischen der Ausbildung und HATSIDU ($p < 0,001$, **Anhang 7.7a**) ergeben. Das Wissen über das HIV-Risikoverhalten unterscheidet sich signifikant zwischen den Befragten mit nicht abgeschlossener Schulausbildung und zwischen denen mit abgeschlossener Schulausbildung (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,03$, **Anhang 7.7b**), mit einem Universitätsabschluss (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.7c**). Ein signifikanter Unterschied war auch zwischen denjenigen mit einem Fachschul- und mit einem Universitätsabschluss zu beobachten (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p < 0,001$, **Anhang 7.7d**).

Kurz zusammenfassend kann man sagen, dass mit einem höheren Ausbildungsgrad auch der HIV/AIDS-Risikowissensindex steigt. Die Befragten mit einer Hochschul- bzw. Universitätsausbildung waren am besten über das HIV/AIDS-Risikoverhalten informiert.

HATSIDU und Familienstand

Die statistische Auswertung zwischen HATSIDU-Index und Familienstand ergab nicht signifikante Unterschiede in beiden Gruppen: bei den GUS-Immigranten waren geschiedene, verheiratete und ledige Personen besser über das HIV-Risikoverhalten als in Partnerschaft lebende und verwitwete informiert. In der Kontrollgruppe waren in Partnerschaft lebende am besten und am wenigstens die Geschiedenen informiert.

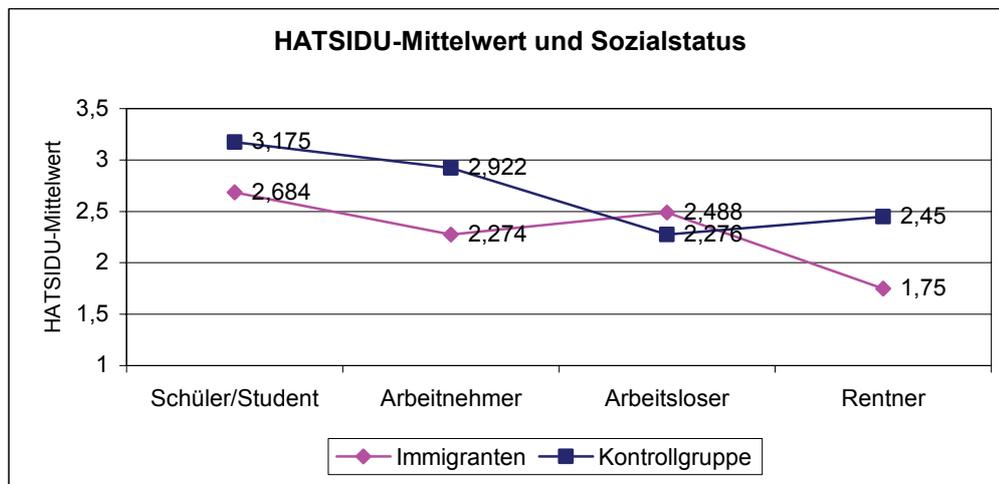
HATSIDU und Sozialstatus

Die Datenanalyse zwischen den Gruppen bezüglich des HATSIDU-Index und Sozialstatus ergab einige signifikante Unterschiede:

- *GUS-Immigrantengruppe*: ein Gruppenvergleich zwischen dem Sozialstatus und HATSIDU (Kruskal-Wallis-Test) hat einen signifikanten Unterschied ergeben ($p = 0,006$; **Anhang 7.8a**). Es wurde festgestellt, dass sich der HIV/AIDS-Risikowissensindex signifikant zwischen den Rentnern und Schülern/Studenten (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,006$, **Anhang 7.8b**) und Arbeitslosen (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,03$, **Anhang 7.8c**) unterscheidet (**Abbildung 30**).

- *Kontrollgruppe*: hier wurden auch einige signifikante Unterschiede in Bezug auf HATSIDU und Sozialstatus (Kruskal-Wallis-Test) festgestellt ($p = 0,003$, **Anhang 7.9a**). Das Wissen über HIV-Risikoverhalten unterscheidet sich signifikant (Mann-Whitney-U-Test) zwischen den Schülern/Studenten und den Arbeitslosen (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,018$, **Anhang 7.9b**) sowie Rentnern (p -Wert nach Bonferroni-Korrektur $p = 0,036$, **Anhang 7.9c**) (**Abbildung 30**).

Abbildung 30. HATSIDU-Mittelwert und Sozialstatus in der GUS-Immigranten- ($n = 425$; $p = 0,006$) und Kontrollgruppe ($n = 314$; $p = 0,003$)



Es lässt sich sagen, dass die Schüler und Studenten am besten in den beiden zu analysierenden Gruppen über das Wissen hinsichtlich des HIV-Risikoverhaltens informiert waren.

3.3 Interviews mit den GUS-Immigranten: kurze Übersicht

Es wurden 6 GUS-Immigranten (**Tabelle 10**) über den Ansteckungsweg mit einer HIV-Infektion und das Risikoverhalten, Umgehen mit einer HIV-Infektion im sozialen Umfeld (Familie, Freundeskreis, Arbeit), Informationsverfügbarkeit und -Erreichbarkeit über die HIV-Infektion und -Prävention, Sexualität und das Thema HIV/AIDS in Form eines Interviews befragt.

Tabelle 10. Soziodemografische Daten der interviewten GUS-Immigranten

Interviewter/-e Nr.	Geschlecht	Alter	Herkunftsland	HIV/STD	Jahr des Interviews
I.	F	27	Weißrussland	HIV	2005
II.	M	37	Moldawien	HIV	2005
III.	F	19	Kasachstan	STD	2005
IV.	F	18	Ukraine	STD	2005
V.	F	30	Russland	HIV	2006
VI.	M	30	Russland	HIV	2007

F, Frau; M, Mann

Ein wichtiger Aspekt, den besonders die HIV-positiven GUS-Immigranten angesprochen haben, waren die Tabuisierung des Themas HIV/AIDS und das Desinteresse an dem Thema bei den GUS-Immigranten:

- „Die [Immigranten] verdrängen das [Thema HIV/AIDS], sie meinen, es geht sie nicht an – genau so wie ich“ oder „...[die Broschüren über HIV/AIDS werden] weggeschmissen. Das ist ein Tabuthema“ (Interviewter Nr. II, **Tabelle 10**).

- „Dieses Thema [HIV/AIDS] ist ein Tabu. Es ist mit Ängsten verbunden. Es ist alles zusammen: von einer Seite Ängste, von anderer – Unwissen. Aber wenn Ängste und das Unwissen zusammen sind, dann ist es wirklich ein Tabuthema: ich weiß darüber nichts, ich will darüber nicht sprechen“ (Interviewter Nr. VI, **Tabelle 10**).

- „Wenn ich sogar mit meiner Freundin sprechen würde und ihr sagen, dass ich krank bin [...] die Reaktion wäre wahrscheinlich – sie würde [von mir] wie von einer Pestkranken abspringen“ (Interviewte Nr. I, **Tabelle 10**).

Alle befragten HIV-positiven GUS-Immigranten verheimlichen ihre Diagnose, Angehörige wissen nichts davon. Die HIV-positiven Immigranten haben Angst wegen ihrer HIV-Infektion sozial zurückgewiesen und diskriminiert zu werden:

- „Erstes Gefühl [nach dem positiven HIV-Testergebnis] war die Abgrenzung. In dem Sinne, dass um Gottes Willen, wenn jemand darüber erfährt. Angst, einfach panische Angst, dass jemand darüber erfahren könnte“ (Interviewter Nr. VI, **Tabelle 10**).

Themen aus dem Sexualbereich sind mit den Komplexen verbunden, wodurch das Sprechen darüber erschwert ist: „... was unten [Unterleib] ist, die Geschlechtskrankheiten, wie man ein Kondom benutzt – solche Sachen haben wir nicht besprochen. Sogar mit meiner Schwester habe ich darüber nicht gesprochen, ich habe mich geschämt. Das ist eben das Problem - Komplexe, ich hatte Komplexe; schon seit Kindheit, das Thema war Tabu, das ist was Ungutes“ (Interviewte Nr. 1, **Tabelle10**).

Das allgemeine Desinteresse, die passive Haltung der GUS-Immigranten dem Thema HIV/AIDS gegenüber und Ängste der GUS-Immigranten unter dem Verdacht zu stehen „etwas mit dem Problem zu tun haben“, erschweren die HIV/AIDS-Präventionsarbeit.

Die Mehrheit der interviewten GUS-Immigranten hat auch berichtet, dass in ihren Herkunftsländern ausreichend Information und Werbung zur Aufklärung über HIV/AIDS in Form von Plakaten, Broschüren, Werbespots im Fernsehen oder Radio geben würde:

- „... TV, Radio, überall spricht man viel darüber [über HIV/AIDS]. Jetzt werden bei uns viele Werbespots im Fernsehen gezeigt [...] Oft, den ganzen Tag vielleicht 5 oder 6 [Werbespots über HIV/AIDS] und auf verschiedenen Kanälen“ (Interviewte Nr. V, **Tabelle 10**).

- „Wenn du durch die Stadt fährst, dann sieht man es. Hauptsächlich sind diese Plakate in den Krankenhäusern, irgendwo an öffentlichen Stellen wie z.B. in den Geschäften liegen entweder die Plakate oder die Broschüren“ (Interviewte Nr. III, **Tabelle10**).

- „Bei uns gibt es sehr viel Werbung darüber [HIV/AIDS], nur das Problem ist, sie sagen: „Möchten Sie mehr darüber wissen, dann rufen Sie uns an“. [...] Auf den Strassen habe ich keine Werbung gesehen. Nur im Fernseher. [...] In Krankenhäusern gibt es natürlich diese Information – die Broschüren und die Plakate“ (Interviewte Nr. IV, **Tabelle 10**).

- „... in Weißrussland läuft viel öfter die Werbung über HIV/AIDS im Fernsehen, es gibt auch Plakate. Plakate befinden sich in öffentlichen Verkehrsmitteln, nicht große, sondern kompakte Plakate; z.B. stehst du, hältst dich fest und liest – sehr praktisch. Sehr viele“ (Interviewte Nr. I, **Tabelle 10**).

Die interviewten GUS-Immigranten meinten, dass in Deutschland im Vergleich mit ihren Herkunftsländern etwas weniger Werbung über HIV/AIDS zu sehen wäre:

- „*Werbung über HIV/AIDS habe ich hier [in Deutschland] nicht gesehen. [...] Ich habe nur die Plakate auf der Straße gesehen. Sonst im Fernsehen habe ich nichts gesehen*“ (Interviewte Nr. I, **Tabelle 10**).

- „... *hier [in Deutschland] habe ich keine Werbe-Spots [zum Thema HIV/AIDS] gesehen. Vielleicht sehe ich zu wenig fern*“ (Interviewte Nr. V, **Tabelle 10**).

Einige wenige Befragte haben die Erfahrung mit der deutschen HIV/AIDS-Werbung gemacht:

- „*Auf dem Bahnhof [Plakate zum Thema HIV/AIDS gesehen]. Große Plakate*“ (Interviewter Nr. II, **Tabelle 10**).

- „*Das [die Werbung zum Thema HIV/AIDS] habe ich gesehen, aber ich verstehe nicht, was dort geschrieben ist. [...] Für mich ist es sehr schwer, weil ich sehr wenig verstehe*“ (Interviewte Nr. IV, **Tabelle 10**).

Mit Sexualerziehung und HIV-Prävention als Unterricht in der Schule haben nur wenige Interviewte in ihren Herkunftsländern Erfahrungen gemacht. Die HIV-Prävention in Form einer Vorlesung in der Schule war/ist in vielen Ländern der ehemaligen Sowjetunion nicht populär. Die jüngste Interviewte (Nr. IV, **Tabelle 10**) konnte sich an solche aufklärende Veranstaltungen erinnern:

- „*Bei uns in der Schule wurden jedes Jahr die älteren Schüler in einem großen Saal gesammelt und es wurden Vorlesungen gehalten. In der Schule oder in einem Kinotheater... Im Kinotheater wurden sogar die Filme gezeigt, es wurde über die Geburt der Kinder erzählt. Es wurden zuerst die Mädchen gesammelt, dann die Jungs. Es wurde uns über die Krankheiten erzählt, fast immer über AIDS: wie man sich schützen muss, dass die Pillen nicht besonders geeignet dafür wären – die seien gut gegen Schwangerschaft, noch besser wäre es ein Kondom zu benutzen. [...] Eigentlich sind alle dahin freiwillig gegangen, weil danach immer ein Film, öfters eine Komödie, gezeigt wurde. Wir wurden auf diese Weise „gekauft“. Ein Gynäkologe hat diesen Vortrag gehalten“.*

Es lässt sich sagen, dass interviewte GUS-Immigranten keinen Mangel an präventiven HIV-Botschaften in ihren Herkunftsländern sehen, dagegen werden gängige HIV/AIDS-Präventionsbotschaften in Deutschland von ihnen öfters entweder nicht bemerkt oder sie sind schwer zu verstehen.

IV. DISKUSSION

4.1 Fragebogen und Beantwortung

Der Fragebogen für diese Studie wurde aufgrund der publizierten nationalen und internationalen Befragungen zum Thema Wissen über HIV/AIDS erstellt, da bis jetzt keine Studien bei den GUS-Immigranten zu diesem Thema in Deutschland veröffentlicht wurden. Insgesamt erwies sich der Fragebogen als praktikabel, um die Fragen über soziodemographische Daten, das Wissen über HIV-Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion, Einstellung zum Thema HIV/AIDS und über das mögliche Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion, Informationsquellen über HIV/AIDS und Informiertheit über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland bei GUS-Immigranten zu erheben (**Anhang 4**).

Die Rücklaufquote der GUS-Immigranten ist zufrieden stellend (38,1 %), laut Jakob et al. (2000), liegt bei der Allgemeinbevölkerungsbefragung die Rücklaufquote zwischen 30 % und 40 %. Diekmann (2001) zufolge sind bei postalischen Befragungen häufig, je nach Zielgruppe, Rücklaufquoten nur um die 5 % zu erwarten.

Mehr als die Hälfte der befragten GUS-Immigranten haben aber doch nicht an dieser Befragung teilgenommen. Es könnte an dem Forschungsgegenstand gelegen haben. In dieser Immigrantengruppe sind die Sexualitätsthemen mit Scham verbunden und daher unangenehm. Außerdem wird laut Balabanova et al. (2006) das Thema HIV/AIDS z.B. in Russland sehr tabuisiert.

Es kann festgestellt werden, dass die Zahl der zurückgeschickten Fragebögen in den Wohnheimen größer war, in denen der Heimleiter/die Heimleiterin einen guten Kontakt zu den Bewohnern hatten, was unsere Befragung von jüdischen Kontingentflüchtlingen in Augsburg gezeigt hat. Mit der Unterstützung und dem Engagement des Heimleiters erreichte die Antwortenquote bei dieser Befragung 70 %. Der Heimleiter aus Augsburg meinte, dass gute Beziehungen zwischen den Heimleitern und Bewohnern eine große Rolle für die aktive Teilnahme der Heimbewohner an der Befragung spielen würden. Der Heimleiter hat „gut angesehene“ und aktive GUS-Immigrantenfamilien darum gebeten, bei der Befragung mitzuhelfen und die anderen Bewohner zu motivieren, an der Befragung teilzunehmen.

Die Antwortenquote auf einzelne Fragen lag bei den GUS-Immigranten zwischen 100 % und 96,2 % (**Anhang 5**), ausgenommen die Frage über das Herkunftsland mit 89,4 %. Eine mögliche Erklärung liegt daran, dass sich die Befragten durch die Angabe ihres Herkunftslandes nicht mehr

anonym gefühlt hätten. Ältere GUS-Immigranten (etwa ab 50) und diejenige mit kürzerem Aufenthalt (bis zu einem Jahr) in Deutschland waren weniger bereit ihr Herkunftsland bei der Befragung anzugeben. Anscheinend war die ältere Generation misstrauisch gegenüber Befragungsanonymität, da sie im sozialistischen System der Sowjetunion aufgewachsen waren, in dem die Zusicherung der Anonymität nicht besonders glaubwürdig war. Es ist anzunehmen, dass die GUS-Immigranten mit kürzerem Aufenthalt etwas vorsichtiger mit der Antwort über das Herkunftsland waren, weil sich diese meistens in einer noch nicht geklärten rechtlichen und politischen Bleibesituation befinden. Eine andere Erklärung könnte auch daran liegen, dass besonders vor kurzem nach Deutschland Immigrierte etwas überrascht mit der Befragung zum Thema HIV/AIDS, das in GUS tabuisiert ist, waren.

Bei der Befragung in den privaten Haushalten durch die Mitglieder des Vereins „Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e.V.“ wurden in Bayern lebende Aussiedler erreicht, aber man konnte nicht genau kontrollieren, an wen und wie viele Fragebögen tatsächlich verteilt wurden. Es wird angenommen, dass alle versandten Fragebögen (n = 927) verteilt wurden. Bei der Befragung von den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen in den Wohnheimen ist dagegen die Zahl der verteilten und ausgefüllten Fragebögen bekannt.

Bei der Befragung von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen sowohl in den privaten Haushalten, als auch in den Wohnheimen könnte passiert sein, dass der Fragebogen von einem anderen Familienangehörigen oder Freunden etc. ausgefüllt worden ist; da die Erhebungssituation bei der postalischen Befragung nicht kontrollierbar ist [Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung, <http://www.fragebogen.de>].

Die Rücklaufquote der Kontrollgruppe (Patienten der dermatologischen Allgemeinambulanz) betrug 80,4 %. Die Rücklaufquote ist sehr hoch, was mit der Befragung in einer medizinischen Institution zu erklären ist, in der die Patienten auf einen Arzt warteten und währenddessen den Fragebogen ausfüllten. Diese Situation konnte quasi eine moralische Verpflichtung geschaffen haben, den Fragebogen doch auszufüllen, um die Erwartungen des Klinikpersonals zu erfüllen.

Die Antwortenquote auf einzelne Fragen erreichte in der Kontrollgruppe zwischen 100 % und 90,8 % (**Anhang 5**). Die Befragten der Kontrollgruppe haben auf mehr Fragen nicht geantwortet als die GUS-Immigranten. Dass der Zeitmangel eine Rolle dabei gespielt hat, scheint eher unwahrscheinlich: nötige Zeit für das Fragebogenausfüllen betrug höchstens 20 Min., die Wartezeit in der Allgemeinambulanz der Klinik dauert von 30 Min. bis zu 3 Stunden. Vielleicht war die Ausfüllsituation nicht ausreichend anonym. Besonders oft wurden die Fragen über HIV-

Übertragung (8,6 %), Schutz vor einer HIV-Infektion (8,1 %) und über erwünschte HIV/AIDS-Informationsquellen (9,2 %) ausgelassen.

Ein erheblicher Vorteil der Befragung der Kontrollgruppe in der Klinik lag in der Ausschließung des Fragebogenausfüllens durch eine dritte Person, da die Patienten meist alleine in die Klinik kommen.

Um zu erforschen, ob die Größe des Herkunftsortes (städtisch/ländlich) eine Rolle beim Wissen und bei der Einstellung hinsichtlich HIV/AIDS spielt und ob die Immigranten über eine anonyme und kostenlose HIV-Testdurchführung in Deutschland informiert sind, könnte der Fragebogen für weitere Befragungsstudien durch diese Fragen ergänzt werden.

4.2 Einstellung zum Thema HIV/AIDS

Das Thema HIV/AIDS war für mehr Aussiedler (30,7 %) als für jüdische Kontingentflüchtlinge (17,6 %) „sehr wichtig“. Aber Kontingentflüchtlinge fühlten sich besser über das Thema HIV-Infektion und –Prävention informiert, obwohl der Mittelwert des HIV/AIDS-Risikowissensindex in beiden Gruppen sehr ähnlich war (Aussiedler – 2,42, Kontingentflüchtlinge – 2,47, $p > 0,05$). Eine mögliche Erklärung für diese subjektive Überzeugung bezüglich des Wissensniveaus über HIV/AIDS bei den Kontingentflüchtlingen könnte an deren höherem Ausbildungsgrad liegen. Mehr als doppelt so viele hatten eine Universitätsausbildung (**Tabelle 4**).

Etwas weniger GUS-Immigranten (28,1 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (35,5 %) fanden das Thema HIV/AIDS „sehr wichtig“. Weniger GUS-Immigranten (11,3 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (21 %) fühlten sich „sehr gut“ über das Thema informiert und mehr GUS-Immigranten dachten, sie seien „schlecht“ darüber informiert (22,7 % vs. 12,8 %). Diese Selbsteinschätzung über die HIV/AIDS-Informiertheit der GUS-Immigranten war objektiv, da der Mittelwert des HIV/AIDS-Risikowissensindex signifikant niedriger (schlechter) war als in der Kontrollgruppe (**Anhang 7.2**).

Von 20 % bis zu 37 % mehr GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe waren überzeugt, dass Drogenabhängige, Prostituierte und Homosexuelle HIV/AIDS-Risikogruppen darstellen. Dass HIV/AIDS alle Menschen treffen könnte, meinten nur 15 % GUS-Immigranten, aber fast die Hälfte der Kontrollgruppe (**Abbildung 19**). Einerseits zeigt dies, dass GUS-Immigranten die HIV/AIDS-Risikogruppen sehr gut kennen, aber andererseits verfügen sie über ein niedrigeres HIV/AIDS-Risikobewusstsein, weil sie kaum eine Gefahr für nicht HIV/AIDS-Risikogruppen sehen eine HIV-Infektion zu erwerben. Auch eine in Russland durchgeführte

Interviewstudie von Balabanova et al. (2006) hat gezeigt, dass die allgemeine Population die HIV-Infektion in Verbindung mit Drogenabhängigen und diejenigen mit promiskuer Lebensweise bringt. Vielleicht sprechen deshalb auch GUS-Immigranten (33,7 %) seltener über das Thema HIV/AIDS mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin als die Kontrollgruppe (52,3 %) (**Tabelle 8**). Es ist allgemein bekannt, dass das Thema Sex in der Sowjetunion ein Tabu war: „... the Soviet people’s sexual behaviour is the best kept state secret of all time“ [Kon & Riordan 1993:27].

Manche interviewten GUS-Immigranten haben erzählt, dass sie nie die mit Sexualität verbundenen Themen mit ihren Eltern oder Freunden besprochen haben: „... *was unten [Unterleib] ist, die Geschlechtskrankheiten, wie man ein Kondom benutzt – solche Sachen haben wir nicht besprochen. Sogar mit meiner Schwester habe ich darüber nicht gesprochen, ich habe mich geschämt. Das ist eben das Problem - Komplexe, ich hatte Komplexe; schon seit Kindheit, das Thema war Tabu, das ist was Ungutes*“ (Interviewte Nr. I, **Tabelle 10**).

Die Analyse der soziodemografischen Daten zeigt, dass über die Hälfte der GUS-Immigranten (63,8 %) verheiratet waren, so dass das Thema HIV/AIDS für Verheiratete nicht unbedingt aktuell ist.

Denkbar wäre auch, dass vielleicht die Religion das Sprechen über das HIV/AIDS-Thema, das bei vielen GUS-Immigranten mit Scham verbunden ist, beeinflusst. Alle GUS-Immigranten haben eine Religionszugehörigkeit angegeben, in der Kontrollgruppe dagegen gehörten fast 30 % zur keiner Religionsgemeinschaft. Aber es ist schwierig hier eine eindeutige Schlussfolgerung zu ziehen, da es keine GUS-Immigranten gab, die keiner Religionsgemeinschaft angehörten, um sie mit denjenigen, die eine Religionszugehörigkeit angegeben haben, vergleichen zu können. Es kann trotzdem nicht ausgeschlossen werden, dass der Glaube doch eine Rolle bei der Bereitschaft über HIV/AIDS zu sprechen in der GUS-Immigrantengruppe spielt.

Beim Verdacht auf eine HIV-Infektion würden weniger GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe einen Arzt aufsuchen (75 % vs. 94,8 %) und mit dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin darüber sprechen (32,7 % vs. 47,4 %). Wenn man sich an die von GUS-Immigranten angegebenen HIV/AIDS-Risikogruppen erinnert, stellt sich die Frage: Warum sollte ein GUS-Immigrant beim Verdacht auf eine HIV-Infektion zu einem Arzt gehen, wenn er keiner HIV/AIDS-Risikogruppe angehört, sozusagen „sauber“ ist?: *“Even tuberculosis is such a serious disease – but you know it is sort of “clean disease”, we are used to it. And HIV – is a “dirty disease”*“, meinte eine interviewte Frau aus der Studie von Balabanova et al. (2006:849).

Es ist aber interessant, dass beim Verdacht auf eine HIV-Infektion mehr GUS-Immigranten als die Kontrollgruppe in die psychosoziale AIDS-Beratungsstelle oder AIDS-Hilfe zu gehen bereit wären (38,3 % vs. 29,4 %), aber nur 22,1 % von denen, die in diese Einrichtungen gehen würden, über ihre Existenz in Deutschland wussten. Vielleicht liegt es daran, dass es in der ehemaligen Sowjetunion und heutzutage in GUS keine AIDS-Beratungsstellen im Sinne der deutschen Beratungsstellen gibt, ein Arzt ist dort die Vertrauensperson [Kouznetsov² et al. 2004]. Die Bereitschaft der GUS-Immigranten tatsächlich eine psychosoziale AIDS-Beratungsstelle aufzusuchen oder diese Antwortalternative zu wählen, könnte auch daran liegen, dass die Immigranten aufgrund ihrer Unsicherheit und Eingliederungswünsche hier zu sozialer Erwünschtheit geprägtes Antworten tendieren [Masumbuku 1995].

Im Fall eines positiven HIV-Test-Ergebnisses würden mehr GUS-Immigranten (33,8 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (19,5 %) auf Sexualverkehr verzichten, weniger von den GUS-Immigranten (41,4 % vs. 64,7 %) würden beim Geschlechtsverkehr ein Kondom benutzen und weniger von denen (24,3 % vs. 62,2 %) würden dem Sexualpartner/der Sexualpartnerin informieren. Hier spiegelt sich die Angst vor Stigmatisierung, sozialer Zurückweisung sowie die Furcht als sexuell promisk angesehen zu werden, wider. Diese Einstellung könnte eine Gefahr für den Sexualpartner/die Sexualpartnerin bedeuten.

Die Korrelation zwischen den soziodemografischen Daten und dem potenziellen Verhalten im Fall eines positiven HIV-Test-Ergebnisses hat kein eindeutiges Profil des Befragten ergeben, der sich so oder anders im Fall eines positiven HIV-Test-Ergebnisses verhalten würde.

Manche GUS-Immigranten haben Kommentare zum Thema HIV/AIDS auf den Fragebögen hinterlassen, die ihre Einstellung zum Thema widerspiegeln. Die GUS-Immigranten äußerten sich über HIV-Prävention von der Seite verschiedener Institutionen, aber nicht über Eigenverantwortung. Eine 65jährige Immigrantin aus Moldawien hat auf ihrem Fragebogen hinsichtlich der HIV/AIDS-Prävention geschrieben: *„Man soll ein gesundes Lebensstil propagieren und allgemeine Kultur erhöhen, keinen Sex und andere schlimme Dinge im Fernsehen werben, die eigentlich der nachwachsenden Generation schaden! Welche Generation löst uns ab?“* und *„Das ist die Kultur der Gesellschaft und das gesunde Lebensstil. Es ist die totale Prävention von der Seite UNESCO, WHO und anderen Institutionen, die mit der Bevölkerung arbeiten, notwendig“*. Bei der Frage über HIV-Übertragung hat sie gemeint: *„Es ist bedauerlich, aber viele HIV-Infizierungsfälle passieren eben in den medizinischen Einrichtungen – so war es mehr bei uns, in GUS, wie es hier ist, weiß ich nicht, aber trotzdem es ist besser sich möglichst selten an die Ärzten zu wenden“*. Hier wird das „uralte“ Wissen über HIV-Übertragung

in den medizinischen Einrichtungen offensichtlich, welches in Deutschland und in meisten GU-Staaten heutzutage nicht mehr aktuell ist.

Auf einen positiven HIV-Test würden einige Befragten folgendermaßen reagieren: „*Das ist schrecklich – besser Gift einnehmen*“ (65jährige Immigrantin aus Moldawien) oder „*Am liebsten sterben*“ (40jähriger Immigrant aus Kasachstan). Hier wird noch mal offensichtlich, dass manche GUS-Immigranten über HIV-Behandlungsmöglichkeiten nicht informiert sind oder die Angst vor den Folgen einer Ansteckung mit einer HIV-Infektion so groß ist, dass man bereit ist, sich das Leben zu nehmen.

Eine 53jährige Immigrantin aus Kasachstan, die freiwillig auf ihren Beruf als Krankenschwester hingewiesen hat, hat gemeint, dass eine HIV-Infektion über das Küssen, beim Friseur/Maniküre übertragbar sei und dass es Impfungen gegen HIV gäbe. Einerseits, sollte eine Krankenschwester über ein bestimmtes Wissen bezüglich HIV-Infektion und –Prävention verfügen; andererseits zeigt es auch das Ausbildungsniveau des medizinischen Pflegepersonals im Herkunftsland.

Aus den Interviews mit den HIV-positiven GUS-Immigranten wird besonders deutlich, dass über das Thema HIV/AIDS in deren nächster Umgebung nicht gesprochen und die Diagnose „HIV-positiv“ geheim gehalten wird. Es ist Angst der HIV-Positiven von den Angehörigen und Freunden verstoßen zu werden.

4.3 Informationsquellen

Die gängigsten HIV/AIDS-Informationsquellen sowohl bei den Aussiedlern, als auch bei den jüdischen Kontingentflüchtlingen waren Fernsehen, Zeitungen und Informationsbroschüren. Die Mehrheit der Aussiedler (92,5 %) und Kontingentflüchtlinge (99,1 %) informierte sich über HIV/AIDS auf Russisch in ihren Herkunftsländern; 27,7 % Aussiedler und 6,6 % Kontingentflüchtlinge nannten auch Deutsch als die Sprache, in der sie sich über HIV/AIDS informiert haben. Es wäre damit zu erklären, dass die Aufenthaltsdauer der befragten Aussiedler in dieser Studie länger als die der Kontingentflüchtlinge war.

Mehr GUS-Immigranten im Vergleich zur Kontrollgruppe nannten Informationsbroschüren (57,2 % vs. 47,0 %), Plakate (49,9 % vs. 44,2 %) und Bücher (21,4 % vs. 14,0 %) als HIV/AIDS-Informationsquellen, aber weniger (12,2 % vs. 18,9 %) benutzten dafür das Internet. Es ist anzunehmen, dass in vielen GU-Staaten, besonders in den dörflichen Regionen, nur ein begrenzter Internetzugang vorhanden ist.

Die meist gewünschten Informationsquellen über HIV/AIDS waren in der Immigrantengruppe Fernsehen (etwa 60 %), Informationsbroschüren (über 50 %) und Aufklärung durch einen Arzt (etwa 40 %). Über 30 % der GUS-Immigranten haben sich Informationsvorträge über HIV/AIDS gewünscht, aber wie die Praxis gezeigt hat, sind die Informationsvorträge zum Thema HIV/AIDS als Präventionsmaßnahme für diese Immigrantengruppe nicht geeignet. In eine von der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München organisierte Informationsveranstaltung über HIV/AIDS auf Russisch im Jahr 2007 ist kein einziger Interessent erschienen, obwohl die Information darüber durch lokale russische Zeitungen wie „München Plus“, „Bavarskij vestnik“ und die deutsche Zeitung „Süddeutsche Zeitung“ sowie durch russische Kultusorganisationen („Tolstoi Hilfs- und Kulturwerk e.V.“, „Der neue Russische Klub“, Verein „Gorod“) und die Israelitische Kultus Gemeinde in München sowie in einer Russischen Diskothek in München verbreitet wurde.

Es wurde in den Interviews explizit der Frage über HIV/AIDS-Werbung nachgegangen, weil nicht selten bei den verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen bezüglich HIV/AIDS der Eindruck vermittelt wird, dass es in den GU-Staaten kaum öffentliche Werbung über HIV/AIDS gibt. Fast alle interviewten GUS-Immigranten waren der Meinung, dass es genügend HIV/AIDS-Werbung in deren Herkunftsländern gibt. Auch nach UNAIDS Angaben wurden im Jahr 2005 z.B. in der Ukraine 38.231 Stunden Information über HIV/AIDS durch Nationalradio und – Fernsehen ausgestrahlt (National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS 2005). GUS-Immigranten haben über die Verständigungsprobleme bezüglich der HIV/AIDS-Präventionsbotschaften in Deutschland berichtet: entweder erregen diese Botschaften ihre Aufmerksamkeit nicht oder sie sind wegen mangelnder Deutschkenntnis nur schwer zu verstehen. Es lässt sich sagen, dass sich die GUS-Immigranten von den konventionellen HIV/AIDS-Präventionsbotschaften in Deutschland kaum angesprochen fühlen.

4.4 Wissen über HIV-Infektion und -Prävention

Es bestand kaum ein Unterschied zwischen den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen hinsichtlich des Wissens über HIV-Infektion und –Prävention.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe verfügten die GUS-Immigranten über ein ausreichendes Wissen bezüglich der HIV-Übertragung durch Spritzen/Nadeln (96,5 % GUS-Immigranten vs. 95,3 % Kontrollgruppe), Vaginalverkehr (entsprechend 83,4 % vs. 87,4 %) und von der HIV-positiven Mutter auf das Kind (78,5 % vs. 78,2 %). Das Wissen über HIV-Übertragung durch kontaminierte Spritzen/Nadeln (96,5 % GUS-Immigranten, Kontrollgruppe 95,3 %) hat sich in

den GUS-Immigranten stärker eingeprägt als durch Vaginalverkehr (entsprechend 83,4 % und 87,4 %), obwohl für jemanden, der kein i.v.- Drogenkonsument ist, keine Gefahr besteht, auf diesem Wege HIV zu erwerben.

Der größte Teil der GUS-Immigranten (91,8 %) sowie der Kontrollgruppe (97,8 %) war über die schützende Funktion eines Kondoms informiert. Es fehlt den GUS-Immigranten aber das Wissen über HIV-Übertragung durch einzelne sexuelle Praktiken wie Anal- und Oralverkehr. Im Angesicht der steigenden Zahl der HIV-Übertragung durch den sexuellen Geschlechtsverkehr in GUS [UNAIDS⁵ 2006], könnten diese Wissenslücken eine Gefahr für die in die Herkunftsländer reisenden GUS-Immigranten bedeuten.

Die Mythen bezüglich der HIV-Übertragung wie z.B. durch soziale Kontakte, Besuch eines öffentlichen Schwimmbads oder einer Sauna sowie Insektenstiche, an den 5-35 % (abhängig von der Frage) der GUS-Immigranten glaubten, beeinflusst nicht das HIV/AIDS-Risikoverhalten, sondern mindert die Lebensqualität, z.B. in der Familie eines HIV-Positiven und verstärkt die Stigmatisierung der HIV-Positiven im Allgemeinen.

„Treu sein“ und eine Impfung gegen HIV/AIDS als Schutz vor einer HIV-Infektion erwähnten mehr GUS-Immigranten (68,0 %, 16,6 %) als die Kontrollgruppe (58,0 %, 4,1 %). Im Vergleich mit einer Migrantenbefragung aus dem Jahr 2003 in fünf Europäischen Ländern [Robert-Koch-Institut 2004], darunter auch in Deutschland, waren die befragten GUS-Immigranten besser informiert als die Migranten in Deutschland in der europäischen Studie: 77 % der Befragten aus der europäischen Studie und 96,5 % GUS-Immigranten nannten kontaminierte Nadel, entsprechend 32 % und 17,6 % das Küssen, und 13 % und fast 7 % gemeinsames Benutzen von Geschirr als HIV-Übertragungsweg. Es könnte vielleicht daran liegen, dass in der europäischen Studie auch die illegalen Migranten befragt wurden, die meistens wegen ihrem illegalen Aufenthaltsstatus einen beschränkten Zugang zum Gesundheitswesen haben [Immigranten und HIV/AIDS 2003] und von den gängigen HIV-Prävention kaum erreicht werden.

Die befragten Universitätsstudenten in einer Studie über HIV/AIDS aus Armenien [Babikian et al. 2004] waren weniger über HIV/AIDS informiert als die GUS-Immigranten: 41 % der Befragten aus Armenien meinten, dass HIV heilbar sei, bei GUS-Immigranten waren es 6,8 %; entsprechend 44 % und 5,5 % nannten das Benutzen von öffentlichen Toiletten als HIV-Übertragungsweg. Von den GUS-Immigranten kamen nur zwei Personen (0,5 %) aus Armenien, die Mehrheit der Befragten kam aus Russland, Ukraine und Kasachstan. Könnte man hier über die Wissensunterschiede bezüglich HIV/AIDS zwischen den GU-Staaten sprechen? Es ist anzunehmen, dass GUS-Immigranten aus den näher Europa liegenden GU-Staaten über das

höhere HIV/AIDS-Wissen verfügen als die einheimische Bevölkerung in Armenien, d.h. in den asiatischen GUS.

Der HIV/AIDS-Risikowissensindex war signifikant von dem Alter, der Ausbildung und sozialem Status bei den GUS-Immigranten abhängig. Die älteren GUS-Immigranten waren weniger über das HIV/AIDS-Risiken informiert; diejenige mit höherem Ausbildungsgrad sowie Schüler/Studenten verfügten über das höhere Wissen bezüglich der HIV-Übertragung und – Prävention. Die Arbeitslosen hatten einen etwas höheren HIV/AIDS-Risikowissensindex als Arbeitende. Es muss hier aber hingewiesen werden, dass der Status „arbeitslos“ bei den GUS-Immigranten nicht äquivalent dem Arbeitslosenstatus eines Einheimischen ist: Die Mehrheit der GUS-Immigranten verfügen über sehr gute Ausbildung, aber sie sind meistens wegen mangelnder Deutschkenntnis und Nicht-Anerkennung der Ausbildungen arbeitslos [Migrationsbericht 2004; Gruber et al. 2002].

Es ist interessant, dass der HIV/AIDS-Risikowissensindex bei den Aussiedlern von ihrer Aufenthaltsdauer abhängig war: vor kurzem angekommene Aussiedler waren am besten und vor vier Jahren Angekommene am wenigsten über HIV/AIDS-Risikoverhalten informiert. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass gerade angekommene Aussiedler ein in ihren Herkunftsländern relativ hohes erworbenes Wissen über HIV/AIDS mit sich bringen, die in Deutschland länger lebende Aussiedler über ein „veraltetes“ HIV/AIDS-Wissen verfügen, da sie von der konventionellen HIV-Prävention in Deutschland meistens nicht angesprochen werden.

V. AUSBLICK

Diese Untersuchung hat als erste in Deutschland die Einstellung zum Thema HIV/AIDS, das Wissen über HIV-Infektion und -Prävention, das Verhalten „beim Verdacht“ auf eine HIV-Infektion oder bei diagnostizierter HIV-Infektion, Informationsquellen über HIV/AIDS und die Informiertheit über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen in Deutschland in einer der größten Zuwanderergruppe (Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge aus der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten) erforscht.

Es zeigte sich, dass sich das Wissen über HIV-Infektion und -Prävention zwischen den Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen kaum unterscheidet. Die GUS-Immigranten waren sehr gut über HIV-Übertragungsrisiko durch kontaminierte Spritzen/Nadeln, Vaginalverkehr und über die vertikale HIV-Übertragung informiert. Es fehlt ihnen aber das Wissen der HIV-Übertragung durch sexuelle Praktiken wie Anal- und Oralverkehr und sie haben vermehrt falsche Einstellungen bezüglich der HIV-Übertragung durch soziale Kontakte, beim Benutzen des öffentlichen Schwimmbades oder Sauna sowie durch Insektenstiche. Dass Kondome und das Benutzen einmaliger Spritzen/Nadeln vor einer HIV-Infektion schützt, wusste der größte Teil der befragten Immigranten. Der HIV/AIDS-Risikowissensindex war bei den Immigranten von dem Alter, der Ausbildung und dem sozialen Status abhängig. Geschlecht, Familienstand, Herkunftsland und Religionszugehörigkeit spielten keine Rolle. Bei den Aussiedlern war der HIV/AIDS-Risikowissensindex von der Aufenthaltsdauer in Deutschland abhängig: Vor kurzem eingereiste Aussiedler waren am besten über HIV-Infektion und -Prävention informiert.

Es lässt sich zusammenfassen, dass bei der HIV-Aufklärung soziodemographische Merkmale wie Alter, Ausbildung, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer berücksichtigt werden sollten und explizit auf die Aufklärung der HIV-Übertragung durch einzelne sexuelle Praktiken eingegangen werden sollte.

Aus den Interviews mit den GUS-Immigranten geht hervor, dass sie gegenüber dem Thema HIV/AIDS sehr verschlossen sind, dass das Thema tabuisiert und in Verbindung mit negativen Bedeutungen gebracht wird. Die Tabuisierung des Themas HIV/AIDS stellt eine Barriere für die erfolgreiche Durchführung der HIV/AIDS-Aufklärungsarbeit bei den GUS-Immigranten in Deutschland dar.

Immigranten sollten in die HIV/AIDS-Präventionsarbeit involviert werden. Laut Strittmatter et al. es ist wichtig, dass die Präventionsangebote auf Lebensweise, das Milieu, die Sprache der

Zielgruppe ausgerichtet sind und dass die Zielgruppen an der Planung und Gestaltung der Präventionsmaßnahmen beteiligt werden müssen [Strittmatter et al. 1996]. Im Bundesgesundheitsblatt (2006) wird auch betont, dass ...“Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund als die entscheidenden „Türöffner“ und kommunikativen Brücken zwischen Projektmitarbeitenden ohne Migrationshintergrund und der Zielgruppe hervorgehoben werden“ [Bunge et al. 2006:894-895]. Beschäftigung der qualifizierten Fachkräfte aus den Migrantenkreisen an immigrantenbezogenen HIV/AIDS-Projekten würde helfen, bei der HIV/AIDS-Präventionsarbeit die soziokulturellen Faktoren und Hintergründe der Zielgruppe besser zu verstehen und dadurch die HIV/AIDS-Präventionsbotschaften besser der Zielgruppe anzupassen.

Für die HIV/AIDS-Präventionsarbeit bei den GUS-Immigranten ist Folgendes vorzuschlagen:

1. Enttabuisierung des Themas HIV/AIDS und Sensibilisierung für das Thema;
2. Aufklärung über HIV-Übertragung durch Anal- und Oralverkehr sowie über die HIV-Übertragungsmisverständnisse;
3. Aktive Verteilung von Informationen und Materialien über HIV/AIDS und andere Geschlechtskrankheiten sowie über Hilfsangebote, Behandlungsmöglichkeiten und AIDS-Beratungsstellen auf Russisch bei der Registrierung der GUS-Immigranten in Deutschland; obligatorische HIV/AIDS-Aufklärungsunterricht im Integrations- und Sprachkurs;
4. Einbeziehung des russischsprachigen Netzes aus Kommunen, Gemeinden und Organisationen in Deutschland, der Wohnheimleiter/-Leiterinnen in die HIV/AIDS-Präventionsarbeit sowie der russischsprachigen klinisch-tätigen Ärzten und Krankenschwestern aus GUS-Migrantenkreis.

LITERATURVERZEICHNIS

1. AIDS Foundation East-West (2006): Officially registered HIV cases in Russian Federation 1 January 1987 through 31 December 2006 (based on data from Russian Federal AIDS Centre)
2. Amirkhanian YA, Kelly JA, Issayev DD (2001): AIDS knowledge, attitudes, and behaviour in Russia: results of a population-based, random-digit telephone survey in St Petersburg. *Int J STD AIDS* 12: 50-57
3. Aparicio ML, Döring A, Mielck A, Holle R, KORA Studiengruppe (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz Präventivmed* 50: 107-118
4. Atlani L, Carael M, Burnet JB, Frasca T, Chaika N (2000): Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic. *Soc Sci Med* 50: 1547-1556
5. Axmann A (1998): Eastern Europe and Community of Independent States. *Int Migr* 36: 587-607
6. Baaden A (1997): Konzepte und Modelle zur Integration von Aussiedlern. Verlag A. Spitz, Berlin
7. Babikian T, Freier M-C, Hopkins GL, DiClemente R, BcBridge D, Riggs M (2004): An Assessment of HIV/AIDS Risk in Higher Education Students in Yerevan, Armenia. *AIDS Behav* 8: 47-61
8. Balabanova Y, Coker R, Atun RA, Drobniewski F (2006): Stigma and HIV infection in Russia. *AIDS Care* 18: 846-852
9. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006): Statistik Spätaussiedler und deren Angehörige [<http://www.stmas.bayern.de/migration/aussiedler/statistik.htm>], Stand: 02.06.2006
10. Beauftragte der Bundesregierung für Aussiedlerfragen, Anstöße zum Thema Integration II. Eckpunkte für eine Integrationsgesetzgebung, 2001. *Zeitschr Ausländerrecht Ausländerpolitik (ZAR)* 2002, 3: 95-98
11. Bonferroni Methode [<http://de.wikipedia.org/wiki/Bonferroni-Methode>], Stand 24.08.2007
12. Bourque LB, Fielder EP (1995): How to conduct self-administered and mail surveys. Thousand Oaks, CA: Sage
13. Bortz J, Döring N (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
14. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005): Jüdische Zuwanderer: Verfahren zur Aufnahme jüdischer Zuwanderer aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion mit Ausnahme der baltischen Staaten, [http://www.bamf.de/nn_566324/DE/Integration/JuedischeZuwanderer/juedische-zuwanderer-node.html_nnn=true], Stand: 12.06.2006
15. Bundesministerium des Innern¹ (2006): Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik, Jüdische Zuwanderung, [http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2005/Zuwanderungspolitik_und_Zuwanderungsrecht_de,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zuwanderungspolitik_und_Zuwanderungsrecht_de.pdf], Stand: 11.06.2006
16. Bundesministerium des Innern² (2006): Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik, Spätaussiedler [<http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/>

- 2005/Zuwanderungspolitik__und__Zuwanderungsrecht__de,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zuwanderungspolitik__und__Zuwanderungsrecht__de.pdf], Stand: 11.06.2006
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005
 18. Bunge C, Meyer-Nürnberger M, Kilian H (2006): Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund. Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 9: 893-897
 19. Burruano L, Seydel J (2006): Die Ausbreitung von HIV/Aids in der Ukraine. *Gesundheitswesen* 68: 571-574
 20. Bühl A, Zöfel P (2005): SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Pearson Studium München
 21. Country report of the Russian Federation on the implementation of the declaration on commitment on HIV/AIDS, Reporting Period: January 2003 – December 2005 [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_russianfederation_en.pdf], Stand: 18.10.2006
 22. Dausch W (1990): Die Deutschen in der Sowjetunion: Warum kommen sie jetzt? In: Fremd in der Heimat. Aussiedler aus Ost- und Südosteuropa unterwegs nach Deutschland. Laumann – Verlagsgesellschaft, Dülmen/Westfalen, S. 58-90
 23. Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), Republic of Moldova, Reporting Period: January 2003 – December 2005, http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_moldova_en.pdf, Stand: 18.10.2006
 24. Dehne KL, Pokrovskiy V, Kobyshcha Y, Schwartlander B (2000): Update on the epidemics of HIV and other sexually transmitted infections in the newly independent states of the former Soviet Union. *AIDS* 14 Suppl 3: 75-84
 25. Deskriptive Statistik [http://deskriptive_statistik.know-library.net/] Stand 15.03.2007
 26. Diekmann A (2001): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinberg bei Hamburg
 27. Dietz B (1997): Aussiedler in der Bundesrepublik Deutschland. Ein politisches Integrationskonzept fehlt und Mittelkürzungen gefährden die Integration. *iza Zeitschr Migr und Soz Arbeit* 1: 58-61
 28. Dietz B (1993): Russlanddeutsche: Unbekannte im Osten; Geschichte, Situation, Zukunftsperspektiven. Olzog, München
 29. Dinkel RH, Lebok UH (1997): The Fertility of migrants before and after crossing the border: the ethnic German population from the former Soviet Union as a case study. *Int Migr* 35: 253-270
 30. Eisfeld A (1986): Die Deutschen in Russland und in der Sowjetunion. Österreichische Landsmannschaft, Wien
 31. Elsing C, Musial F, Enck P, Arendt G, Erckenbrecht JF, Strohmeyer G (1991): Sexualverhalten und Wissen von Studenten über AIDS. *Dtsch Med Wochenschr* 116: 528-534
 32. Embacher H (2003): Die verschiedenen jüdischen Einwanderungswellen aus Russland und der Sowjetunion nach Deutschland. In: Gesellschaft für Förderung jüdischer Kultur und

- Tradition e.V. (Hrsg). Juden in der ehemaligen Sowjetunion. Ihre Geschichte- ihre Gegenwart. Rist Satz & Druck GmbH, IImmünster, S. 38-41
33. Ford K, King G, Nerenberg L, Rojo C (2001): AIDS knowledge and risk behaviors among Midwest migrant farm workers. *AIDS Educ Prev* 13: 551-560
 34. Friedmann A (1993): Eine neue Heimat? Jüdische Emigranten und Emigranten aus der Sowjetunion. Verlag für Gesellschaftskritik, Wien
 35. Goodwin R, Kozlova A, Kwiatkowska A, Luu LAN, Nizharadze G, Ralo A, Külvet A, Rämmer A (2003): Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Soc Sci Med* 56: 1373-1384
 36. Goodwin R, Kozlova A, Nizharadze G, Polyakova G (2004): High-risk behaviors and beliefs and knowledge about HIV transmission among school and shelter children in Eastern Europe. *Sex Trans Dis* 31: 670-675
 37. Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, Hoek van den A (1999): HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands. *AIDS* 13: 1953-1962
 38. Gruber S, Rübler H (2002): Hochqualifiziert und Arbeitslos. Jüdische Kontingentflüchtlinge in Nordrhein-Westfalen. Problemaspekte ihrer beruflichen Integration. Eine empirische Studie. Opladen: Leske + Budrich, Hemsbach
 39. Gruber S, Rübler H (2002): Berufliche Integration jüdischer Kontingentflüchtlinge – bisher misslungen? *Zeitschr Ausländerrecht Ausländerpolitik (ZAR)*, 3: 94-100
 40. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1993) [<http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>], Stand: 11.06.2006
 41. Gündisch, K (1995): Deutsche in Ost- und Südosteuropa. Geschichtlicher Rückblick. In: Die Deutschen und ihre Nachbarn im Osten. Geschichte und Gegenwart. Heft 3. Schriftenreihe Haus der Heimat des Landes Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 9-23
 42. Haug S, Schimany P (2005): Jüdische Zuwanderer in Deutschland. Ein Überblick über den Stand der Forschung. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Working Papers 3 [http://www.bamf.de/clin_011/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/WorkingPapers/wp3-juedische-zuwanderer,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp3-juedische-zuwanderer.pdf], Stand: 02.11.2006
 43. Haug S, Zerger F (2006): Integrationskurse – erste Erfahrungen und Erkenntnisse einer Teilnehmerbefragung. Ein Projekt des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Abschlussbericht. Working Papers 5 [http://www.bamf.de/clin_011/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publicationen/Forschung/WorkingPapers/wp5-Integrationskurse,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp5-Integrationskurse.pdf], Stand: 28.03.2007
 44. Heller A (1992): Die Juden in Russland seit der Märzrevolution 1917 bis zur Gegenwart. Inaugural-Dissertation. Humboldt-Universität zu Berlin
 45. HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion und Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Bonn, 1. Juli 2005
 46. Immigranten und HIV/AIDS: HIV-Risiken, soziale Bedingungen und die Umorientierung gesundheitlicher und sozialer Dienste, 2003 [<http://www.crrps.org/allegati/70/file/DeutschHandbook.pdf>], Stand 12.05.2007

47. Jacob R, Eirnbter WH (2000): Allgemeine Bevölkerungsumfragen: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung mit Hilfen zur Erstellung von Fragebögen. Oldenbourg, Wien
48. Kalichman SC, Kelly JA, Sikkema KJ, Koslov AP, Shaboltas A, Granskaya J (2000): The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *Int J STD AIDS* 11: 71-75
49. Kappeler A (1987): Die Deutschen im Rahmen des zaristischen und sowjetischen Vielvölkerreiches. In: Kappeler A, Meissner B, Simon G (Hrsg). Die Deutschen im Russischen Reich und im Sowjetstaat. Markus Verlag, Köln, S. 9-20
50. Kelly JA, Amirkhanian YA (2003): The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Int J STD AIDS* 14: 361-371
51. Kessler J (1997): Jüdische Immigration seit 1990. Resümee einer Studie über 4.000 jüdische Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Berlin. *iza Zeitschr Migration und Soziale Arbeit* 1: 40-47
52. Klewer J, Kugler J (2000): Trends in Sexual Behavior among German Medical Students, 1991-1997. *Epidemiology* 4: 479
53. Kommos R (1938): Juden hinter Stalin. Die jüdische Vormachtstellung in der Sowjetunion, auf Grund amtlicher Sowjetquellen dargestellt, Lage und Aussichten. Nibelungen-Verlag, Berlin-Leipzig
54. Kon I, Riordan J (1993): Sex and Russian society. Indiana University Press, Bloomington, IN, USA
55. Kouznetsov¹ L, Kouznetsov AV, Wienecke R, Zippel S (2004): Social and cultural problems of HIV prevention in emigrants from the former USSR to Germany. 2nd Open Europe AIDS Conference "Europe and HIV/AIDS: new challenges, new opportunities" September 16-18, Vilnius, Lithuania, Vilnius Publishing House of the Lithuanian AIDS Centre, S. 45
56. Kouznetsov² AV, Kouznetsov L (2004): Gesundheit und Arzt-Patientenverhältnis der Migranten aus den GUS. In: Fragen und Probleme der medizinischen Versorgung und der HIV/AIDS-Prävention von MigrantInnen aus den GU-Staaten, Fachtag Münchner AIDS-Hilfe e.V., S. 5-9
57. Kyobutungi¹ C, Ronellenfitch U, Razum O, Becher H (2006): Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union in Germany. *Eur J Cancer* 42: 2577-2584
58. Kyobutungi² C, Ronellenfitch U, Razum O, Becher H (2006): Mortality from external causes among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union countries in Germany. *Eur J Public Health* 16: 376-382
59. Martijn C, de Vries NK, Voorham T, Brandsma J, Meis M, Hospers H (2004): The Effects of AIDS Prevention Programs by Lay Health Advisors for Migrants in The Netherlands. *Patient Educ Couns* 53: 157-165
60. Mayring P (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Psych.-Verlag-Union, München
61. Masumbuku JR (1995): Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderer aus den ehemaligen Ostblockländern. Deutscher Studien Verlag, Weinheim
62. McMunn AM, Mwanje R, Paine K, Pozniak AL (1998): Health service utilization in London's African migrant communities: implications for HIV prevention. *AIDS Care* 10: 453-462

63. Mertens L (1993): *Alija: die Emigration der Juden aus der UdSSR/GUS*. Brockmeyer, Bochum
64. Messmer M (1992): *Die Judenfrage in der Sowjetunion. Ideologische Voraussetzungen und politische Realität 1953-1989*. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz
65. Migrationsbericht 2005: Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, 2006 [http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2006/Migrationsbericht__2005,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Migrationsbericht_2005.pdf], Stand: 20.06.2006
66. Migrationsbericht 2004: Migrationsbericht des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration im Auftrag der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem europäischen Forum für Migrationsstudien (efms) an der Universität Bamberg, 2005 [<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/Anlagen/migrationsbericht-2004,property=publicationFile.pdf>], Stand: 22.05.2006
67. National Report on the Follow-up to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Ukraine, Reporting Period: January 2003 – December 2005 [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_ukraine_en.pdf], Stand: 18.10.2006
68. Oswald H, Proff P (1992): Sexuality and AIDS: attitudes and behaviors of adolescents in East and West Berlin. *J Adolesc* 15: 373-391
69. Radcliffe K (2005) Developing evidence-based guidelines for the management of sexually transmitted diseases in former Soviet Union countries. *Int J STD AIDS* 16: 589 – 593
70. Riek GA (2000): *Die Migrationsmotive der Russlanddeutschen. Eine Studie über die sozial-integrative, politische, ökonomische und ökologische Lage in Russland*. Ibidem-Verlag, Stuttgart
71. Robert-Koch-Institut (2004): Migration und HIV/AIDS-Prävention – eine interdisziplinäre Herausforderung. *Epidem Bull* 48: 416-417
72. Robert-Koch-Institut (2006): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Aktuelle epidemiologische Daten (Stand vom 01.03.2006). *Epidem Bull* II/2005, Sonderausgabe A
73. Ronellenfitch U, Razum O (2004): Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *Int J Equity Health* 13: 4
74. Ronellenfitch U, Kyobutungi C, Becher H, Razum O (2006): All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. *BMC Public Health* 26:16
75. Schoeps JH, Jasper W, Vogt B (1996): *Russische Juden in Deutschland. Integration und Selbstbehauptung in einem fremden Land*. Beltz Athenäa Verlag, Weinheim
76. Schoeps JH (1997): Russisch-jüdische Zuwanderer in Deutschland: Hoffnungen, Schwierigkeiten und Integrationsmaßnahmen. In: Frieling G (Hrsg). *Erwachsenenbildung und ethnische Minderheiten: Situation und Perspektiven im internationalen Überblick*. Agenda – Verlag, Münster, S. 140-152
77. Schoeps JH, Jasper W, Vogt B (1999): *Ein neues Judentum in Deutschland?* Potsdam
78. Schmitt-Rodermund E (1999): Zur Geschichte der Deutschen in den Ländern des ehemaligen Ostblocks. In: Silbereisen RK, Lantermann ED, Schmitt-Rodermund E (Hrsg). *Aussiedler in Deutschland: Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten*. Opladen : Leske + Budrich, Hemsbach, S. 49-66

79. Schreiner S (2003): Zwischen Hammer und Sichel. Anmerkungen zur jüdischen Geschichte und Kultur vom Zarenreich bis zu Stalins Zionismus. In: Gesellschaft für Förderung jüdischer Kultur und Tradition e.V. (Hrsg). Juden in der ehemaligen Sowjetunion. Ihre Geschichte- ihre Gegenwart. Rist Satz & Druck GmbH, IImmünster, S. 4-8
80. Sticken W (2002): Ökonomische, soziale, politische und rechtliche Aspekte der Integration osteuropäischer Juden. Diss. Universität Hannover
81. Stier W (1999): Empirische Forschungsmethoden. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
82. Strittmatter R, Bengel J (1996): Strategien und Konzepte der AIDS-Prävention. In: Bengel J (Hrsg). Risikoverhalten und Schutz vor AIDS: Wahrnehmung und Abwehr des HIV-Risikos: Situationen, Partnerinteraktionen, Schutzverhalten. Ed. Sigma, Berlin, S. 17-28
83. Theill O, Höveler S, Tangermann R, Wahn V (1993): Jugendliche und Aids: Sexualverhalten, Wissen und Einstellungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 141: 421-426
84. Tröster I (2003): Wann ist man integriert? Eine empirische Analyse zum Integrationsverständnis Russlanddeutscher. Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt a.M.
85. UNAIDS¹: Uniting the World against AIDS, Russian Federation (2005) [http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/russian_federation.asp], Stand: 08.02.2007
86. UNAIDS²: Uniting the World against AIDS, Ukraine (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/ukraine.asp>], Stand: 08.02.2007
87. UNAIDS³: Uniting the World against AIDS, Uzbekistan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/uzbekistan.asp>], Stand: 08.02.2007
88. UNAIDS⁴: Uniting the World against AIDS, Kazakhstan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/kazakhstan.asp>], Stand: 08.02.2007
89. UNAIDS⁵: Uniting the World against AIDS, Belarus (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/belarus.asp>], Stand: 08.02.2007
90. UNAIDS⁶: Uniting the World against AIDS, Azerbaijan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/azerbaijan.asp>], Stand: 08.02.2007
91. UNAIDS⁷: Uniting the World against AIDS, Tajikistan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/tajikistan.asp>], Stand: 08.02.2007
92. UNAIDS⁸: Uniting the World against AIDS, Kyrgyzstan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/kyrgyztan.asp>], Stand: 08.02.2007
93. UNAIDS⁹: Uniting the World against AIDS, Turkmenistan (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/turkmenistan.asp>], Stand: 08.02.2007
94. UNAIDS¹⁰: Uniting the World against AIDS, Georgia (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/georgia.asp>], Stand: 08.02.2007
95. UNAIDS¹¹: Uniting the World against AIDS, Moldova (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/moldova.asp>], Stand: 18.10.2006
96. UNAIDS¹²: Uniting the World against AIDS, Armenia (2005) [<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/armenia.asp>], Stand 08.02.2007
97. UNAIDS¹³: Eastern Europe and Central Asia. Fact sheet (2006) [http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/06-Eastern_Europe_and_Central_Asia_2006_EpiUpdate_eng.pdf], Stand: 18.10.2006

98. UNAIDS¹⁴: Eastern Europe and Central Asia. Fact sheet (2006) [http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_de.pdf], Stand: 15.01.2007
99. UNAIDS¹⁵ (2006) [<http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006>], Stand: 15.08.2006
100. Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung [<http://www.fragebogen.de>], Stand: 19.07.07
101. Wiggers LCW, Wit de JBF, Gras MJ, Coutinho RA, Hoek van den A (2003): Risk Behavior and Social-Cognitive Determinants of Condom Use among Ethnic Minority Communities in Amsterdam. *AIDS Educ Prev* 15: 430-447
102. Wiseman M (2004): SPSS für Windows Special Topics: Einige Grundbegriffe der Statistik. 6. Auflage, 1. Revision, Leibniz-Rechenzentrum der Bayerischen Akademie der Wissenschaften
103. Wittig U, Merbach M, Siefen RG, Brähler E (2004): Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 66: 85-92

DANKSAGUNG

Besonders herzlich danke ich meinen Wissenschaftlichen Tutoren Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Wienecke und Herrn Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Stefan Zippel für die Überlassung des Themas, für die wissenschaftliche Betreuung und für die vielseitige Unterstützung bei der Organisation und Durchführung der Studie.

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gerd Plewig, vormaligen Klinikdirektor, danke ich für seine Unterstützung bei der Durchführung der Befragung der Kontrollgruppe.

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Ruzicka, Direktor der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München, danke ich für die Möglichkeit, diese Arbeit in seinem Haus fertig stellen zu dürfen.

Ein großer Dank gilt meinem Mann, Dr. med. Alexander V. Kuznetsov, Hautarzt der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München, für seine fachlichen Anregungen, sein hohes persönliches Engagement und seine Hilfe bei der Übersetzung des Fragebogens und Begleitschreibens ins Russische und bei der Analyse der Daten.

Herrn Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Math. Michael Wiseman, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Leibniz-Rechenzentrums der Bayerischen Akademie der Wissenschaften sei sehr herzlich gedankt für seine Lehre im SPSS-Kurs und seine Hilfe bei der statistischen Datenanalyse.

Für die Hilfe nach der Suche von Interviewpartnern und für Anregungen bedanke ich mich ganz herzlich bei Frau Dipl.-Soz. Päd. Petra Heinrich, Mitarbeiterin der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München.

Mein herzlicher Dank richtet sich an Herrn Michael Galinski, Leiter der Anmeldung der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München, und seinen Mitarbeitern, für die Unterstützung bei der Befragung der Kontrollgruppe.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Otto Werner, Mitglied des Vereins „Landsmannschaft der Deutschen Aus Russland e.V.“, für seine Unterstützung bei der Organisation der Befragung von Aussiedlern in Bayern und allen anderen Mitgliedern dieser Organisation, die die Fragebögen weiter an die Aussiedler verteilt haben.

Ebenso möchte ich mich bedanken bei Herrn Dillman, Frau Hermann, Frau Pemsel, Frau Raicevic, Frau Krizic, Frau Festner, Herrn Lippenberger, Herrn Schäfer, Herrn Roth, Herrn Bucher - Leiter und Leiterinnen von Übergangwohnheimen für Aussiedler und jüdische

Kontingentflüchtlinge, ohne deren Zustimmung und Bereitschaft bei der Forschung zu helfen, viele Türen in den Wohnheimen geschlossen geblieben wären.

Frau E. Hintz und Frau I. Hundhammer von der Regierung von Oberbayern in München, Frau W. Schmitt von der Regierung der Oberpfalz in Regensburg, Frau L. Ferber von der Regierung von Schwaben in Augsburg, Herrn N. Kellermann vom Gesundheitsamt Nürnberg, Frau K. Boehlke und Frau E. Tscherednik vom Internationalen Bund in München, Herrn N. Djukic aus dem Bayerischen Hochschulzentrum für Mittel-, Ost- und Südosteuropa in Regensburg danke ich ganz herzlich für Unterstützung bei der Durchführung der Studie.

Für die finanzielle Förderung meiner Person bedanke ich mich bei der Graduierten- und Postgraduiertenförderung nach dem Bayerischen Elite Förderungsgesetz von der „Universität Bayern e.V.“ für ein dreijähriges Forschungsstipendium (2006-2008).

Zu guter Letzt gilt mein Dank allen Aussiedlern, jüdischen Kontingentflüchtlingen und Patienten der Dermatologischen Klinik sowie allen Interviewpartnern, die an der Befragung teilgenommen und somit diese Forschung ermöglicht haben.

ANHANG

Anhang 1. Zuwanderungsstatistik

Anhang 1.1 Zuwanderungsstatistik von Aussiedlern und deren Angehörigen aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland zwischen 1951 und 2005

<i>Jahr</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Jahr</i>	<i>Anzahl</i>
1951	1.721	1978	8.455
1952	63	1979	7.226
1953	0	1980	6.954
1954	18	1981	3.773
1955	154	1982	2.071
1956	1.016	1983	1.447
1957	923	1984	913
1958	4.122	1985	460
1959	5.563	1986	753
1960	3.272	1987	14.488
1961	345	1988	47.572
1962	894	1990	147.950
1963	209	1991	147.320
1964	234	1992	195.576
1965	366	1993	207.347
1966	1.245	1994	213.214
1967	1.092	1995	209.409
1968	598	1996	172.191
1969	316	1997	131.895
1970	342	1998	101.550
1971	1.145	1999	103.599
1972	3.426	2000	94.558
1973	4.494	2001	97.434
1974	6.541	2002	90.587
1975	5.985	2003	72.289
1976	9.704	2004	58.728
1977	9.274	2005	35.396
Summe		2.236.217	

Quelle: Dietz 1993; Riek 2000; Migrationsbericht 2005; Bundesministerium des Innern² 2006; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

Anhang 1.2 Zuwanderungsstatistik von jüdischen Kontingentflüchtlingen und deren Angehörigen aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland zwischen 1951 und 2005

Jahr	Anzahl
1951 – 1992	8.535
1993	16.597
1994	8.811
1995	15.184
1996	15.959
1997	19.437
1998	17.788
1999	18.205
2000	16.538
2001	16.711
2002	19.262
2003	15.442
2004	11.208
2005	5.968
Summe	205.645

Quelle: Migrationsbericht 2005; Haug et al. 2005; Bundesministerium des Innern¹ 2006

Anhang 2. Formen der mündlichen Befragung

Form	Kategoriensystem
Strukturiert - halb strukturiert - unstrukturiert	nach dem Ausmaß der Standardisierung
Weich - neutral - hart	nach dem Autoritätsanspruch
Direkt - telefonisch - schriftlich	nach der Anzahl des Kontaktes
Einzelinterview - Gruppeninterview - Survey	nach der Anzahl der befragten Personen
ein Interviewer - Tandem (zwei Interviewer) - Hearing/Board - Interview (mehrere Interviewer)	nach der Anzahl der Interviewer
Ermittelnd - vermittelnd	nach der Funktion

Quelle: Bortz et al. 2002:238

Anhang 3. Begleit- und Erinnerungsschreiben an die Befragten

Anhang 3.1a Begleitschreiben für GUS-Immigranten auf Deutsch

<p>Dr. Stefan A. Zippel, Dipl.-Psych. Leiter der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie Frauenlobstr. 9-11, 80337 München Tel. 089/ 5160 6334 Fax: 089/ 5160 6122</p>	 Ludwig— Maximilians— Universität— München—
<p>Laura Kouznetsov, Dipl.-Soz. Psychosoziale Beratungsstelle Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie</p>	
<p>Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,</p>	
<p>in der Psychosozialen Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München wird eine Studie unter dem Titel:</p>	
<p><u>„HIV-Prävention bei MigrantInnen aus GUS in Deutschland“</u></p>	
<p>durchgeführt. Die HIV-Infektion kennt keine Grenzen. Die Zahl der HIV-Infizierten steigt weltweit, einschließlich GUS und Deutschland. Um die HIV-Prävention zu verbessern und dadurch <u>Sie</u> und <u>Ihre Kindern</u> besser schützen zu können, ist es uns sehr wichtig Ihre Meinung über HIV/AIDS zu kennen.</p>	
<p>Im Laufe einer Woche legen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in den beigelegten frankierten Briefumschlag und schicken Sie ihn direkt an uns*.</p>	
<p>Wir versichern, dass die in dem Fragebogen gemachten Angaben <u>vertraulich</u> behandelt und <u>anonym zu wissenschaftlichen Zwecken</u> verwendet werden.</p>	
<p>Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!</p>	
<p>Mit freundlichen Grüßen,</p>	
<p>Dr. Stefan A. Zippel</p>	<p>Dipl. – Soz. Laura Kouznetsov</p>

*; Für die Befragung von GUS-Immigranten in den Wohnheimen wurde dieser Satz entsprechend der Fragebogenverteilungssituation geändert.

Anhang 3.1b Begleitschreiben für GUS-Immigranten auf Russisch

Dr. Stefan A. Zippel, Dipl.-Psych.

Leiter der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Frauenlobstr. 9-11, 80337 München
Tel. 089/ 5160 6334
Fax: 089/ 5160 6122

_____ **LMU**
Ludwig_____ **LMU**
Maximilians—
Universität ____
München _____

Laura Kouznetsov, Dipl.-Soz.
Psychosoziale Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

Уважаемые дамы и господа,

в отделе психо-социальной консультации клиники и поликлиники дерматологии и аллергологии университета Людвига-Максимилиана г. Мюнхена проводится исследование:

„Профилактика ВИЧ-инфекции у мигрантов из республик СНГ в Германии“.

ВИЧ-инфекция не знает границ и число ВИЧ-инфицированных возрастает во всем мире, включая СНГ и Германию. Для улучшения профилактики ВИЧ-инфекции, а также для улучшения защиты Вас и Ваших детей от ВИЧ, нам важно очень знать Ваше мнение о ВИЧ/СПИД.

В течение одной недели заполните, пожалуйста, анкету, запечатайте ее в прилагаемый анонимный конверт с уже наклеенной почтовой маркой и пошлите по нашему адресу.

Мы заверяем Вас, что указанное в анкете мнение будет использоваться конфиденциально и анонимно в научных целях.

Мы благодарим Вас за Ваше сотрудничество!

С уважением,

Dr. Stefan A. Zippel

Dipl.- Soz. Laura Kouznetsov

Anhang 3.2a Übersetzung des Erinnerungsschreibens für GUS-Immigranten ins Deutsch

Dr. Stefan A. Zippel, Dipl.-Psych.

Leiter der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Frauenlobstr. 9-11, 80337 München
Tel. 089/ 5160 6334
Fax: 089/ 5160 6122

_____ **LMU**
Ludwig_____ **LMU**
Maximilians—
Universität____
München_____

Laura Kouznetsov, Dipl.-Soz.
Psychosoziale Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

ERINNERUNG

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

in der Psychosozialen Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München wird eine Studie unter dem Titel:

„HIV-Prävention bei MigrantInnen aus Osteuropa in Deutschland“ durchgeführt.

Diese Woche haben Sie den Fragebogen über die HIV/AIDS-Prävention bekommen. Wenn Sie den Fragebogen noch nicht ausgefüllt haben, wir möchten Sie dringend darum bitten, den Fragebogen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Stefan A. Zippel

Dipl.-Soz. Laura Kouznetsov

Anhang 3.2b Erinnerungsschreiben für GUS-Immigranten auf Russisch

Dr. Stefan A. Zippel, Dipl.-Psych.

Leiter der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
Frauenlobstr. 9-11, 80337 München
Tel. 089/ 5160 6334
Fax: 089/ 5160 6122

_____ **LMU**
Ludwig_____ **LMU**
Maximilians—
Universität____
München_____

Laura Kouznetsov, Dipl.-Soz.
Psychosoziale Beratungsstelle
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

НАПОМИНАНИЕ

Уважаемые дамы и господа,

в отделе психо-социальной консультации клиники и поликлиники дерматологии и аллергологии университета Людвига-Максимилиана г. Мюнхена проводится исследование:

„Профилактика ВИЧ-инфекции у мигрантов из Восточной Европы в Германии“.

На этой недели Вы получили анкету по профилактике ВИЧ/СПИД. Если Вы еще не ответили и не заполнили эту анкету, мы хотели бы попросить Вас ее заполнить.

С уважением,

Dr. Stefan A. Zippel

Dipl. - Soz. Laura Kouznetsov

Anhang 3.3 Begleitschreiben für die Patienten dermatologischer Allgemeinambulanz**Klinikum der Universität München**

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie – Innenstadt

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Gerd Plewig

_____ **LMU**
Ludwig _____
Maximilians –
Universität _____
München _____

Klinikum der Universität München • Klinik und Poliklinik für Dermatologie und
Allergologie
Frauenlobstraße 9-11 • D-80337 München

**An alle Patientinnen und Patienten
der Allgemeinambulanz**

München, den 07. November 2005

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

liebe Patientinnen und Patienten,

Sie haben bei der Anmeldung einen anonymen Fragebogen bekommen. Mit diesem Fragebogen wollen wir im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit Ihre Einschätzung zu HIV und AIDS erfahren. Diese Befragung ist freiwillig und anonym.

Wir bitten Sie,

- den Fragebogen sorgfältig zu beantworten (Bleistift liegt bei)
- ihn in den Briefumschlag, den Sie bekommen haben, zu stecken und
- ihn in eine Urne „Urne für ausgefüllte Fragebögen“ hineinzulegen. Diese befinden sich in beiden Wartebereichen. Legen Sie bitte auch den Bleistift dazu.

Die Teilnahme an der Befragung ist vollkommen unabhängig von der ärztlichen
Behandlung!

Wir versichern, dass die in dem Fragebogen gemachten Angaben vertraulich behandelt und anonym zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

Bitte versehen Sie weder den Umschlag, noch den Fragebogen mit Ihrem Namen oder Ihrer Adresse.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Stefan A. Zippel

Dipl. – Soz. Laura Kouznetsov

Anhang 4. Fragebogen zum Wissen über HIV-Infektion und -Prävention für Aussiedler, jüdische Kontingentflüchtlinge und Kontrollgruppe

Anhang 4.1 Fragebogen zum Wissen über HIV-Infektion und -Prävention für Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge auf Deutsch

Fragebogen zur Prävention von HIV/AIDS

Der Fragebogen ist für die Leuten im Alter von 16 bis 65 Jahren bestimmt!

Wir versichern, dass die hier gemachten Angaben vertraulich behandelt und nur zur internen statistischen Auswertung verwendet werden. Bitte beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kreuzen Sie eine, nämlich die für Sie zutreffende Antwortalternative in dem entsprechenden Kästchen an. Manchmal sind mehrere Antworten möglich. Bitte, füllen Sie nur einen Fragebogen aus.

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

2. Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich

3. Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- in Partnerschaftlebend
- geschieden
- verwitwet

4. In welchem Sozialstatus befinden Sie sich jetzt?

- Schüler/-in / Student/-in
- Arbeitnehmer/-in
- Arbeitslos
- Rentner/-in

5. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

- der evangelischen
- der katholischen
- der orthodoxen
- der jüdischen
- der muslimischen
- einer anderen
- keiner Religionsgemeinschaft

6. Aus welchem Land kommen Sie? Geben Sie bitte an: _____

7. Welchen höchsten Ausbildung haben Sie?

- ohne Schulabschluss
- nicht volle Schulausbildung
- Fachschulabschluss
- volle Schulausbildung
- Universitätsabschluss

8. Wie lange leben Sie schon in Deutschland?

- _____ Monaten
- _____ Jahren

9. Ist das HIV/AIDS-Thema für Sie:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- überhaupt nicht wichtig?

10. Was meinen Sie, was ist HIV/AIDS?

- eine heilbare Krankheit des Immunsystems
- eine unheilbare Krankheit des Immunsystems
- weiss nicht

11. Was meinen Sie, wen am meisten könnte HIV/AIDS betreffen?

- Drogenabhängigen
- Homosexuellen
- Prostituierten
- alle Menschen
- weiss nicht

12. Wie gut fühlen Sie sich über das Thema HIV/AIDS-Infektion und Prävention informiert?

- sehr gut
- gut
- schlecht/keine Information

13. Über welche Medien haben Sie über HIV/AIDS gelesen, gesehen oder gehört? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Info-Broschüren
- Plakate
- Zeitungen
- Bücher
- Fernseher
- Internet
- Radio
- habe nichts über HIV/AIDS gelesen, gesehen oder gehört (*beantworten Sie bitte weiter die Frage Nr. 16*)

14. In Ihrem Herkunftsland oder in Deutschland haben Sie über HIV/AIDS gelesen, gesehen oder gehört?

- in Herkunftsland
 in Deutschland
 in einem anderen Land

15. Auf welche Sprache war diese Information über HIV/AIDS, die Sie gelesen, gesehen oder gehört haben?

- Deutsch
 andere Sprache; geben Sie bitte an welche: _____

16. Mit wem haben Sie das Thema HIV/AIDS besprochen?

- Mutter
 Vater
 Schwester
 Bruder
 Tochter
 Sohn
 Sexualpartner/in
 Freundin
 Freund
 mit keinem
 mit jemand anderem _____

17. Was meinen Sie, wie kann HIV/AIDS übertragen werden? (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. gemeinsame Benutzung von Spritzen und Nadeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 2. HIV-positive schwangere Mutter auf ihr Kind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 3. Vaginalverkehr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 4. gemeinsame Benutzung von Schwimmbad, Sauna, Toilette | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 5. Küssen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 6. Analverkehr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 7. gemeinsames Benutzen von Essgeschirr und Besteck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 8. Oralverkehr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 9. Insektenstiche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 10. Friseur, Maniküre | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

18. Was meinen Sie, wodurch kann man sich vor HIV/AIDS schützen? (Mehrfachnennungen möglich):

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Kondom beim Sex | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 2. Anti-Baby-Pille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 3. Spirale | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 4. dem/der Partner/-in treu sein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 5. Bluttransfusion vermeiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 6. Impfung gegen HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 7. Benutzung von Einmalspritzen/-nadeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| 8. anderes _____ | | | |

19. Auf welche Weise möchten Sie die Information über HIV/AIDS bekommen? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Info-Broschüren
- Bücher
- Fernsehen
- Radio
- durch einen Arzt
- Info-Vorträge
- Plakate
- anderes _____
- brauche keine Information

20. Wenn Sie den Verdacht hätten, Sie seien HIV/AIDS infiziert, was würden Sie tun?

- zum Arzt gehen und mich untersuchen lassen
- in die psychosoziale AIDS-Beratungsstelle, AIDS-Hilfe gehen
- mit den Familienangehörigen sprechen
- mit dem/ der sexuellen Partner/-in sprechen
- nichts tun
- weiß nicht

21. Wie würde ein positives HIV-Test-Ergebnis Ihr Sexualleben beeinflussen?

- es würde mein Sexualleben nicht beeinflussen
- würde keinen Geschlechtsverkehr mehr haben
- würde den Geschlechtsverkehr ohne Kondom durchführen
- würde den Geschlechtsverkehr nur mit Kondom durchführen
- würde jedem/jeder Sexualpartner/-in darüber Bescheid sagen
- würde dem/der Sexualpartner/-in nicht Bescheid sagen
- weiß nicht

22. Kennen Sie die psycho-sozialen AIDS-Beratungsstellen, AIDS-Hilfen in Deutschland?

- ja
- nein (*falls „nein“, beenden Sie bitte den Fragebogen*)

23. Welche Funktion erfüllen sie? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS
- psychologische Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken
- soziale Beratung und Hilfe der HIV/AIDS-Kranken
- Diagnostik und Behandlung der HIV/AIDS-Kranken
- finanzielle Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken
- Selbsthilfegruppe für die HIV/AIDS-Kranke
- weiß nicht

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 4.2 Fragebogen zum Wissen über HIV-Infektion und -Prävention für Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge auf Russisch

Анкета «Профилактика ВИЧ/СПИД»

Анкета предназначена для людей в возрасте от 16 до 65 лет!

Мы гарантируем, что указанные в анкете данные будут использоваться анонимно в статистическом исследовании. Ответьте, пожалуйста, на все вопросы. Поставьте крестиком в соответствующих квадратиках ответы, которые наиболее Вам близки. В некоторых случаях возможны несколько ответов. Помните: один человек заполняет лишь одну анкету.

1. Сколько Вам лет?

_____ лет

2. Ваш пол?

- мужской
 женский

3. Ваше семейное положение?

- не женат/не замужен
 женат/замужем
 проживание вне брака
 разведен/разведена
 вдовец/вдова

4. Какое Ваше социальное положение?

- ученик/студент
 работающий
 безработный/-ая
 пенсионер

5. Какое у Вас вероисповедание?

- евангелическое
 католическое
 ортодоксальное
 еврейское
 муслимское
 другое
 отсутствует

6. Из какой страны Вы иммигрировали в Германию? Укажите, пожалуйста: _____

7. Какое у Вас образование?

- не оконченное среднее
 неполное среднее
 среднее специальное
 полное среднее
 высшее

8. Как давно Вы проживаете в Германии?

- _____ месяцев
- _____ лет

9. Является ли для Вас тема ВИЧ/СПИД:

- очень важной
- важной
- не очень важной
- совсем не важной?

10. Что по Вашему является ВИЧ/СПИД?

- излечимое заболевание иммунной системы
- неизлечимое заболевание иммунной системы
- не знаю

11. Кого по Вашему может больше всего касаться ВИЧ/СПИД?

- наркоманов
- гомосексуалистов
- проституток
- людей, которые не принадлежат к указанным группам
- не знаю

12. Как Вы информированы относительно инфекции и профилактики ВИЧ/СПИД?

- очень хорошо
- хорошо
- плохо/ не информирован

13. Где Вы читали, видели или слышали о ВИЧ/СПИД? (возможно несколько ответов):

- инфо-брошюры
- плакаты
- газеты
- книги
- телевидение
- интернет
- радио
- о ВИЧ/СПИД ничего не читал, не видел, не слышал (при выборе данного ответа перейдите к вопросу № 16)

14. В какой стране Вы что-либо читали, видели или слышали о ВИЧ/ СПИД?

- в стране, из которой я приехал
- в Германии
- в другой стране

15. На каком языке была информация о ВИЧ/СПИД, которую Вы читали, видели или слышали?

- на немецком
 на другом языке; укажите пожалуйста на каком: _____

16. С кем Вы обсуждали тему ВИЧ/СПИД?

- мать
 отец
 сестра
 брат
 дочь
 сын
 половой партнер/партнерша
 подруга
 друг
 ни с кем
 с кем-нибудь другим _____

17. Как Вы думаете, каким образом может передаваться ВИЧ/СПИД? (возможно несколько ответов):

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|---------|
| 1. совместное использование шприцов / иглолок | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 2. от беременной матери ребенку | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 3. вагинальный половой акт | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 4. совместное пользование бассейном, сауной, туалетом | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 5. поцелуи | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 6. анальный половой акт | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 7. совместное использование посуды и столовых приборов | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 8. оральный половой акт | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 9. укусы насекомых | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 10. во время стрижки, маникюра | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |

18. Как Вы думаете, каким образом можно защитить себя от ВИЧ/СПИД? (возможно несколько ответов):

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|---------|
| 1. презерватив во время полового акта | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 2. контрацептивные таблетки | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 3. внутриматочная спираль | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 4. быть преданным половому партнеру/партнерше | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 5. избегать переливания крови | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 6. прививки от ВИЧ/СПИД | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 7. использование одноразовых шприцов / иглолок | <input type="checkbox"/> | да | <input type="checkbox"/> | нет | <input type="checkbox"/> | не знаю |
| 8. другое _____ | | | | | | |

19. Каким образом Вы бы хотели получить информацию ВИЧ/ СПИД? (возможно несколько ответов):

- инфо-брошюры
- книги
- телевидение
- радио
- от врача
- через информационные лекции
- плакаты
- другое _____
- не нуждаюсь в этом

20. Как Вы считаете, если бы у Вас было подозрение, что Вы инфицированы или больны ВИЧ/СПИД, что бы Вы делали?

- пошел к врачу
- пошел в отдел психо-социальной консультации и профилактики СПИД (AIDS - Beratungsstelle, AIDS-Hilfe)
- поговорил бы об этом с членами семьи
- поговорил бы об этом с сексуальным партнером
- ничего бы не делал
- не знаю

21. Как Вы думаете, если бы Вы получили положительный тест на ВИЧ-инфекцию, как бы это повлияло на Вашу сексуальную жизнь?

- не повлияло
- я бы отказался от сексуальных связей
- я бы имел сексуальные связи не используя презерватив
- я бы имел сексуальные связи используя презерватив
- я бы сообщал об этом каждому сексуальному партнеру
- я бы не сообщал об этом сексуальному партнеру
- не знаю

22. Слышали ли Вы что-нибудь или встречали ли Вы отделы психо-социальной консультации и профилактики СПИД в Германии (AIDS-Beratungsstelle, AIDS-Hilfe)?

- да
- нет (если "нет", это был последний вопрос)

23. Какую функцию по Вашему они выполняют? (возможно несколько ответов):

- информирование населения о ВИЧ/СПИД
- психологическая поддержка инфицированных и больных ВИЧ/СПИД
- социальная консультация и помощь инфицированным и больным ВИЧ/СПИД
- диагностика и лечение инфицированных и больных ВИЧ/СПИД
- финансовая поддержка для инфицированных и больных ВИЧ/СПИД
- являются группами само- и взаимопомощи инфицированных и больных ВИЧ/СПИД
- не знаю

Большое спасибо за Ваше сотрудничество!

Anhang 4.3 Fragebogen zum Wissen über HIV-Infektion und -Prävention für Kontrollgruppe**Fragebogen zur Prävention von HIV/AIDS**

Der Fragebogen ist für Leute im Alter von 18 bis 65 Jahren bestimmt!

Wir versichern, dass die hier gemachten Angaben vertraulich behandelt und nur zur internen statistischen Auswertung verwendet werden. Bitte beantworten Sie alle Fragen. In der Regel kreuzen Sie eine, nämlich die für Sie zutreffende Antwortalternative in dem entsprechenden Kästchen an. Manchmal sind mehrere Antworten möglich.

1. Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

2. Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich

3. Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- in Partnerschaft lebend
- geschieden
- verwitwet

4. In welchem Sozialstatus befinden Sie sich jetzt?

- Schüler/-in / Student/-in
- Arbeitnehmer/-in
- arbeitslos
- Rentner/-in

5. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

- der evangelischen
- der katholischen
- der orthodoxen
- der jüdischen
- der muslimischen
- einer anderen
- keiner Religionsgemeinschaft

6. Welchen höchsten Ausbildung haben Sie?

- ohne Schulabschluss
- Hauptschul-/Realschulabschluss
- Berufsausbildung
- Fachabitur/Abitur
- Hochschul-/Universitätsabschluss

7. Ist das HIV/AIDS-Thema für Sie:

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- überhaupt nicht wichtig?

8. Was meinen Sie, was ist HIV/AIDS?

- eine heilbare Krankheit des Immunsystems
- eine unheilbare Krankheit des Immunsystems
- weiß nicht

9. Was meinen Sie, wen am meisten könnte HIV/AIDS betreffen?

- Drogenabhängige
- Homosexuelle
- Prostituierte
- alle Menschen
- weiß nicht

10. Wie gut fühlen Sie sich über das Thema HIV/AIDS-Infektion und Prävention informiert?

- sehr gut
- gut
- schlecht/keine Information

11. Über welche Medien haben Sie über HIV/AIDS gelesen, gesehen oder gehört? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Info-Broschüren
- Plakate
- Zeitungen
- Bücher
- Fernsehen
- Internet
- Radio
- habe nichts über HIV/AIDS gelesen, gesehen oder gehört

12. Mit wem haben Sie das Thema HIV/AIDS besprochen?

- Mutter
- Vater
- Schwester
- Bruder
- Tochter
- Sohn
- Sexualpartner/in
- Freundin
- Freund
- mit keinem
- mit jemand anderem _____

13. Was meinen Sie, wie kann HIV/AIDS übertragen werden? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|------------|
| 1. gemeinsame Benutzung von Spritzen und Nadeln | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2. HIV-positive schwangere Mutter auf ihr Kind | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 3. Vaginalverkehr | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4. gemeinsame Benutzung von Schwimmbad, Sauna, Toilette | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 5. Küssen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 6. Analverkehr | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 7. gemeinsames Benutzen von Essgeschirr und Besteck | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 8. Oralverkehr | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 9. Insektenstiche | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 10. Friseur, Maniküre | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

14. Was meinen Sie, wodurch kann man sich vor HIV/AIDS schützen? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|------------|
| 1. Kondom beim Sex | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 2. Anti-Baby-Pille | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 3. Spirale | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 4. dem/der Partner/-in treu sein | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 5. Bluttransfusion vermeiden | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 6. Impfung gegen HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 7. Benutzung von Einmalspritzen/-nadeln | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |
| 8. anderes _____ | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | weiß nicht |

15. Auf welche Weise möchten Sie die Information über HIV/AIDS bekommen? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Info-Broschüren
- Bücher
- Fernsehen
- Radio
- durch einen Arzt
- Info-Vorträge
- Plakate
- anderes _____
- brauche keine Information

16. Wenn Sie den Verdacht hätten, Sie seien HIV/AIDS infiziert, was würden Sie tun?

- zum Arzt gehen und mich untersuchen lassen
- in die psychosoziale AIDS-Beratungsstelle, AIDS-Hilfe gehen
- mit den Familienangehörigen sprechen
- mit dem/ der sexuellen Partner/-in sprechen
- nichts tun
- weiß nicht

17. Wie würde ein positives HIV-Test-Ergebnis Ihr Sexualleben beeinflussen?

- es würde mein Sexualleben nicht beeinflussen
- würde keinen Geschlechtsverkehr mehr haben
- würde den Geschlechtsverkehr ohne Kondom durchführen
- würde den Geschlechtsverkehr nur mit Kondom durchführen
- würde jedem/jeder Sexualpartner/-in darüber Bescheid sagen
- würde dem/der Sexualpartner/-in nicht Bescheid sagen
- weiß nicht

18. Kennen Sie die psychosozialen AIDS-Beratungsstellen, AIDS-Hilfen in Deutschland?

- ja
- nein (*falls „nein“, beenden Sie bitte den Fragebogen*)

19. Welche Funktion erfüllen sie? (*Mehrfachnennungen möglich*):

- Aufklärung der Bevölkerung zum Thema HIV/AIDS
- psychologische Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken
- soziale Beratung und Hilfe der HIV/AIDS-Kranken
- Diagnostik und Behandlung der HIV/AIDS-Kranken
- finanzielle Unterstützung der HIV/AIDS-Kranken
- Selbsthilfegruppe für die HIV/AIDS-Kranke
- weiß nicht

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 5. Prozent der Befragten, die auf die Fragen geantwortet haben

	Immigranten		Kontroll- gruppe
	16-65 Jahre	18-65 Jahre	18-65 Jahre
Frage	Prozent der Befragten, die auf die Frage geantwortet haben (n)		
Gesamt (n)	451	435	347
Alter (Nr. 1)	98,9 (446)	98,9 (430)	98,8 (343)
Geschlecht (Nr. 2)	100 (451)	100 (435)	100 (347)
Familienstand (Nr. 3)	99,8 (450)	99,8 (434)	100 (347)
Sozialstatus (Nr. 4)	99,8 (450)	99,8 (434)	98,8 (343)
Religion (Nr. 5)	98,4 (444)	98,6 (429)	99,7 (346)
Herkunftsland (Nr. 6)	89,4 (403)	89,4 (389)	-
Ausbildung (Nr. 7)	99,6 (449)	99,5 (433)	99,7 (346)
Aufenthaltsdauer in BRD (Nr. 8)	99,1 (447)	99,1 (431)	-
Wichtigkeit des HIV/AIDS-Themas (Nr. 9)	98,2 (443)	98,2 (427)	95,1 (330)
Heilbarkeit von HIV/AIDS (Nr. 10)	97,8 (441)	97,7 (425)	95,1 (330)
Risikogruppen in Bezug auf HIV/AIDS (Nr. 11)	97,3 (439)	97,2 (423)	94,5 (328)
Selbsteinschätzung über HIV/AIDS-Informationen (Nr. 12)	97,3 (439)	97,2 (423)	94,8 (329)
HIV/AIDS-Informationsquellen (Nr. 13)	97,8 (441)	97,7 (425)	94,5 (328)
Land der HIV/AIDS-Informationsquellen (Nr. 14)	97,8 (441)	97,7 (425)	-
Sprache HIV/AIDS-Informationsquellen (Nr. 15)	96,2 (434)	96,1 (418)	-
Mit wem das Thema HIV/AIDS besprochen wurde (Nr. 16)	98,2 (443)	98,2 (427)	93,7 (325)
HIV-Übertragungswege (Nr. 17)	99,6 (449)	99,5 (433)	91,4 (317)
Schutz vor einer HIV-Infektion (Nr. 18)	98,4 (444)	98,4 (428)	91,9 (319)
Erwünschte HIV/AIDS-Informationsquellen (Nr. 19)	98,4 (444)	98,4 (428)	90,8 (315)
Das potenzielle Verhalten beim Verdacht auf eine HIV-Infektion (Nr. 20)	98,4 (444)	98,4 (428)	94,2 (327)
Das Beeinflussen des Sexuallebens durch den positiven HIV-Test (Nr. 21)	97,1 (438)	97,2 (423)	93,1 (323)
Information über AIDS-Beratungsstellen/-Hilfen (Nr. 22)	98,7 (445)	98,9 (430)	93,9 (326)

-; Fragen nur für die GUS-Immigranten

Anhang 6. Deskriptive Statistik: HATSIDU-Index, Geschlecht, Alter und Ausbildung bei den GUS-Immigranten

Anhang 6.1 Wissen über HIV-Übertragung (durch Vaginal-, Anal-, Oralverkehr, Spritzen/Nadeltausch) und Schutz vor einer HIV-Infektion (Kondom) bezüglich des Geschlechtes in der Gruppe von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen

	Aussiedler		Kontingentflüchtlinge	
	%	n	%	n
Geschlecht	<i>Vaginalverkehr</i>			
Männlich	77,3	102	82,4	42
Weiblich	85,9	177	83,3	50
	<i>Analverkehr</i>			
Männlich	64,4	85	70,6	36
Weiblich	65,5	135	75,0	45
	<i>Oralverkehr</i>			
Männlich	48,5	64	49,0	25
Weiblich	51,0	105	48,3	29
	<i>Spritzen/Nadeltausch</i>			
Männlich	97,0	128	96,1	49
Weiblich	97,1	200	95,0	57
	<i>Kondom</i>			
Männlich	91,5	119	96,0	48
Weiblich	91,7	187	88,3	53

Anhang 6.2 Wissen über HIV-Übertragung (durch Vaginal-, Anal-, Oralverkehr, Spritzen/Nadeltausch) und Schutz vor einer HIV-Infektion (Kondom) bezüglich des Alters in der Gruppe von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen

	Aussiedler		Kontingentflüchtlinge	
	%	n	%	n
Altersgruppen	<i>Vaginalverkehr</i>			
16-19	71,8	28	88,9	8
20-29	90,1	82	88,0	22
30-39	88,9	56	85,0	17
40-49	86,4	51	79,2	19
50-59	78,1	50	73,9	17
60-65	52,9	9	90,0	9
	<i>Analverkehr</i>			
16-19	59,0	23	88,9	8
20-29	71,4	65	72,0	18
30-39	74,6	47	75,0	15
40-49	66,1	39	75,0	18
50-59	56,3	36	73,9	17
60-65	41,2	7	50,0	5
	<i>Oralverkehr</i>			
16-19	56,4	22	66,7	6
20-29	49,5	45	52,0	13
30-39	46,0	29	55,0	11
40-49	57,6	34	58,3	14
50-59	50,0	32	39,1	9
60-65	29,4	5	10,0	1
	<i>Spritzen/Nadeltausch</i>			
16-19	97,4	38	100	9
20-29	94,5	86	92,0	23
30-39	95,2	60	90,0	18
40-49	100	59	100	24
50-59	100	64	95,7	22
60-65	94,1	16	100	10
	<i>Kondom</i>			
16-19	97,4	37	88,9	8
20-29	96,7	88	91,7	22
30-39	93,7	59	85,0	17
40-49	91,2	52	91,7	22
50-59	85,7	54	95,7	22
60-65	64,7	11	100	10

Anhang 6.3 Wissen über HIV-Übertragung (durch Vaginal-, Anal-, Oralverkehr, Spritzen/Nadeltausch) und Schutz vor HIV-Infektion (Kondom) bezüglich der Ausbildung in der Gruppe von Aussiedlern und jüdischen Kontingentflüchtlingen

	Aussiedler		Kontingentflüchtlinge	
	n	%	n	%
Ausbildung	<i>Vaginalverkehr</i>			
ohne Schulabschluss	63,2	12	50,0	1
nicht abgeschlossene Schulausbildung	63,0	17	62,5	5
Fachschulabschluss	84,4	108	88,0	22
abgeschlossene Schulausbildung	87,4	76	84,6	11
Universitätsabschluss	86,7	65	84,1	53
	<i>Analverkehr</i>			
ohne Schulabschluss	52,6	10	0	0
nicht abgeschlossene Schulausbildung	48,1	13	50,0	4
Fachschulabschluss	69,5	89	60,0	15
abgeschlossene Schulausbildung	55,2	48	76,9	10
Universitätsabschluss	78,7	59	82,5	52
	<i>Oralverkehr</i>			
ohne Schulabschluss	47,4	9	0	0
nicht abgeschlossene Schulausbildung	29,6	8	50,0	4
Fachschulabschluss	50,8	65	40,0	10
abgeschlossene Schulausbildung	52,9	46	53,8	7
Universitätsabschluss	53,3	40	52,4	33
	<i>Spritzen/Nadeltausch</i>			
ohne Schulabschluss	94,7	18	100	2
nicht volle Schulausbildung	92,6	25	100	8
Fachschulabschluss	99,2	127	92,0	23
volle Schulausbildung	94,3	82	100	13
Universitätsabschluss	98,7	74	95,2	60
	<i>Kondom</i>			
ohne Schulabschluss	78,9	15	50,0	1
nicht abgeschlossene Schulausbildung	84,0	21	75,0	6
Fachschulabschluss	91,4	117	88,0	22
abgeschlossene Schulausbildung	95,3	81	100	13
Universitätsabschluss	93,3	70	95,2	59

Anhang 7. Statistische Analyse

Anhang 7.1a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und den Aufenthaltsdauer in der Aussiedlergruppe

Ränge

	Aufenthaltsdauer in Monaten	N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	0-6	65	196,21
	7-12	73	154,08
	13-24	71	150,77
	25-36	32	167,14
	37-48	13	88,81
	49-60	11	141,55
	>60	66	184,55
	Gesamt	331	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	23,462
df	6
Asymptotische Signifikanz	,001

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Aufenthaltsdauer in Monaten

Anhang 7.1b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und den Aufenthaltsdauer (0,6 Monate und 37-48 Monate) in der Aussiedlergruppe

Ränge

	Aufenthaltsdauer in Monaten	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	0-6	65	43,34	2817,00
	37-48	13	20,31	264,00
	Gesamt	78		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	173,000
Wilcoxon-W	264,000
Z	-3,603
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Aufenthaltsdauer in Monaten

Anhang 7.1c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und den Aufenthaltsdauer (37-48 Monate und >60 Monate) in der Aussiedlergruppe

Ränge

	Aufenthaltsdauer in Monaten	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	37-48	13	19,54	254,00
	>60	66	44,03	2906,00
	Gesamt	79		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	163,000
Wilcoxon-W	254,000
Z	-3,715
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Aufenthaltsdauer in Monaten

Anhang 7.2 Mittelwert und Median des HATSIDU in der GUS-Immigrantengruppe

N	Gültig	426
	Fehlend	9
	Mittelwert	2,44
	Median	2,00

Anahang 7.3 Mittelwert und Median des HATSIDU in der Kontrollgruppe

N	Gültig	318
	Fehlend	29
	Mittelwert	2,84
	Median	3,00

Anhang 7.4a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Altersgruppen in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	18-29	146	220,17
	30-39	82	217,24
	40-49	81	228,72
	50-59	86	192,32
	60-65	26	146,44
	Gesamt	421	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	13,514
df	4
Asymptotische Signifikanz	,009

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.4b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Altersgruppen (18-29 J. und 60-65 J.) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	18-29	146	91,20	13315,50
	60-65	26	60,10	1562,50
	Gesamt	172		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	1211,500
Wilcoxon-W	1562,500
Z	-3,095
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.4c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Altersgruppen (40-49 J. und 60-65 J.) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	40-49	81	58,95	4775,00
	60-65	26	38,58	1003,00
	Gesamt	107		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	652,000
Wilcoxon-W	1003,000
Z	-3,090
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.5a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Altersgruppen in der Kontrollgruppe**Ränge**

	Alter	N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	18-29	79	165,75
	30-39	65	198,46
	40-49	66	143,38
	50-59	61	129,08
	60-65	43	142,42
	Gesamt	314	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	26,293
df	4
Asymptotische Signifikanz	,000

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.5b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Altersgruppen (30-39 J. und 40-49 J.) in der Kontrollgruppe**Ränge**

	Alter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	30-39	65	77,89	5063,00
	40-49	66	54,29	3583,00
	Gesamt	131		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	1372,000
Wilcoxon-W	3583,000
Z	-3,931
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.5c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Altersgruppen (30-39 J. und 50-59 J.) in der Kontrollgruppe

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	30-39	65	76,74	4988,00
	50-59	61	49,39	3013,00
	Gesamt	126		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	1122,000
Wilcoxon-W	3013,000
Z	-4,598
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.5d Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Altersgruppen (30-39 J. und 60 -65 J.) in der Kontrollgruppe

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	30-39	65	62,25	4046,50
	60-65	43	42,78	1839,50
	Gesamt	108		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	893,500
Wilcoxon-W	1839,500
Z	-3,555
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Alter

Anhang 7.6a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Ausbildung in der GUS-Immigrantengruppe**Ränge**

Ausbildung		N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	ohne Schulabschluss	13	163,88
	nicht volle Schulausbildung	28	135,95
	volle Schulausbildung	96	207,44
	Fachschulabschluss	151	212,48
	Hochschul-/Universitätsabschluss	136	236,50
	Gesamt	424	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	20,489
df	4
Asymptotische Signifikanz	,000

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.6b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (nicht volle Schul- und volle Schulausbildung) in der GUS-Immigrantengruppe**Ränge**

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	nicht volle Schulausbildung	28	46,43	1300,00
	volle Schulausbildung	96	67,19	6450,00
Gesamt		124		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	894,000
Wilcoxon-W	1300,000
Z	-2,848
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.6c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (Nicht volle Schulausbildung und Fachschulabschluss) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	nicht volle Schulausbildung	28	63,09	1766,50
	Fachschulabschluss	151	94,99	14343,50
	Gesamt	179		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	1360,500
Wilcoxon-W	1766,500
Z	-3,169
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.6d Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (Nicht volle Schulausbildung und Hochschul-/Universitätsabschluss) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	nicht volle Schulausbildung	28	49,64	1390,00
	Hochschul-/Universitätsabschluss	136	89,26	12140,00
	Gesamt	164		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	984,000
Wilcoxon-W	1390,000
Z	-4,248
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.7a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Ausbildung in der Kontrollgruppe**Ränge**

Ausbildung		N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	ohne Schulabschluss	4	102,50
	nicht volle Schulausbildung	78	136,81
	volle Schulausbildung	35	191,44
	Fachschulabschluss	144	150,20
	Hochschul-/Universitätsabschluss	57	198,43
	Gesamt	318	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	25,724
df	4
Asymptotische Signifikanz	,000

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.7b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (Nicht volle Schul- und volle Schulausbildung) in der Kontrollgruppe**Ränge**

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	nicht volle Schulausbildung	78	51,18	3992,00
	volle Schulausbildung	35	69,97	2449,00
	Gesamt	113		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	911,000
Wilcoxon-W	3992,000
Z	-3,021
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.7c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (Nicht volle Schulausbildung und Hochschul-/Universitätsabschluss) in der Kontrollgruppe

Ränge

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	nicht volle Schulausbildung	78	56,97	4444,00
	Hochschul-/Universitätsabschluss	57	83,09	4736,00
	Gesamt	135		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	1363,000
Wilcoxon-W	4444,000
Z	-4,156
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.7d Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Ausbildungsgruppen (Fachschul- und Hochschul-/Universitätsabschluss) in der Kontrollgruppe

Ränge

Ausbildung		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	Fachschulabschluss	144	92,22	13279,50
	Hochschul-/Universitätsabschluss	57	123,18	7021,50
	Gesamt	201		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	2839,500
Wilcoxon-W	13279,500
Z	-3,681
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a Gruppenvariable: Ausbildung

Anhang 7.8a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Sozialstatus in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	Schüler/Student	76	236,06
	Arbeitnehmer	73	201,71
	Arbeitslos	248	216,44
	Rentner	28	149,34
	Gesamt	425	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	12,298
df	3
Asymptotische Signifikanz	,006

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Sozialstatus

Anhang 7.8b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Sozialstatusgruppen (Schüler/Student und Rentner) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	Schüler/Student	76	58,17	4421,00
	Rentner	28	37,11	1039,00
	Gesamt	104		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	633,000
Wilcoxon-W	1039,000
Z	-3,349
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001

a Gruppenvariable: Sozialstatus

Anhang 7.8c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Sozialstatusgruppen (Arbeitslos und Rentner) in der GUS-Immigrantengruppe

Ränge

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	Arbeitslos	248	142,82	35420,50
	Rentner	28	100,20	2805,50
	Gesamt	276		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	2399,500
Wilcoxon-W	2805,500
Z	-2,837
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,005

a Gruppenvariable: Sozialstatus

Anhang 7.9a Kruskal-Wallis-Test für HATSIDU und Sozialstatus in der Kontrollgruppe**Ränge**

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang
HATSIDU - Index	Schüler/Student	40	181,29
	Arbeitnehmer	205	163,50
	Arbeitslos	29	120,22
	Rentner	40	129,98
	Gesamt	314	

Statistik für Test(a,b)

	HATSIDU - Index
Chi-Quadrat	14,147
df	3
Asymptotische Signifikanz	,003

a Kruskal-Wallis-Test

b Gruppenvariable: Sozialstatus

Anhang 7.9b Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Sozialstatusgruppen (Schüler/Student und Arbeitslos) in der Kontrollgruppe**Ränge**

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	Schüler/Student	40	40,56	1622,50
	Arbeitslos	29	27,33	792,50
	Gesamt	69		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	357,500
Wilcoxon-W	792,500
Z	-2,930
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003

a Gruppenvariable: Sozialstatus

Anhang 7.9c Mann-Whitney-U-Test für HATSIDU und Sozialstatusgruppen (Schüler/Student und Rentner) in der Kontrollgruppe

Ränge

	Sozialstatus	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HATSIDU - Index	Schüler/Student	40	47,13	1885,00
	Rentner	40	33,88	1355,00
	Gesamt	80		

Statistik für Test(a)

	HATSIDU - Index
Mann-Whitney-U	535,000
Wilcoxon-W	1355,000
Z	-2,723
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,006

a Gruppenvariable: Sozialstatus

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name, Vorname Kouznetsov, Laura, geb. Dzedraviciute
 Geburtsdatum, -Ort 10. Januar 1977, Panevezys, Litauen
 Nationalität litauisch

Schul Ausbildung

Sept. 1984 – Juni 1995 J. Balcikonis Gymnasium, Panevezys, Litauen

Universitätsausbildung

Sept. 1995 – Juni 1996 Bachelorstudium des Verkehrswesens, Vilnius Gediminas Technische Universität, Litauen
 Sept. 1996 – Okt. 2002 Masterstudium der Soziologie, Philosophische Fakultät, Universität Vilnius, Litauen
 Okt. 2001 – März 2002 Gaststudium der Soziologie, Institut für Soziologie, LMU München, Stipendiatin der LMU München
 April 2003 – März 2004 Promotionsstudium (Dr. phil.), Institut für Soziologie, LMU München
 April 2004 – Dez. 2008 Promotionsstudium (Dr. rer. biol. hum.), psychosoziale AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, LMU München, Stipendiatin nach dem Bayerischen Elitförderungsgesetz
 Sept. 2006 8th International Summer School 2006 „Infectious Disease Epidemiology: Modern Surveillance, International Dimensions and Public Health Control“, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, 18.–22.09.2006

Wissenschaftliche Tätigkeiten

Jan. 2001 – Juli 2001 Mitarbeiterin des Staatlichen Fortbildungszentrums für Informationstechnologien, Vilnius, Litauen: Forschungsprojekt „*Informationstechnologien in den Schulen*“
 Jan. 2001 – Sept. 2001 Mitarbeiterin des Open Society Fund, Vilnius, Litauen: Forschungsprojekt „*Sozialporträt der Dorfschulen*“
 Jan. 2005 – Juli 2005 Wiss. Mitarbeiterin der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München im Forschungsprojekt „*Lebensqualität bei den Patienten mit leichter Psoriasis-Arthritis und leichter Psoriasis vulgaris*“ (Befragungsstudie)
 April 2004 – jetzt Wiss. Mitarbeiterin der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München

Berufliche Tätigkeiten

April 2006 – Okt. 2007 Studienassistentin in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München:
 - A randomised, double-blind, two-period study to evaluate the safety and efficacy of Etanercept on skin and joint disease in psoriasis subjects with psoriatic arthritis, “Wyeth”, Phase IV
 - A phase 3, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial evaluating the efficacy and safety of CNTO 1275 in the treatment of subjects with moderate to severe plaque-type psoriasis, “Centocor”
 Juni 2008 Betreuerin in der Ausstellung „Liebesleben“ von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 02. – 15. Juni 2008
 2008 Jurorin bei „Bundeswettbewerb Aidsprävention 2008“, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Bundesministerium für Gesundheit (BMG)