positive stimmen

ERGEBNISBERICHT DES PLHIV STIGMA INDEX IN DEUTSCHLAND

positive-stimmen.de

LEBEN MIT HIV
UND STIGMATISIERUNG

Deutsche AIDS-Hilfe

IMPRESSUM

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Wilhelmstr. 138, 10963 Berlin
Tel.: 030 / 69 00 87-0
E-Mail: dah@aidshilfe.de
Internet: www.aidshilfe.de
--> *www.positive-stimmen.de*

Konzept/Redaktion:
Carolin Vierneisel

Textvorlagen:
Carolin Vierneisel, Ute Hermann (Teil 1, Teil 3)

Bearbeitung:
Petra Barsch

Gestaltung und Satz:
Die Goldkinder

Spenden an die DAH: Konto 220 220 220, Berliner Sparkasse, BLZ 100 500 00; online: aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen unter aidshilfe.de oder bei der Deutschen AIDS-Hilfe. Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Zur Verwendung des Unterstrichs („Gender Gap“) in dieser Broschüre:
Als Gender Gap (Englisch für Geschlechter-Zwischenraum, manchmal auch als Gender_Gap geschrieben oder Gendergap, Gap genannt) wird die meist durch einen Unterstrich gefüllte Lücke zwischen maskuliner und femininer Endung eines Wortes bezeichnet. Sie wird bei Wörtern eingefügt, welche ungewollte (Falsch-)Informationen über das soziale Geschlecht (Gender) enthalten können (beispielsweise Lehrer_innen). Es ist eine aus dem Bereich der Queer-Theorie stammende Variante des Binnen-I. Der Gender Gap soll ein Mittel der sprachlichen Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten, auch jener abseits der gesellschaftlich hegemonialen Zweigeschlechtlichkeit sein. In der deutschen Sprache wäre dies sonst nur durch Umschreibungen möglich. Die Intention ist, durch den Zwischenraum einen Hinweis auf diejenigen Menschen zu geben, welche nicht in das ausschließliche Frau/Mann-Schema hineinpassen oder nicht hineinpassen wollen, wie Intersexuelle oder Transgender. Da es sich um das gesellschaftliche Geschlecht und die Geschlechterrolle handelt, ist aber in weiterer Folge auch beispielsweise der Butch und die Tunte gemeint.

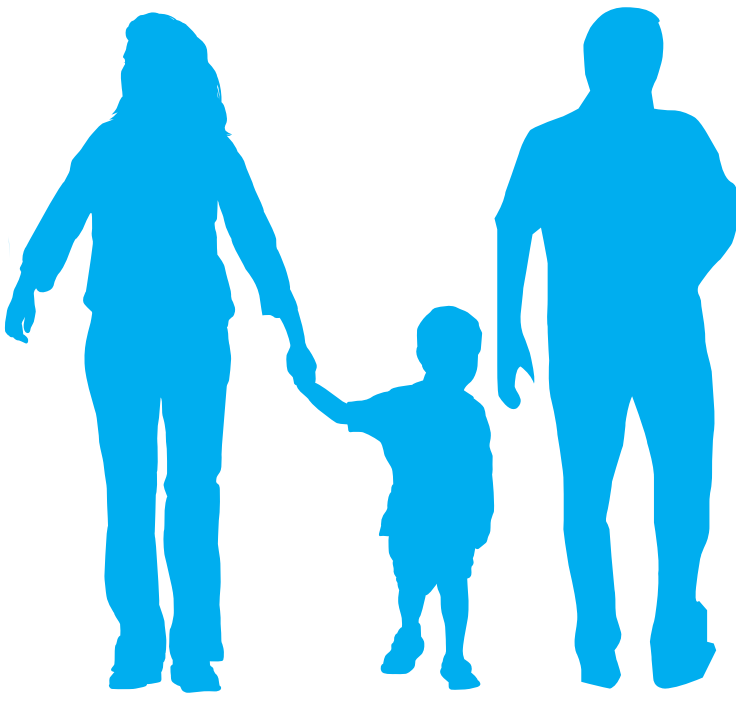
Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Gender_Gap_ %28Linguistik %29

DANKSAGUNG

Das Herz von „positive stimmen“ bildeten 40 überaus engagierte Menschen, denen es als Interviewer_innen gelang, das Projekt in verschiedenen Gruppen von Menschen mit HIV bekannt zu machen und schließlich 1.148 Interviews zu führen.
Ihnen gilt der Dank aller, die dem Projekt verbunden sind.

Ein großes Dankeschön auch an die Mitglieder des Projektbeirats – und nicht zuletzt an die 1.148 Menschen, die sich auf das „Abenteuer Interview“ in diesem Projekt eingelassen haben.

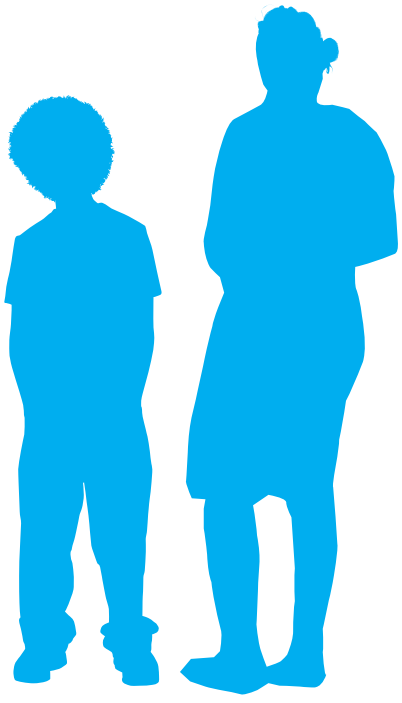
Sylvia Urban für den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

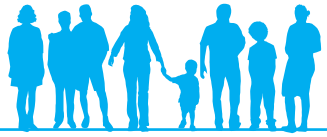


INHALTSVERZEICHNIS

THEMA	SEITE
1. Das Projekt – Einleitung und Methodik	05
Zu diesem Bericht	05
Hintergrund	05
Die Ziele	06
Die Prinzipien	06
Die Perspektiven	06
Methodik	07
Umsetzung	07
Vorbemerkung zur folgenden Darstellung	09
2. Ergebnisse der statistischen Auswertung	10
Teil 1: Soziodemographik – Informationen zur Person	10
Teil 2A: Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung durch andere	21
Teil 2B: Zugang zu Arbeit, Gesundheitsversorgung und Bildungseinrichtungen	29
Teil 2C: Verinnerlichte Stigmatisierung – Negative Gefühle, Rückzug und Vermeidung, Ängste	34
Teil 2D: Rechte, Gesetze und Leitlinien	39
Teil 2E: Veränderungen bewirken	45
Teil 3A: Test/Diagnose	47
Teil 3B: Offenlegung des HIV-Status und Vertraulichkeit	53
Teil 3C: Behandlung	58
Teil 3D: Elternschaft	64
3. Einordnung der Ergebnisse	66
4. Forderungen und Empfehlungen des Projektbeirats	69
5. Weitere Informationen	71
6. Tabellen- und Schaubildverzeichnis	73
Anlagen	

Infoblatt 1: Diskriminierungserfahrungen von schwulen und anderen Männer, die Sex mit Männern haben
Infoblatt 2: Diskriminierungserfahrungen von Migrant_innen
Infoblatt 3:Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit Drogenhintergrund
Infoblatt 4: Diskriminierungserfahrungen von Menschen mitSexarbeits-Hintergrund
Infoblatt 5: Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit Hafterfahrung





1. DAS PROJEKT – EINLEITUNG UND METHODIK

Zu diesem Bericht

Im August 2012 wurde die Dokumentation der Ergebnisse des Peer-Forschungsprojektes *„positive stimmen* – der PLHIV Stigma Index in Deutschland" veröffentlicht. Die Veröffentlichung dokumentierte ausführlich die Besonderheit des Ansatzes des Projektes (gemäß der GIPA Prinzipien „Nicht ohne uns über uns"), die Umsetzung dieser PLHIV Stigma Index Initiative in Deutschland unter dem Namen „positive stimmen" und natürlich auch eine Auswahl der Ergebnisse der statistischen Auswertung der Erhebung. Der hier vorliegende Bericht ist eine Ergänzung zu der bereits veröffentlichten Dokumentation und stellt die Ergebnisse der Auswertung aller erhobenen Daten dar.
Im ersten Teil des Berichtes wird auf die Hintergründe und Ziele des Projektes eingegangen. Im zweiten und Haupt-Teil des Berichtes geht es dann um die Ergebnisse der statistischen Auswertungen. Nach einer Einordnung der Ergebnisse im dritten Teil folgen im vierten Teil die Empfehlungen des Beirates des Projektes, die bereits 2012 veröffentlicht wurden. Zusätzlich werden im Anhang noch Übersichten der Auswertungen für Subgruppen wie schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, Migrant_innen sowie Menschen mit Drogen-, Haft- und Sexarbeitshintergrund angeführt. Darüber hinaus ist eine Sonderauswertung der Ergebnisse der teilnehmenden HIV-positiven Frauen erschienen.[1]
Die Ergebnisse sollen so allen für ihre Weiterarbeit an dem Thema zur Verfügung stehen und an den Stellen Unterstützung bieten, an denen die Rechte und Interessen von Menschen mit HIV weiterhin verteidigt und HIV-bezogene Diskriminierung und Stigmatisierung abgebaut werden müssen.

Hintergrund

HIV-bezogene Stigmatisierung und Diskriminierung können die Lebensqualität von Menschen mit HIV stark beeinträchtigen. Gleichzeitig behindern sie – wie sowohl Praxis als auch Wissenschaft zeigen – die HIV-Prävention. Vor diesem Hintergrund beschlossen 2005 die vier international tätigen Organisationen UNAIDS, GNP+ (Globales Netzwerk von Menschen mit HIV), ICW (Globales Netzwerk für Frauen mit HIV) und IPPF (Internationaler Verband für Familienplanung), eine systematische Auseinandersetzung mit diesen Themen zu starten. Das Besondere an dieser Initiative ist, dass Stigmatisierung und Diskriminierung nicht getrennt betrachtet, sondern als zusammenhängend verstanden werden.
Erstes Ergebnis dieser Auseinandersetzung ist der „PLHIV Stigma Index" (etwa: „Stigma-Index von Menschen mit HIV"), der HIV-bezogene Stigmatisierung dokumentieren soll. Getragen wird der Index im Sinne der GIPA-Prinzipien von Akteur_innen, die selbst mit dem Virus leben: GIPA („Greater Involvement of People Living with HIV/Aids", etwa: „mehr Einbeziehung von Menschen mit HIV/Aids) sieht Menschen mit HIV als Akteur_innen, die gleichberechtigt

[1] http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Frauen_HIV_Stigma.pdf

in alle Belange einzubeziehen sind, die sie betreffen. Seit Beginn der Initiative ist der „PLHIV Stigma Index“ in über 45 Ländern der Welt durchgeführt worden. 2011/2012 ermöglichte die Deutsche AIDS-Hilfe unter dem Titel „positive stimmen“ die Umsetzung des Projekts in Deutschland.

Die Ziele

Das Projekt soll dokumentieren, wie Menschen mit HIV Stigmatisierung erleben. Erhebungsinstrument sind Interviews auf der Grundlage eines Fragebogens. Das Besondere: Sowohl die Befragenden als auch die Befragten sind Menschen mit HIV. Der Stigma-Index will darüber hinaus aber auch einen Beitrag zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung leisten, indem er Interviewer_innen und Interviewte bei ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema und bei der Selbstorganisation unterstützt und die relevanten Akteur_innen vernetzt und aktiviert.

Die Prinzipien

Die Verantwortung für die Umsetzung des Projektes in den einzelnen Ländern liegt bei HIV-Selbsthilfe-Organisationen, um die Interessen von Menschen mit HIV zu wahren und ein Höchstmaß an Transparenz und Datenschutz zu gewährleisten. Die Prozessverantwortung – vor allem bei der Dokumentation der Stigmatisierungserfahrungen – tragen gemäß den GIPA-Prinzipien Menschen mit HIV. Dazu werden sie zu sogenannten Peer-Forscher_innen ausgebildet, das heißt, sie setzen sich mit Themen auseinander, die sie selbst und Menschen in ihrer Situation („Peers“) betreffen. Der Peer-Forschungs-Ansatz soll zum gegenseitigen Verständnis und zur Offenheit beitragen und der interviewten Person Anknüpfungspunkte bieten, selbst aktiv zu werden – zum Beispiel, indem sie Kontakt zum Beratungs- und Hilfesystem oder zu Initiativen der Selbstorganisation aufnimmt.
Wichtig für den Stigma-Index ist die Zusammenarbeit aller relevanten und möglichst vieler interessierter Akteur_innen, die sich in diesem Feld bewegen: Das Projekt soll dazu beitragen, neue Kooperationen aufzubauen und bestehende zu festigen. Nicht zuletzt soll der PLHIV Stigma Index als Möglichkeit der Interessenvertretung genutzt werden: Sowohl der Prozess an sich, in dem Menschen mit HIV sich selbst des Themas annehmen, als auch die Ergebnisse, die Formen der Stigmatisierung aufzeigen, sollen Argumente liefern, um sich gegenüber Politik und (Fach-)Öffentlichkeit für die Belange von Menschen mit HIV einsetzen zu können.

Die Perspektiven

Die Ergebnisse des Stigma-Index dienen als Ansatzpunkte für Konzepte zur Verringerung von Stigmatisierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV. Auch können Prozesse der Zusammenarbeit von Menschen mit HIV, die durch das Projekt gefördert werden, für Initiativen der Selbstorganisation genutzt werden. Langfristig werden das Projekt und die damit

eingeleiteten Schritte dazu beitragen, die HIV-bezogene Stigmatisierung zu reduzieren und die Lebensqualität von Menschen mit HIV und Aids zu verbessern, etwa in den Bereichen Beschäftigung und psychosoziale Belastung. Nicht zuletzt kann auch die Prävention profitieren, z. B. dadurch, dass die Schwelle zur Nutzung des HIV-Tests sinkt, wenn man für den Fall einer HIV-Diagnose nicht mehr Stigmatisierung und Diskriminierung befürchten muss.

Methodik

„positive stimmen" als Projekt der Peer-Forschung

Der englische Begriff peers lässt sich mit „Ebenbürtige", „Gleichgestellte" oder Menschen einer „Bezugsgruppe" übersetzen. Von peer research oder Peer-Forschung wird gesprochen, wenn Menschen, die eine bestimmte Erfahrung sehr gut kennen, andere Menschen, die diese Erfahrung ebenfalls kennen, zu dieser Erfahrung interviewen oder Forschung dazu weitgehend mitgestalten. Beispiele für solche Erfahrungen sind, im Gefängnis gewesen zu sein, Drogen zu gebrauchen oder einer bestimmten Form von Diskriminierung ausgesetzt zu sein; die erforschten Erfahrungen können sich aber auch auf Identitäten (auch zugeschriebene Identitäten) beziehen, beispielsweise die Identität als schwuler Mann, als lesbische Frau, als Trans-Person oder als Migrant_in. Während bei der „traditionellen" Forschung die ausgebildeten Forscher_innen meist eine große Distanz zu ihrem Thema haben, werden in der Peer-Forschung Menschen, die meist keine Forschungsausbildung oder -erfahrung mitbringen, zu Forscher_innen ausgebildet und reflektieren ihre Forschungsrolle kontinuierlich, um dem Gebot wissenschaftlicher Objektivität zu folgen. Wichtige Merkmale des Peer-Forschungsansatzes von „positive stimmen" sind

a) die Teilnahme und die Einbeziehung jener, über die geforscht wird,
b) ein aktivismusorientierter Ansatz, der die erhobenen Daten zur Verbesserung der Situation von Forschenden und Beforschten nutzt, und
c) das „Empowerment" (die „Bevollmächtigung") der an der Forschung beteiligten Menschen der Bezugsgruppe, ihre Interessen selbstbestimmt(er) zu vertreten und zu gestalten.

Umsetzung

Entsprechend dieses Ansatzes wurden im Projekt 40 Menschen mit HIV ausgebildet, um als Peer-Forscher_innen mitzuarbeiten. Die Schulungen umfassten 2,5 Tage und behandelten theoretische (was sind Stigmatisierung und Diskriminierung?) sowie forschungspraktische Inhalte (wie führe ich ein gutes Interview? welche forschungsethischen Fragen gilt es zu berücksichtigen?). Einen Schwerpunkt der Schulung bildete die Auseinandersetzung mit dem Fragebogen, anhand dessen die Interviews geführt wurden. Der standardisierte Fragebogen wurde auf internationaler Ebene von Wissenschaftler_innen, HIV-Aktivist_innen und zivilgesellschaftlichen Akteur_innen gemeinsam entwickelt. [2]
Er wurde mit einigen Fragen ergänzt, um dem deutschen Kontext gerecht zu werden,

[2] UNAIDS (2005). Meeting on development of index on human rights, stigma and discrimination by and for people living with HIV. Report of the Meeting. Geneva, Switzerland, 22-23 August 2005. http://data.unaids.org/una-docs/meeting_hr_plhivindex_23aug05_en.pdf

und besteht neben wenigen offenen hauptsächlich aus Multiple-Choice-Fragen. Um vergleichbare Daten zu bekommen, wurden (sofern nicht anders angegeben) Erfahrungen aus den zurückliegenden 12 Monaten erfragt. Der Fragebogen umfasst 24 DIN-A-4-Seiten und deckt die folgenden Themenbereiche ab: Soziodemographik – Informationen zur Person; Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung durch andere; Zugang zu Arbeit, Gesundheitsversorgung und Bildungseinrichtungen; Verinnerlichte Stigmatisierung – Negative Gefühle, Rückzug und Vermeidung, Ängste; Rechte, Gesetze und Leitlinien; Veränderungen bewirken; Test/Diagnose; Offenlegung des HIV-Status und Vertraulichkeit; Behandlung; Elternschaft.

Der Interviewzeitraum lag zwischen Oktober 2011 und März 2012. Die Interviewer_innen lebten über das gesamte Bundesgebiet verstreut, so dass Interviews in allen Regionen Deutschlands geführt werden konnten. Die Interviews selbst wurden nach dem „Side-by-Side"-Prinzip gehalten: Der_die Interviewer_in saß direkt neben der interviewten Person und gemeinsam wurde der Fragebogen durchgegangen und die Antworten festgehalten. Dabei entspann sich oftmals ein Austausch über die Themen – auch wenn die Antworten entsprechend der standardisierten Fragestellung festgehalten wurden. Die Dauer der Interviews variierte aus diesen Gründen zwischen unter einer und über vier Stunden pro Interview. [3]
Die Antworten der Interviewten wurden völlig anonymisiert im Fragebogen dokumentiert.

Insgesamt konnten in dem angegebenen Zeitraum 1.148 Interviews geführt werden. Damit wurden insgesamt rund 2 % der in Deutschland lebenden HIV-Positiven erreicht.[4]
Eine Befragung der Interviewer_innen ergab, dass pro Interviewer_in durchschnittlich jeweils 28,5 (arithmetisches Mittel) bzw. 23 Interviews (Median) durchgeführt wurden. Des Weiteren zeigte die Befragung, dass der Kontakt zwischen den Interviewer_innen und Interviewten größtenteils durch persönliche Verbindungen zustande kam.[5] Bei der Gruppe der Interviewten handelt es sich also um ein „Convenience-Sample".[6]

Das bedeutet, dass kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben wird, die Ergebnisse jedoch einen Gesamteindruck vermitteln, Rückschlüsse auf die Verhältnisse in einzelnen Teilpopulationen gezogen und diese miteinander verglichen werden können. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb möglich, weil die Gruppe der Interviewer_innen die Zusammensetzung der Gesamtpopulation der Menschen mit HIV in Deutschland widerspiegelte – so z.B. in Bezug auf Geschlecht, sexuelle Orientierung/Identität, Migrations- oder Drogenhintergrund, – und dementsprechend erwartet wurde, dass sich eine ähnliche Verteilung innerhalb der Gruppe der Interviewten ergeben würde.

Die Daten aus den Fragebögen wurden zentral über ein Online-Eingabesystem in eine Arbeitsdatei übertragen und anschließend mit der Auswertungs-Software SPSS bearbeitet.

[3] Drewes, J. (2012). Bericht zur Befragung der InterviewerInnen des Projekts positive stimmen.

[4] Laut Robert Koch-Institut lebten Ende 2011 rund 73.000 Menschen mit HIV in Deutschland: http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?_blob=publicationFile

[5] Drewes, J. (2012). Bericht zur Befragung der InterviewerInnen des Projekts positive stimmen.

[6] Sample ist der englische Begriff für das deutsche Wort Stichprobe; ein Convenience Sample ist im Gegensatz zum „Random Sample" (Zufallsstichprobe) eine Stichprobe, die nicht per Zufallsprinzip gebildet wurde. Ausgewählt werden jene Personen, die leicht erreichbar sind, beispielsweise Bekannte oder Nutzer_innen von bestimmten Internetseiten (angepasst aus: Bochow (2012). Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010)

Vorbemerkungen zu den folgenden Darstellungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die Gesamtgruppe, aber auch interessante, möglicherweise bedeutungstragende Unterschiede zwischen Subgruppen oder dem Rest des Samples gezeigt. Signifikanzen[7] der dargestellten Unterschiede werden lediglich in den Info-Blättern im Anhang aufgeführt. Weitere Darstellungen der spezifischen Subgruppen-Auswertungen finden sich im Anhang auf Info-Blättern.

Bei der Subgruppenzugehörigkeit handelt es sich um eine eigene Zuordnung der Befragten, die sich aber auch nur auf die Vergangenheit beziehen kann („aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit"). In der weiteren Darstellung wird auf diese Spezifizierung aus Platzgründen verzichtet – sie ist aber stets mitgedacht. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der 16- bis 29-Jährigen; hier ist diese Zugehörigkeit immer eine aktuelle Angabe. Die Gruppe der Drogengebrauchenden umfasst Personen mit aktuellem oder ehemaligem injizierenden Drogenkonsum. Die Gruppe der „schwulen Männer" umfasst diejenigen Männer und Trans-Personen, die angaben, schwul zu sein oder zu der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, zu gehören.
Die Angabe „n" bezieht sich auf die Gesamtzahl derjenigen, die in der jeweiligen Gruppe/Kategorie die Frage beantwortet haben. Aufgrund von Auf- bzw. Abrundungen ergibt in den Grafiken und Tabellen die Summe der Anteile nicht immer 100 %.
Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet. Eine Ausnahme bilden Angaben zwischen 0 und 1, die auf die erste Stelle nach dem Komma gerundet wurden.

[7] „Signifikanzberechnungen geben an, inwieweit sich gefundene von erwarteten Verteilungen unterscheiden; nicht signifikant sind Unterschiede in der Statistik dann, wenn der beobachtete Zusammenhang wahrscheinlich nur zufällig zustande gekommen ist."

2. ERGEBNISSE DER STATISTISCHEN AUSWERTUNG

Teil 1: Soziodemographik – Informationen zur Person

GESCHLECHT

Insgesamt nahmen 1.148 Personen an der Studie teil. Drei Viertel der Teilnehmenden waren Männer, ein Viertel Frauen [8]. Zwölf Personen ordneten sich der Gruppe Trans*, eine Person der Gruppe Inter* [9]zu.

1.1 Verteilung nach Geschlecht

	n	%
Männer	855	74
Frauen	280	24
Trans*	12	1
Inter*	1	0,1
Gesamt	**1148**	**100**

ALTER

Ein gutes Drittel der befragten Personen ist zwischen 40 und 49 Jahren alt. Auf diese Gruppe entfallen somit die meisten Fälle. Fast 60 % sind zwischen 30 und 49 Jahren alt, ein weiteres Fünftel zwischen 50 und 59 Jahren.

[8] Frauen sind damit im Verhältnis überrepräsentiert. Das Robert Koch-Institut weist den Frauenanteil unter den Menschen mit HIV in Deutschland für das Jahr 2011 mit 19,4 % aus (Robert Koch-Institut 2012, S. 262).

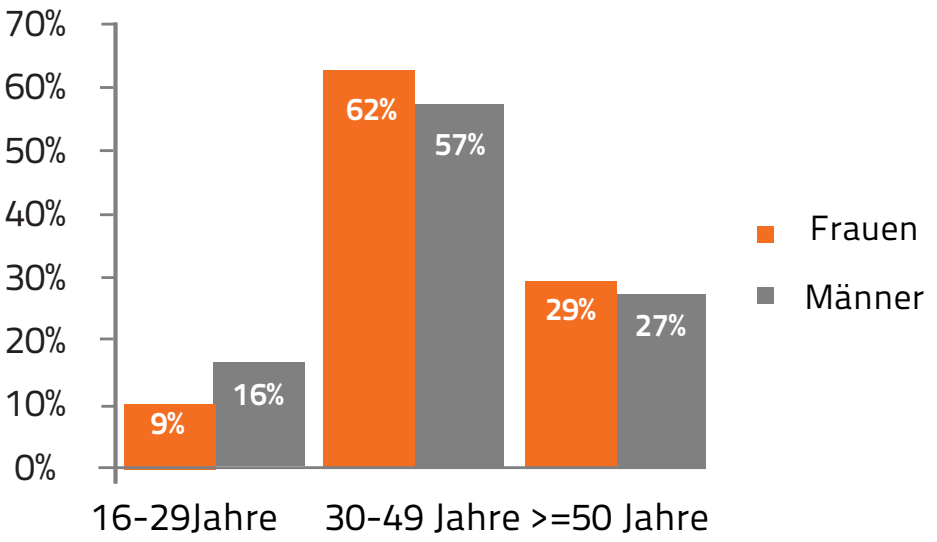
[9] Trans*-Personen sind Menschen, die eine andere geschlechtliche Identität besitzen oder ausleben/darstellen als jene, die ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde – auch solche, die sich aus innerem Zwang, einer Vorliebe folgend oder frei gewählt mithilfe von Sprache, Kleidung, Accessoires, Kosmetik oder körperlichen Modifikationen in einer anderen Weise präsentieren, als es den Erwartungen an die ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlechterrolle entspräche. Dies sind – unter vielen anderen – Transsexuelle und Transgender, Transvestiten, Cross-Dresser, geschlechtslose, mehrgeschlechtliche und genderqueere Menschen. Inter*-Personen können genetisch (aufgrund der Geschlechtschromosomen) und/oder anatomisch (aufgrund der Geschlechtsorgane) und hormonell (aufgrund des Mengenverhältnisses der Geschlechtshormone) nicht eindeutig dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden.

1.2 Altersstruktur

	n	%
16 – 19	19	2
20 – 29	147	13
30 –39	272	24
40 – 49	398	35
50 – 59	228	20
60 +	84	7
Gesamt	**1148**	**100**

Vergleicht man das Alter der Männer und Frauen des Samples, so stellt man fest, dass Frauen in den Altersgruppen ab 30 Jahren etwas stärker vertreten sind als Männer, in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen hingegen schwächer.

1.3 Vergleich Frauen/ Männer: Alter



GRUPPENZUGEHÖRIGKEIT

Die Interviewten hatten die Möglichkeit, sich selbst einer oder mehrerer der folgenden Gruppen zuzuordnen. Dabei wurde nach einer aktuellen oder ehemaligen Zugehörigkeit gefragt.

1.4 Selbstgewählte Gruppenzugehörigkeit

	n Männer	% von Männer	n Frauen	% von Frauen	n Trans*	n Inter-sexuell	n insgesamt	% von n insgesamt
Männer, die mit Männer Sex haben	477	56	-	-	7	1	**485**	**42**
Schwule oder lesbische Menschen	561	66	31	11	4	1	**597**	**52**
Trans* Menschen	7	1	1	0,4	11[10]	-	**19**	**2**
Sexarbeitende	38	4	27	10	2	-	**67**	**6**
Intravenös Drogengebrauchende	64	8	73	26	2	-	**139**	**12**
Flüchtlinge oder Asylsuchende	28	3	12	4	1	-	**41**	**4**
Migrant_innen	103	12	47	17	3	-	**153**	**13**
Migrant_innen aus Ländern, in denen HIV verbreitet ist	25	3	25	9	1	-	**51**	**4**
Heterosexuelle Menschen	212	25	230	82	3	-	**445**	**40**
Menschen in Haft	30	4	19	7	3	-	**52**	**5**

Für die folgenden Auswertungen wurden die beiden Gruppen „Männer, die Sex mit Männern haben" und „schwule Männer" zusammengefasst. Dabei ergeben sich unter Berücksichtigung der Doppelnennungen insgesamt n=694. Dies ist die Fallbasis wenn in Zukunft von „schwulen Männern" die Rede ist.
Ebenfalls wurden die Gruppen „Migrant_innen", „Flüchtlinge oder Asylsuchende" sowie „Migrant_innen aus Ländern, in denen HIV weit verbreitet ist" zusammengefasst. Diese Gruppe wurde noch ergänzt durch diejenigen Fälle, in denen keine Zugehörigkeit zu einer dieser

[10] Eine Person, die als Geschlecht Trans* angegeben hat, hat sich selbst nicht als zu dieser Gruppe gehörend eingeordnet.

Gruppen angegeben wurde, aber eine andere Staatsangehörigkeit als deutsch. Die im Folgenden verwendete Fallbasis für „Migrant_innen" beläuft sich damit auf n=263.

DAUER DER HIV-INFEKTION

Jeweils rund ein Fünftel der befragten Personen geben an, seit einem bis vier Jahren, seit fünf bis neun Jahren sowie seit zehn bis 14 Jahren mit ihrer HIV-Infektion zu leben, insgesamt sind dies etwa 60 %.[11] Fast ein Drittel lebt 15 Jahre und länger mit dem Wissen um die HIV-Infektion.[12]

1.5 Dauer der HIV Infektion

	n	%
Seit bis zum einem Jahr	84	7
Seit ein bis 4 Jahren	214	19
Seit 5 bis 9 Jahren	262	23
Seit 10 bis 14 Jahren	206	18
Seit 15 bis 19 Jahren	147	13
Seit 20 bis 24 jahren	118	10
Seit 25 Jahren und länger	108	10
Seit der Geburt	3	0,3
Gesamt	**1142**	**100**

Vergleicht man einzelne Gruppen des Samples[13], so sind Frauen länger infiziert als Männer 44 % der Frauen 15 Jahre und länger, hingegen nur 29 % der Männer. Nur 18 % der Frauen, aber 28 % der Männer wissen erst seit 4 Jahren von ihrer Infektion. Ehemalige oder aktuell intravenös Drogengebrauchende sind ebenfalls seit längerer Zeit infiziert als nicht dieser Gruppe Zugehörige. Von ihnen sind 60 % 15 Jahre und länger HIV-positiv, vom Rest des Samples nur 29 %. Nur 15 % von ihnen sind seit bis zu 4 Jahren infiziert (restliches Sample: 27 %):. Bei schwulen Männern wiederum liegt der Anteil derjenigen mit einer relativ kurzen Infektionsdauer von unter fünf Jahren mit 31 % deutlich höher als beim Rest des Samples

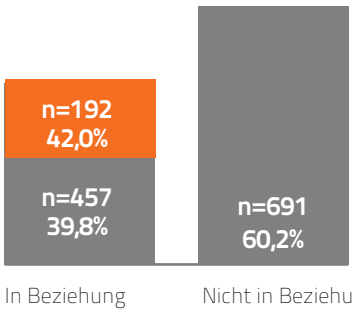
[11] Es wurde nicht nach dem Diagnose- oder Infektionszeitpunkt, sondern danach gefragt, wie lange die Leute bereits mit HIV leben.
[12] 1996 wurde im Rahmen der XI. internationalen AIDS-Konferenz erstmalig die wirksame Kombinationstherapie vorgestellt, die zwar keine Heilung, aber eine Behandlung von HIV ermöglichte.
[13] Bei den folgenden Berechnungen wurden die Kategorien zu „bis 4 Jahre", „5 bis 14 Jahre" und „15 Jahre und länger" zusammengezogen.

mit 19%. Hingegen liegt der Anteil derjenigen, die 15 Jahre und länger von ihrer Infektion wissen bei lediglich 28%, beim Rest des Samples bei 39%.

PARTNERSCHAFT/SEXUALITÄT

In einer Beziehung leben 40% der Befragten, 42 % davon sind verheiratet oder verpartnert. Das heißt, insgesamt 17% der Interviewten sind verheiratet oder verpartnert.

1.6 Partnerschaft



Frauen leben zu 47% in einer Beziehung, Männer nur zu 37%.

1.7 Dauer der Beziehung

	n	%
Seit bis zum einem Jahr	62	14
Seit ein bis 4 Jahren	147	33
Seit 5 bis 9 Jahren	103	23
Seit 10 bis 14 Jahren	60	13
Seit über 15 Jahren	79	18
Gesamt	**451**	**100**

Bei über der Hälfte derjenigen, die in einer Beziehung leben, besteht diese Partnerschaft bereits fünf Jahre und länger. Knapp die Hälfte (49%) der Partner_innen ist ebenfalls HIV-positiv. Frauen leben dabei seltener mit HIV-positiven Partner_innen zusammen als Männer.

Knapp 40 % der Frauen in einer Beziehung führen diese mit einem_einer ebenfalls infizierten Partner_in. Dies trifft hingegen auf 55 % der Männer und mit 56 % insbesondere auf schwule Männer in einer Partnerschaft zu. 61 % aller Befragten (gültige n = 1.090) geben an, zurzeit sexuelle Kontakte zu haben. Dabei haben überraschenderweise diejenigen, die in einer Beziehung leben, seltener sexuelle Kontakte als andere. Während 70 % der Interviewten ohne Beziehung angeben, sexuelle Kontakte zu haben, sind dies nur 47 % derjenigen, die in einer Beziehung leben. Unter den in einer Beziehung Lebenden haben diejenigen mit HIV-positiven Partner_innen signifikant weniger sexuelle Kontakte als diejenigen mit nicht infizierten Partner_innen. Während gut die Hälfte (51 %) der letzteren sexuelle Kontakte angibt, sind es nur 42 % derjenigen mit HIV-positiven Partner_innen.

Schwule Männer haben mit 78 % signifikant häufiger sexuelle Kontakte als der Rest des Samples mit 35 %, Frauen signifikant seltener als Männer. Sie geben nur zu 30 % an, sexuelle Kontakte zu haben, Männer hingegen zu 71 %.

BILDUNG, ERWERBSTÄTIGKEIT UND HAUSHALTSEINKOMMEN

a) Bildung

Die Schul-/Hochschulabschlüsse der befragten Personen verteilen sich wie folgt.

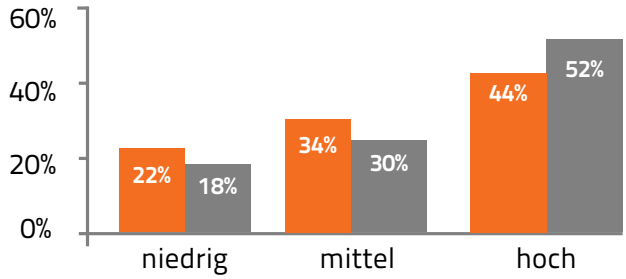
1.8 Schul-/Hochschulabschluss

	n	%
Kein Schulabschluss	32	3
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	185	16
Realschulabschluss/Mittlere Reife/POS 10. Klasse	350	31
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur/EOS	335	30
(Fach-)Hochschulreife/ Universitätsabschluss	228	20
Gesamt	**1130**	**100**

Allerdings unterscheiden sich die interviewten Männer und Frauen hinsichtlich des Schulabschlusses so stark, dass man keine sinnvollen Aussagen treffen kann, ohne die Geschlechter getrennt zu betrachten. Die befragten Männer geben einen deutlich höheren Bildungshintergrund an als die befragten Frauen. Dieses Verhältnis findet sich auch in vorherigen Studien wieder [14]

[14] Die Kohorte des Kompetenznetzes (erhoben zwischen 2003 und 2009) weist für 41,0 % der Männer einen hohen Bildungsgrad aus, aber nur für 27,9 % der Frauen. Die Daten wurden aus dem Datensatz selbst errechnet. Näheres zum Kompetenznetz HIV/AIDS: http://www.kompetenznetz-hiv.de/

1.9 Vergleich Frauen/ Männer: Bildung [15]



Insgesamt liegt das angegebene Bildungsniveau der Befragten deutlich über dem der Gesamtbevölkerung. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Die alle zwei Jahre in der deutschen Allgemeinbevölkerung durchgeführte repräsentative Erhebung ALLBUS weist für das Jahr 2010 einen hohen Bildungsabschluss für 33 % der Männer und für 28 % der Frauen aus (GESIS 2010).
Eine Gruppe mit einem deutlich niedrigeren Bildungsniveau sind diejenigen, die sich der Gruppe der intravenös Drogengebrauchenden zugeordnet haben. Hier haben lediglich 25 % einen hohen Schulabschluss und fast 38 % einen niedrigen Bildungsabschluss.

b) Erwerbstätigkeit

Die befragten Personen machten folgende Angaben zur gegenwärtigen Arbeitssituation. Dabei waren Mehrfachantworten möglich.

1.10 Erwerbstätigkeit

	n	%
Ausbildung: Schule, Ausbildung, Studium	83	7
Vollzeit erwerbstätig (angestellt)	333	29
Teilzeit erwerbstätig (angestellt)	122	11
Vollzeit erwerbstätig (selbstständig)	72	6
Teilzeit erwerbstätig (selbstständig)	30	3
Minijob	90	8
Haus-/Familienarbeit	50	4
Umschulung	17	2
ALG I oder ALG II beziehend	185	16
Grundsicherung	111	10
Altersbezogene Rente/ Pensionierung	57	5

[14] Die Kohorte des Kompetenznetzes (erhoben zwischen 2003 und 2009) weist für 41,0% der Männer einen hohen Bildungsgrad aus, aber nur für 27,9% der Frauen. Die Daten wurden aus dem Datensatz selbst errechnet. Näheres zum Kompetenznetz HIV/AIDS: http://www.kompetenznetz-hiv.de/
[15] Für die folgende Darstellung wurden „kein Schulabschluss" und „Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss" zu „niedrig" zusammengefasst, „Realschulabschluss/ Mittlere Reife/ POS 10. Klasse" entspricht „mittel", „(Fach-)Hochschulreife, Abitur, EOS, (Fach-)Hochschulabschluss und Universitätsabschluss" gilt als „hoch".

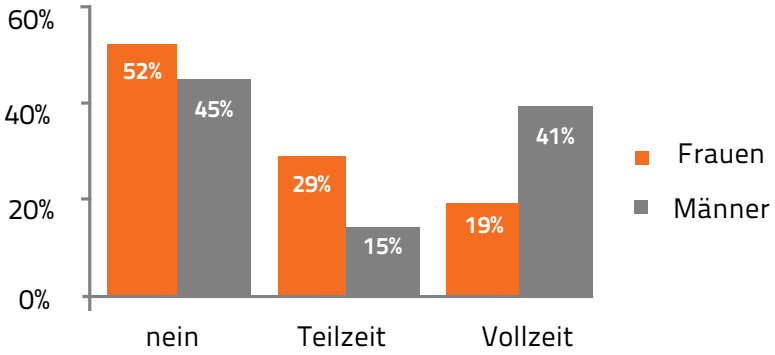
Erwerbsminderungsrente/ - pensionierung	250	22
Andere	46	4

Unter „Anderes" fielen unter anderem Privatvermögen, private Unterstützung, Unterhalt, andere Rentenformen als die genannten, die Teilnahme an Wiedereingliederungsmaßnahmen, Bürgerarbeit, gelegentliche Zuverdienste sowie Prostitution und Taschengeld in der JVA.

Insgesamt sind weniger als die Hälfte (46 %) der Befragten nicht erwerbstätig, ein gutes Drittel (35 %) arbeitet Vollzeit (zusammengefasst wurden hierbei vollzeitige angestellte und selbstständige Erwerbstätigkeit) und knapp ein Fünftel (18 %) Teilzeit (teilzeitige angestellte und selbstständige Erwerbstätigkeit sowie Arbeit in einem Minijob).

Entsprechend der Tendenz in der Gesamtbevölkerung sind die befragten Frauen seltener erwerbstätig als die Männer. Diejenigen, die erwerbstätig sind, arbeiten eher in Teilzeit-, Männer hingegen eher in Vollzeitbeschäftigung. In der Gesamtbevölkerung ist der Anteil der Erwerbstätigen bei beiden Geschlechtern deutlich höher[1].

1.11 Vergleich Frauen/ Männer: Erwerbstätigkeit



Die Interviewten, die einen Drogenhintergrund angeben, sind sehr viel häufiger nicht erwerbstätig als die anderen Befragten. In dieser Gruppe sind 64 % nicht erwerbstätig, nur 13 % arbeiten in Vollzeit.

Auch die Gruppe männlicher Migranten ist in Bezug auf Erwerbstätigkeit schlechter gestellt als die anderen interviewten Männer. Über die Hälfte (53 %) von ihnen ist nicht erwerbstätig, nur ein Drittel (32 %) arbeitet in Vollzeit.

Schwule Männer hingegen sind mit 43% sehr viel häufiger in Vollzeit erwerbstätig als andere Männer (30 %) und mit 43 % seltener nicht erwerbstätig als diese (52 %).

c) Haushaltseinkommen.

Fast die Hälfte (49%) der befragten Personen leben in einem Haushalt mit einem Haushaltseinkommen unter 1.500 Euro.

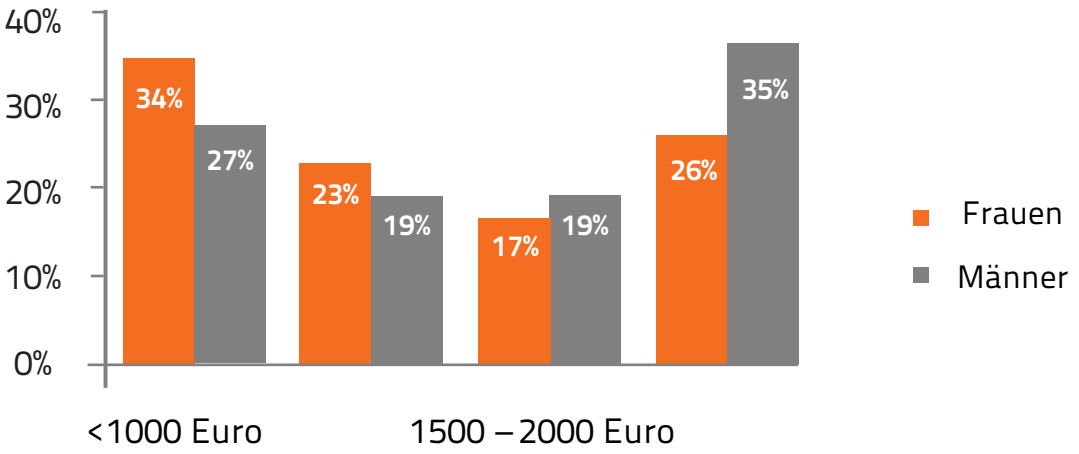
[16] Der ALLBUS2010 weist einen Anteil von 52,4 % erwerbstätigen Frauen und 63,5 % erwerbstätigen Männern aus (GESIS 2010). Dabei sind 24,7 % der Frauen und 4,8 % der Männer in Teilzeit erwerbstätig.

1.12 Haushaltseinkommen

	n	%
Bis unter 500 €	52	5
500 € bis unter 1000 €	253	24
1000 € bis unter 1500 €	211	20
1500 € bis unter 2000 €	192	18
2000 € bis unter 3000 €	206	19
3000 € bis unter 4000 €	76	7
4000 € und mehr	62	6
Gesamt	**1052**	**100**

Die unterschiedliche Beschäftigungssituation der Geschlechter schlägt sich im Haushaltseinkommen nieder. Gut ein Drittel der Frauen lebt in einem Haushalt mit einem Einkommen von unter 1.000 Euro, hingegen nur gut ein Viertel der Männer. Das Verhältnis kehrt sich in der hohen Einkommensgruppe ab 2.000 Euro um.

1.13 Vergleich Frauen/ Männer: Haushaltseinkommen



Betrachtet man die Haushalte der allein Wohnenden gesondert (n=613), so haben hier über die Hälfte der Frauen ein Einkommen von unter 1.000 Euro, aber nur gut ein Drittel der Männer[17]. Die Gruppe mit den geringsten finanziellen Ressourcen ist die der weiblichen Migran-

[17] Von den Frauen, die allein leben, haben 53,8 % ein Einkommen von unter 1.000 Euro, aber nur 34,3 % der Männer.

tinnen. Von diesen leben 52 % in einem Haushalt mit einem Einkommen von unter 1.000 Euro, bei den männlichen Migranten sind es nur 30 %.
Auch Menschen mit Drogenhintergrund sind finanziell schlecht gestellt. Von ihnen leben 38 % in einem Haushalt mit einem Einkommen unter 1.000 Euro (übriges Sample: 27 %)und nur 16 % in einem Haushalt mit einem Einkommen von 2.000 Euro und mehr (übriges Sample: 35 %).
Schwulen Männern geht es finanziell deutlich besser als dem Rest der Untersuchungsteilnehmenden. Sie leben nur zu 25 % in einem Haushalt mit einem Einkommen von unter 1.000 Euro (übriges Sample: 34 %), aber zu 38 % in Haushalten mit einem Einkommen von 2.000 Euro und mehr (übriges Sample: 25 %).
Betrachtet man die allein Lebenden gesondert, wird der Unterschied noch deutlicher. Ein Einkommen unter 1.000 Euro haben nur 32 % der schwulen Männer, aber 52 % der übrigen Teilnehmenden. 27 % der schwulen Männer (andere: 12 %) verfügen über ein Einkommen von 2.000 Euro und mehr.

WOHNSITUATION

Über die Hälfte der interviewten Personen gibt an, allein zu leben, ein Viertel beschreibt die Wohnsituation als „mit dem Partner oder der Partnerin" zusammenlebend.

1.14 Wohnsituation

	n	%
Allein wohnend	613	54
Mit Partner_in zusammen wohnend	286	25
Mit Familienmitgliedern zusammenwohnend	134	12
In Wohngemeinschaft wohnend	82	7
In betreutem Wohnen wohnend	22	2
Gesamt	**1137**	**100**

Die befragten Männer leben sehr viel häufiger allein (58 %) als die befragten Frauen (37 %). Weibliche Migrantinnen leben sehr viel häufiger mit Familienmitgliedern zusammen (32%) als andere Gruppen. Auf männliche Migranten trifft dies nicht zu. Sie leben zu lediglich 12 % mit der Familie.

GRÖSSE WOHNORT

Über die Hälfte aller Befragten leben in einem Wohnort mit einer Million oder mehr Einwohnern, weniger als ein Fünftel in Wohnorten mit 100.000 oder weniger Einwohnern.

1.15 Wohnortgröße

	n	%
Unter 20.000	83	7
20.000 bis 100.000	121	11
100.000 bis 500.000	181	16
500.000 bis 1 Mio.	164	14
1 Mio. und mehr	592	52
Gesamt	**1141**	**100**

Schwule Männer leben zu 59 % in Städten mit einer Million oder mehr Einwohnern, der Rest des Samples hingegen nur zu 40 %.

TEIL 2A: ERFAHRUNGEN MIT STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG DURCH ANDERE

Methodische Vorbemerkung: Die Fragen waren meist zweigeteilt – im ersten Teil wurde zunächst stets nach Ausgrenzungserfahrungen unabhängig von der Ursache gefragt. Wurde diesem Fragenteil zugestimmt, ging es im zweiten Teil der Frage darum, ob die Ausgrenzung aus Sicht der befragten Person sich aufgrund von HIV ereignet habe. Die Fragestellungen sind jeweils sehr lang (z.B. wurden für die Klärung der Fragen oft Beispiele für Ausgrenzungen mitgegeben) und werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur gekürzt wiedergegeben. Komplett sind die Fragen im Fragebogen nachzulesen, der auf Anfrage und in Auszügen bei der Deutschen AIDS-Hilfe zu erhalten ist.

13 % der Befragten erlebten im vorangegangenen Jahr einen Ausschluss von gesellschaftlichen Zusammenkünften, Veranstaltungen oder Aktivitäten. Dabei variieren die Angaben stark nach Subgruppen – z.B. von 11 % bei schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (im Folgenden „Schwule Männer") bis zu 40 % bei Sexarbeitenden. Die Ausgrenzung wird von 59 % aller Interviewten auf die HIV-Infektion zurückgeführt.

2A.1 Ausschluss bei gesellschaftlichen Veranstaltungen

Ausschluss bei gesellschaftlichen Veranstaltungen	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1106)	**13%**
...wegen HIV (n=118)	59%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Schwule Männer (n=676)	11%
Frauen (n=269)	16%
Migrant_innen (n=251)	22%
16- bis 29-Jährige (n=159)	22%
Drogengebrauchende (n=133)	26%
Menschen in Haft (n=51)	33%
Sexarbeitende (n=67)	40%

6 % der sich selbst als religiös oder spirituell Bezeichnenden (insgesamt n=563) berichten von einem Ausschluss von religiösen Aktivitäten. 76 % der Personen, die von einem derartigen Erlebnis berichten, führen diese Erfahrung auf den HIV-Status zurück. Unter der Gruppe der Migrant_innen, die insgesamt häufiger angibt, religiös oder spirituell zu sein, schildern 11 % einen Ausschluss in religiösen Zusammenhängen.

2A.2 Ausschluss von religiösen Aktivitäten

Ausschluss von religiösen Aktivitäten	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=563)*	**6%**
...wegen HIV (n=33)	76%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Migrant_innen (n=175)	11%

*n= 563: Befragte, die angeben, religiös und/oder spirituell zu sein.

Von Ausgrenzungserfahrungen im familiären Kontext berichten insgesamt 13 %, wobei 65 % dieser Personengruppe dies auf ihre HIV-Infektion zurückführen. Die Spannbreite der Erfahrungen geht auch hier weit auseinander, von 11 % bei schwulen Männern bis hin zu 33 % bei Sexarbeitenden.

2A.3 Ausschluss von familiären Aktivitäten

Ausschluss bei familiären Aktivitäten	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1096)	**13%**
...wegen HIV (n=126)	65%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Schwule Männer (n=667)	11%
Frauen (n=269)	15%
Migrant_innen (n=251)	20%
16- bis 29-Jährige (n=154)	25%
Drogengebrauchende (n=130)	26%
Menschen in Haft (n=49)	27%
Sexarbeitende (n=63)	33%

Insgesamt geben 55 % aller Befragten an, im letzten Jahr bemerkt zu haben, dass hinter ihrem Rücken über sie getratscht wurde. 69 % dieses Personenkreises sehen die Ursache hierfür in ihrer HIV-Infektion. Bei den Subgruppen teilten Drogengebrauchende zu 66 % diese Erfahrung, Menschen in Haft zu 77 % und Sexarbeitende zu 82 %.

2A.4 Tratsch hinter dem Rücken

Tratsch hinter dem Rücken	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1148)	**55%**
...wegen HIV (n=516)	69%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Schwule Männer (n=702)	54%
Frauen (n=280)	61%
16- bis 29-Jährige (n=166)	62%
Migrant_innen (n=257)	67%
Drogengebrauchende (n=139)	66%
Menschen in Haft (n=52)	77%
Sexarbeitende (n=67)	82%

Fast jede dritte Person berichtet von verbalen Beleidigungen im letzten Jahr (29 %); für 53 % dieser Gruppe besteht hier ein Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion.

2A.5 Verbale Beleidigung

Verbale Beleidigung	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1147)	**29%**
...wegen HIV (n=306)	53%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Migrant_innen (n=257)	36%
16- bis 29-Jährige (n=166)	36%
Frauen (n=280)	39%
Drogengebrauchende (n=139)	47%
Menschen in Haft (n=52)	54%
Sexarbeitende (n=67)	55%

Von körperlichen Belästigungen oder Bedrohungen berichten 11 % der Interviewten, wobei 54 % den Grund für derartige Erlebnisse in der eigenen HIV-Infektion sehen. In der Gruppe der Sexarbeitenden berichten 28 % von derartigen Vorfällen.

2A.6 Körperliche Belästigung

Körperliche Belästigung	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1147)	**11%**
...wegen HIV (n=110)	54%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Frauen (n=279)	14%
Migrant_innen (n=257)	14%
16- bis 29-Jährige (n=166)	18%
Drogengebrauchende (n=139)	24%
Sexarbeitende (n=67)	28%

Einen tatsächlichen körperlichen, tätlichen Angriff erlebten 8 % der Befragten. Bei 1.146 Personen, die die Frage beantworteten, sind das 90 Menschen, denen dies im letzten Jahr widerfuhr. Hier liegt der Anteil derjenigen, die diesen Angriff auf die HIV-Infektion zurückführen, mit 38 % erstmals unter 50 %. Während schwule Männer zu 7 % von tätlichen Angriffen berichten, steigt die Zahl in der Gruppe der Sexarbeitenden auf 27 %. Auch jüngere Menschen mit HIV (16-29 Jahre) geben überproportional häufig an, tätlich angegriffen worden zu sein (14 %).

2A.7 Tätlicher Angriff

Tätlicher Angriff	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1146)	**8%**
...wegen HIV (n=79)	38%

Erfahrungen in den Subgruppen:	
Schwule Männer (n=701)	7%
Migrant_innen (n=256)	10%
Frauen (n=280)	10%
16- bis 29-Jährige (n=166)	14%
Drogengebrauchende (n=139)	18%
Sexarbeitende (n=67)	27%

Bei der Frage, durch wen die Befragten angegriffen wurden, sind es lediglich schwule Männer, die als erste Nennung eine unbekannte Person angeben. Bei alle anderen Gruppen wird die Kategorie „bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes" am häufigsten genannt.

2A.8 Angreifer_in

Wer hat sie tätlich angegriffen?	
Subgruppe	**1. Nennung**
Frauen (n=26)	bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes
Schwule Männer (n=46)	unbekannte Person
Migrant_innen (n=27)	bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes
Drogengebrauchende (n=25)	bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes
Sexarbeitende (n=18)	bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes
Menschen in Haft (n=6)	bekannte Person außerhalb des eigenen Haushaltes

(Alles aktuell oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

In den Fällen, in denen Befragte angaben, HIV sei nicht der Grund für die erlebte Diskriminierung gewesen, wurde über die zuvor abgefragten Erfahrungen hinweg nach einem Grund gefragt, der am ehesten die Diskriminierungserfahrung erklärt. Die Angaben unterscheiden sich nach den verschiedenen Subgruppen. Der jeweils am häufigsten genannte Grund wird für die jeweiligen Subgruppen in der folgenden Tabelle aufgeführt:

2A.9 Gründe für Ausgrenzungen

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann?	
Subgruppe	**1. Nennung**
Frauen (n=160)	Andere Gründe (diverse)
Schwule Männer (n=374)	Sexuelle Orientierung
Migrant_innen (n=186)	Sexuelle Orientierung
Drogengebrauchende (n=100)	Drogengebrauch
Sexarbeitende (n=56)	Sexuelle Orientierung
Menschen in Haft (n=38)	Drogengebrauch

Methodische Vorbemerkung: Im nächsten Fragenblock wurde nach negativen Erfahrungen aufgrund der HIV-Infektion gefragt. Auf die Zweiteilung der Frage aus dem vorherigen Block wurde – gemäß der internationalen Fragebogenvorgabe – verzichtet. Die Angaben beziehen sich alle wieder auf die letzten 12 Monate und die eigene HIV-Infektion als Grund für die Diskriminierungserfahrung.
Von denjenigen, die angeben, aktuell sexuell aktiv zu sein (n=666), berichten 47 % von mindestens einer sexuellen Zurückweisung im letzten Jahr aufgrund der HIV-Infektion. Mit 57 % berichten Befragte der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen und der Gruppe der Migrant_innen am häufigsten von Zurückweisungen.

2A.10 Sexuelle Zurückweisung

Sexuelle Zurückweisung aufgrund von HIV	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=666)*	47%
Frauen (n=78)	46%
Schwule Männer (n=524)	47%
Menschen in Haft (n=20)	50%
Drogengebrauchende (n=45)	56%
16- bis 29-Jährige (n=117)	57%
Migrant_innen (n=214)	57%

*n=666: Es wurden nur diejenigen einbezogen, die angeben, aktuell sexuell aktiv zu sein.

In Freundschaften aufgrund der HIV-Infektion unverstanden oder ausgegrenzt fühlten sich 36 % aller Interviewten. In der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen und der Menschen in Haft ist es jeweils über die Hälfte, die dies in Freundschaften wahrgenommen hat.

2A.11 Unverständnis in Freundschaften

In Freundschaften unverstanden gefühlt aufgrund von HIV	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1141)	36%
Schwule Männer (n=697)	35%
Frauen (n=278)	43%
Migrant_Innen (n=257)	48%
Drogengebrauchende (n=138)	48%
16- bis 29-Jährige (n=166)	52%
Menschen in Haft (n=52)	54%

Von denjenigen, die sich aktuell in einer Beziehung befinden, geben 15 % an, sich im letzten Jahr aufgrund ihres HIV-Status von ihrer Partnerin oder ihrem Partner psychisch unter Druck gesetzt oder sich gezielt beeinflusst gefühlt zu haben.

2A.12 Druck in Partnerschaften

In Partnerschaft mit HIV-Status unter Druck gesetzt	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=449)*	15%

*n=449: Befragte, die angeben, aktuell in einer Beziehung zu sein

Von anderen Menschen mit HIV ausgegrenzt, abgelehnt oder vergessen fühlten sich 19 %. Hier gibt es keine deutlichen Unterschiede zwischen denjenigen, die sich im HIV Bereich engagieren und denjenigen, die das nicht tun.

2A.13 Ausgrenzung durch andere Menschen mit HIV

Von anderen HIV-Positiven abgelehnt, ausgegrenzt oder "vergessen"	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1144)	19%

Unter denjenigen, die entweder in einer Beziehung leben oder mit anderen Menschen in einem Haushalt (n=592), gaben 19 % an, dass eine dieser Personen aufgrund des HIV-Status der interviewten Person (eine „assoziierte") Diskriminierung erfahren habe. In der Gruppe der Frauen geben 24 % der Befragten eine solche Erfahrung an.

2A.14 Diskriminierung von Angehörigen

Partner_in oder Haushaltsmitglied diskriminiert wegen HIV-Status	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=592)*	19%
Frauen (n=176)	24%

*n=592: Befragte, die angeben, aktuell in einer Beziehung oder in einem Haushalt mit mehr als einer Person zu leben

TEIL 2B: ZUGANG ZU ARBEIT, GESUNDHEITSVERSORGUNG UND BILDUNGSEINRICHTUNGEN

Unter allen Befragten gaben 9 % an, im letzten Jahr gezwungen gewesen zu sein, ihren Wohnsitz/Aufenthaltsort zu wechseln. 38 % davon berichteten, dass dies im Zusammenhang mit der HIV-Infektion gestanden habe. Unter den über 50-Jährigen waren es 52 %, bei denen ein erzwungener Umzug im Zusammenhang mit der HIV-Infektion stand.

2B.1 Erzwungener Wohnsitzwechsel

Erzwungener Wohnsitzwechsel	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1148)	9%
...wegen HIV (n=100)	38%
...wegen HIV bei 50+ - Jährigen (n=21)	52%

Vier Prozent aller Befragten berichten von einem Ausschluss von einer Bildungseinrichtung aufgrund der eigenen HIV-Infektion. Männliche Sexarbeiter, obgleich eine kleine Gruppe, weisen hier mit 26 % den höchsten Wert auf.

2B.2 Ausschluss von Bildungseinrichtung

Von Bildungseinrichtung verwiesen	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=674)	4%
Schwule Männer (n=378)	2%
Frauen (n=191)	4%
16-bis 29-Jährige (n=113)	4%
Drogengebrauchende (n=93)	9%
Menschen in Haft (n=33)	15%
Sexarbeitende (n=37)	16%

Ein Gesundheitsdienst verweigert wurde im vorangegangenen Jahr bei 19 % aller Befragten. Darunter fallen auch, laut Fragestellung, Zahnbehandlungen. Während dies bei 30 % aller befragten Menschen in Haft der Fall war, sind es in der Gruppe der Migrant_innen 33 %, und in der Gruppe der Sexarbeitenden 48 %.

2B.3 Verweigerung einer Gesundheitsdienstleistung

Gesundheitsdienst verweigert	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1047)	19%
Schwule Männer (n=637)	15%
Frauen (n=257)	27%
Menschen in Haft (n=50)	30%
Migrant_innen (n=242)	33%
Drogengebrauchende (n=129)	36%
Sexarbeitende (n=63)	48%

Von denjenigen, die ein Kind haben, berichten 6 %, dass eines ihrer Kinder in den letzten 12 Monaten aufgrund des HIV-Status des interviewten Elternteils von dem Besuch einer Bildungseinrichtung abgehalten wurde.

2B.4 Ausschluss von Kindern von einer Bildungseinrichtung

Kind von Besuch einer Bildungseinrichtung abgehalten	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=199)*	6%

*von den n=209 derjenigen, die angeben, ein Kind zu haben

Die Verweigerung einer Dienstleistung im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit erlebten 4 % aller Befragten. Frauen, Migrant_innen, Drogengebrauchende und Sexarbeitende berichteten dies mit 7-9 % doppelt so häufig.

2B.5 Verweigerung einer Dienstleistung im Bereich sexuelle/reproduktive Gesundheit

Verweigerung einer Dienstleistung im Bereich sexuelle/ reproduktive Gesundheit	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1114)	4%
Frauen (n=268)	7%
Migrant_innen (n=254)	7%
Drogengebrauchende (n=137)	8%
Sexarbeitende (n=66)	9%

Methodische Vorbemerkung: Im Fragenblock zum Thema Arbeit waren Angaben bzw. Anweisungen für die Interviewer_innen dahingehend nicht eindeutig formuliert, in welchen Fällen die Passage mit den Interviewten zu bearbeiten und auszufüllen sei. Es war gedacht, dass diejenigen zu der Passage befragt werden, die in den letzten 12 Monaten mindestens zu einem Zeitpunkt erwerbstätig gewesen sind. Häufig wurden die Fragen allerdings nur beantwortet, wenn die Interviewten aktuell erwerbstätig waren. Dies führte zu einer unklar definierbaren Gruppe derjenigen, die die Fragen ausgefüllt haben. Um zumindest trotzdem eine definierbare Grundgesamtheit zu haben, wird im Folgenden daher jede Frage für zwei Gruppen beantwortet: (1) für all diejenigen, die die Frage beantworteten und noch einmal getrennt nur (2) für all diejenigen, die angeben, aktuell erwerbstätig zu sein.
12 % aller Personen, die auf die entsprechende Frage antworteten, berichten, dass sie im letzten Jahr eine Arbeitsstelle verloren haben (unter den aktuell Erwerbstätigen: 9 %). 44 % aller Personen, die auf die Frage antworteten, gaben an, dass der Verlust im Zusammenhang mit der HIV Infektion stand (unter den aktuell Erwerbstätigen: 42 %). Eine HIV-bezogene Diskriminierung als Hintergrund ihres HIV-bedingten Arbeitsverlustes sehen 66 % der Betroffenen (n=29; unter den aktuell Erwerbstätigen: 84 %, n=24). 9 % aller, die auf die Frage antworteten, geben an, dass ihnen im letzten Jahr eine Arbeitsstelle wegen der HIV-Infektion verweigert wurde (unter den aktuell Erwerbstätigen: 8 %). Eine Veränderung der Tätigkeitsbeschreibung oder eine Verweigerung einer Beförderung im Zusammenhang mit der HIV-Infektion geben 10 % aller Menschen an, die auf die Frage antworteten (unter den aktuell Erwerbstätigen: 8 %). 58 % (n=43) aller derjenigen, die diese Frage bejahten, sehen eine HIV-bedingte Diskriminierung als Hintergrund (unter den aktuell Erwerbstätigen: 48 %).

2B.6 Verlust einer Arbeitsstelle

Arbeitsstelle verloren	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=724)	12%	85
Nur aktuell Erwerbstätige (n=588)	9%	54

2B.7 Verlust einer Arbeitsstelle aufgrund von HIV

Wenn Arbeitsstelle verloren, war das wegen HIV?	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=79)	44%	35
Nur aktuell Erwerbstätige (n=50)	42%	21

2B.8 Verlust der Arbeitsstelle aufgrund von Diskriminierung

Aufgrund von HIV-bezogener Diskriminierung?	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=44)	66%	29
Nur aktuell Erwerbstätige (n=24)	83%	20

2B.9 Verweigerung einer Arbeitsstelle aufgrund von HIV

Arbeitsstelle verweigert?	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=513)	9%	47
Nur aktuell Erwerbstätige (n=430)	6%	27

2B.10 Verweigerung einer Beförderung aufgrund von HIV

Beförderung verweigert oder Tätigkeits-veränderung wegen HIV?	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=507)	10%	48
Nur aktuell Erwerbstätige (n=430)	8%	33

2B.11 Verweigerung einer Beförderung aufgrund von Diskriminierung

Aufgrund von Diskriminierung?	"Ja"-Antworten	n
Alle Antworten (n=43)	58%	25
Nur aktuell Erwerbstätige (n=29)	48%	14

Von den aktuell Erwerbstätigen (n=447) geben 37 % an, dass es bei ihrer Arbeitsstelle individuelle oder strukturelle Regelungen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen gibt; 22 % können darüber keine Auskunft geben.

TEIL 2C: VERINNERLICHTE STIGMATISIERUNG – NEGATIVE GEFÜHLE, RÜCKZUG UND VERMEIDUNG, ÄNGSTE

Methodische Vorbemerkung: Die Fragen zum Bereich „Verinnerlichte Stigmatisierung" gliedern sich in drei Bereiche auf: Negative Gefühle, Rückzug und Vermeidung, Ängste. Es wird nach Gefühlszuständen, Verhalten oder Ängsten gefragt, die sich mindestens einmal in den letzten 12 Monaten und aufgrund der eigenen HIV-Infektion ereignet haben.
Im Bereich der „negativen Gefühle" gaben 31 % aller Befragten an, sich mindestens einmal im letzten Jahr aufgrund ihrer HIV-Infektion geschämt zu haben. Migrant_innen geben dies zu 41 % an, 16- bis 29-Jährige zu 49 %.

2C.1 Schamgefühle

Ich schämte mich (Gesamt n=1135)	31%
Migrant_innen (n=258)	41%
Drogengebraucher (nur Männer,n=63)	41%
Sexarbeitende (n=67)	43%
16- bis 29-Jährige (n=164)	49%

Von einem Gefühl der Schuld berichteten 23 % aller Befragten im gleichen Zeitraum. Bei 16- bis 29-Jährigen mit 36 % und männlichen Sexarbeitern mit 37 % zeigen sich Höchstwerte.

2C.2 Schuldgefühle

Ich fühlte mich schuldig (Gesamt n=1135)	23%
Migrant_innen (n=257)	31%
Sexarbeitende (nur Männer, n=38)	37%
16- bis 29-Jährige (n=164)	36%

32 % aller Befragten machten sich aufgrund der HIV-Infektion Vorwürfe und 20 % machten anderen Vorwürfe. Die Angaben der Frauen und 16- bis 29-Jährigen unterscheiden sich beide Male durch höhere Ausprägungen am deutlichsten von denen der anderen Gruppen.

2C.3 Vorwürfe

Ich mache mir Vorwürfe (Gesamt n=1136)	32%
16- bis 29-Jährige (n=163)	40%
Frauen (n= 273)	41%

2C.4 Vorwürfe an andere

Ich machte anderen Vorwürfe (Gesamt n=?)	20%
Frauen (n= 272)	28%
16- bis 29-Jährige (n=163)	33%

42 % berichten von einem niedrigen Selbstwertgefühl[18] aufgrund der HIV-Infektion. Mit 53 % bei den Drogengebrauchenden und 58 % bei den männlichen Sexarbeitern ist das in diesen Gruppen bei mehr als jeder zweiten Person der Fall.

2C.5 Geringes Selbstwertgefühl

Ich hatte ein geringes Selbstwertgefühl (Gesamt, n=1134)	42%
Frauen (n= 275)	52%
Drogengebraucher (n=139)	53%
Sexarbeiter (nur Männer, n=38)	58%

Der Aussage, dass sie das Gefühl hatten, bestraft werden zu sollen, stimmten 8 % aller Befragten und 12 % in der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen zu.

2C.6 Gefühl, bestraft werden zu sollen

Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden (Gesamt n=1124)	8%
16- bis 29-Jährige (n=163)	12%

Von Selbstmordgedanken[19] berichten 23 % aller Befragten. Hier zeigen sich Unterschiede im Vergleich zwischen Menschen mit bzw. ohne Hafterfahrung (Menschen in Haft: 44 %).

[18] In wieweit hier wirklich das Konstrukt „Selbstwertgefühl" abgefragt wurde, ist schwierig einzuschätzen –auch hier ist wieder das Erleben der Befragten entscheidend.

[19] Eine Zustimmung bei dieser Frage wird als Zeichen großer Verzweiflung und weniger als akute Suizidalität gewertet.

2C.7 Selbstmordgedanken

Ich hatte Selbstmordgedanken (Gesamt, n=1133)	23 %
Schwule Männer (n=695)	19%
Frauen (n=275)	27%
16- bis 29-Jährige (n=164)	31%
Migrant_innen (n=258)	34%
Drogengebrauchende (n=138)	39%
Sexarbeitende (n=67)	40%
Menschen in Haft (n=52)	44%

Drei Viertel aller Befragten gaben an, sich im letzten Jahr aufgrund der HIV-Infektion mindestens einmal traurig oder deprimiert[20] gefühlt zu haben. Dieser Wert steigt von 81 % bei den Frauen über 82 % bei der Gruppe der Migrant_innen und 86 % bei den befragten Drogengebrauchenden auf 88 % bei den 16- bis 29-Jährigen und 91 % bei den Sexarbeitenden an.

2C.8 Traurigkeit

Ich war traurig/deprimiert (Gesamt, n=1143)	75%
Frauen (n=278)	81%
Migrant_innen (n=260)	83%
Drogengebrauchende (139)	86%
16- bis 29-Jährige (n=163)	88%
Sexarbeitende (n=67)	91%

Methodische Vorbemerkung: Beim Fragenblock zu Rückzug und Vermeidung wird auf die Darstellung von Gruppenunterschieden verzichtet. Auch hier beziehen sich die Fragen wieder auf die letzten 12 Monate und die eigene HIV-Infektion ist der Ausgangspunkt für die Angaben. In der Fragestellung wurde außerdem ausgeschlossen, dass es gesundheitliche Einschränkungen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion waren, die eine Vermeidung oder einen Rückzug bedingten.
27 % berichten, nicht an einer Veranstaltung teilgenommen zu haben, 31 % von einem Rückzug von Freund_innen und/oder der Familie. 10 % entschlossen sich, aufgrund der HIV-Infektion nicht mehr arbeiten zu gehen, 14 % bewarben sich nicht auf eine Arbeitsstelle, 7 % begannen nicht mit einer Weiterbildung, obwohl sie Gelegenheit dazu gehabt hätten. Auf

[20] Von den Interviewer_innen wurde darauf hingewiesen, dass hier Trauer jeweils als negative und belastende Emotion an die Interviewten kommuniziert und von diesen auch so verstanden wurde. Nichtsdesto trotz ist eine allgemeingültige Interpretation des geäußerten Trauer-Gefühls schwierig. Die Frage kann jedoch in jedem Fall als Indikator gelten.

eine Partnerschaft verzichteten aufgrund von HIV im letzten Jahr 18 %, auf Sex 20 % und auf die Realisierung eines Kinderwunsches 22 %. Auch gesundheitliche Dienstleistungen wurden aufgrund der HIV-Infektion zum Teil nicht in Anspruch genommen: So stimmen 11 % aller Befragten der Aussage zu, dass sie es vermieden, in eine örtliche Arztpraxis zu gehen, als es notwendig gewesen wäre, und 7 % der Aussage, nicht in ein Krankenhaus gegangen zu sein, als es ebenso nötig gewesen wäre.

2C.9 Rückzug und Vermeidung

Rückzug und Vermeidung	"Ja"-Antworten
Nicht an Veranstaltung teilgenommen (n=1139)	27%
Von Freund_innen/ Familie zurückgezogen (n=1142)	31%
Nicht mehr arbeiten gegangen (n=1127)	10%
Nicht auf Arbeitsstelle beworben (n=1.129)	14%
Weiterbildung beendet bzw. nicht mehr angefangen (n=1120)	7%
Auf Partnerschaft verzichtet (n=1136)	18%
Auf Sex verzichtet (n=1140)	20%
Gegen Kinder entschieden (n=1116)	22%
Nicht in Arztpraxis gegangen (n=1141)	11%
Nicht ins Krankenhaus gegangen (n=1141)	7%

Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihres HIV-Status (nicht aus gesundheitlichen Gründen) eines der folgenden Dinge getan?

Methodische Vorbemerkung: Im Frageblock zu Ängsten war der Bezugszeitraum wieder das letzte Jahr und die eigene HIV-Infektion wird als Hintergrund vorausgesetzt. Die Ängste wurden erfragt unabhängig davon, ob sich die Angst im Späteren realisiert hatte oder nicht.
50 % geben an, Angst gehabt zu haben, dass hinter ihrem Rücken über sie getratscht würde. Fast jede dritte Person fürchtete, aufgrund der HIV-Infektion beleidigt zu werden. Jede sechste Person (15 %) hatte Angst, körperlich bedroht zu werden, und 13 % fürchteten einen tätlichen Angriff aufgrund der HIV-Infektion.

2C.10 Ängste

Ich hatte Angst, ...	"Ja"-Antworten
...dass über mich getratscht wird (n=1145)	50%
...verbal beleidigt zu werden (n=1.138)	30%
...körperlich bedroht zu werden (n=1137)	15%
...tätlich angegriffen zu weredn (n=1.136)	13%

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst davor, dass Ihnen aufgrund Ihres HIV-Status eines der folgenden Dinge passieren könnte (unabhängig davon, ob es dann tatsächlich passiert ist oder nicht)?

Eine sexuelle Zurückweisung[21] aufgrund der HIV-Infektion befürchteten im Gesamten 52 %, wobei Frauen dies mit 43 % weniger häufig berichteten als schwule Männer (55 %), Menschen in Haft (56 %) oder 16- bis 29-Jährige (69 %).

2C.11 Angst vor sexueller Zurückweisung

Angst vor sexueller Zurückweisung (Gesamt, n=1134)	52%
Frauen (n=273)	43%
Schwule Männer (n=698)	55%
Menschen in Haft (n=52)	56%
16- bis 29-Jährige (n=165)	69%

[21] Bei dieser Frage wurde nicht unterschieden zwischen denjenigen, die angeben, sexuell aktiv zu sein, und denen, die das verneinen.

TEIL 2D: RECHTE, GESETZE UND LEITLINIEN

40 % aller Befragten haben schon einmal von der Verpflichtungserklärung zu HIV/AIDS (Declaration of Commitment on HIV/AIDS) gehört. 39 % dieses Personenkreises haben sie wiederum auch gelesen oder mit anderen diskutiert. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist mit 64 % bekannter als die Verpflichtungserklärung. Wiederum ein gleicher Prozentsatz (39 %) derjenigen, die das Gesetz kennen, geben an, es gelesen oder darüber diskutiert zu haben.

2D.1 Kenntnisse von Rechten und Leitlinien

Rechte und Leitlinien	"Ja"-Antworten
Wissen um Verpflichtungserklärung zu HIV/Aids Gesamt, n=1148)	40%
...davon haben sie gelesen oder darüber diskutiert (n=484)	39%
Wissen um Allgemeines Gleichbehandlungssgesetz (AGG) Gesamt, n=1081)	64%
...davon habenes gelesen oder darüber diskutiert (n=766)	39%

Methodische Vorbemerkung: Ein Frageblock in diesem Teil dokumentiert Diskriminierungserfahrungen aufgrund von HIV im Zusammenhang mit Gesetzen und Leitlinien bzw. rechtlichen Instanzen oder staatlichen Strukturen. Die Angaben beziehen sich wieder auf die letzten 12 Monate und auf HIV als Ursache.

Die Frage, ob sie in den letzten 12 Monaten zu einem Gesundheitsverfahren, einschließlich eines HIV-Tests, gezwungen wurden, bejahten 6 % aller Befragten. Bei Migrant_innen und Sexarbeitenden lag dieser Anteil mit 12 % bzw. 13 % deutlich höher.

2D.2 Zwang zu Gesundheitsverfahren

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Zu Gesundheitsverfahren gezwungen (inkl. HIV - Test) Gesamt, n=1148)	6%
Migrant_innen (n=262)	12%
Sexarbeitende (n=67)	13%

2D.3 Verweigerung einer Versicherung

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Versicherung verweigert (Gesamt, n=1148)	16%
Migrant_innen (n=262)	21%

2 % geben an, im Zusammenhang mit ihrer HIV-Infektion festgenommen oder angeklagt worden zu sein – bei Sexarbeitenden und Drogengebrauchenden liegt die Zahl bei 9 %, bei Menschen in Haft bei 10 %.

2D.4 Festnahme und Anklage

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Festnahmen/Anklage mit HIV-Bezug (Gesamt, n=1148)	2%
Sexarbeitende (n=67)	9%
Drogengebrauchende (n=139)	9%
Menschen in Haft (n=52)	10%

13 % geben an, dass sie in ein Land einreisen wollten, in das sie per Gesetz als HIV-Positive nicht einreisen durften.[22]

2D.5 Verweigerung einer Einreise

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Wunsch in ein Land zu reisen, in das eine Einreise für HIV-Positive verboten ist (Gesamt, n=1148)	13%
Sexarbeitende (n=67)	27%

[21] Hier wurde der Wunsch abgefragt und nicht die tatsächliche Einreise bzw. die tatsächliche Einreise-Verweigerun.

Jede 20. befragte Person musste ihren HIV-Status offenlegen, um einen Aufenthaltstitel oder eine Staatsangehörigkeit zu erlangen. Drogengebrauchende (9 %), Menschen in Haft (14 %) und Migrant_innen (17 %) berichten deutlich öfter von dieser Erfahrung.

2D.6 Offenlegung des Status und Aufenthalt

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Offenlegung des HIV-Status für Aufenthaltstitel (Gesamt, n=1148)	5%
Sexarbeitende (n=67)	8%
Menschen in Haft (n=52)	14%
Migrant_innen (n=262)	17%

Isolation, Quarantäne und Inhaftierung erlebten 3 % der Befragten in den letzten 12 Monaten – Drogengebrauchende (8 %) und Menschen in Haft (17 %) dabei am häufigsten.

2D.7 Inhaftierung, Quarantäne und Isolierung

Ist Ihnen Folgendes aufgrund von HIV widerfahren?	"Ja"-Antworten
Inhaftierung, Quarantäne, Isolierung (Gesamt, n=1148)	3%
Drogengebrauchende (n=139)	8%
Menschen in Haft (n=52)	17%

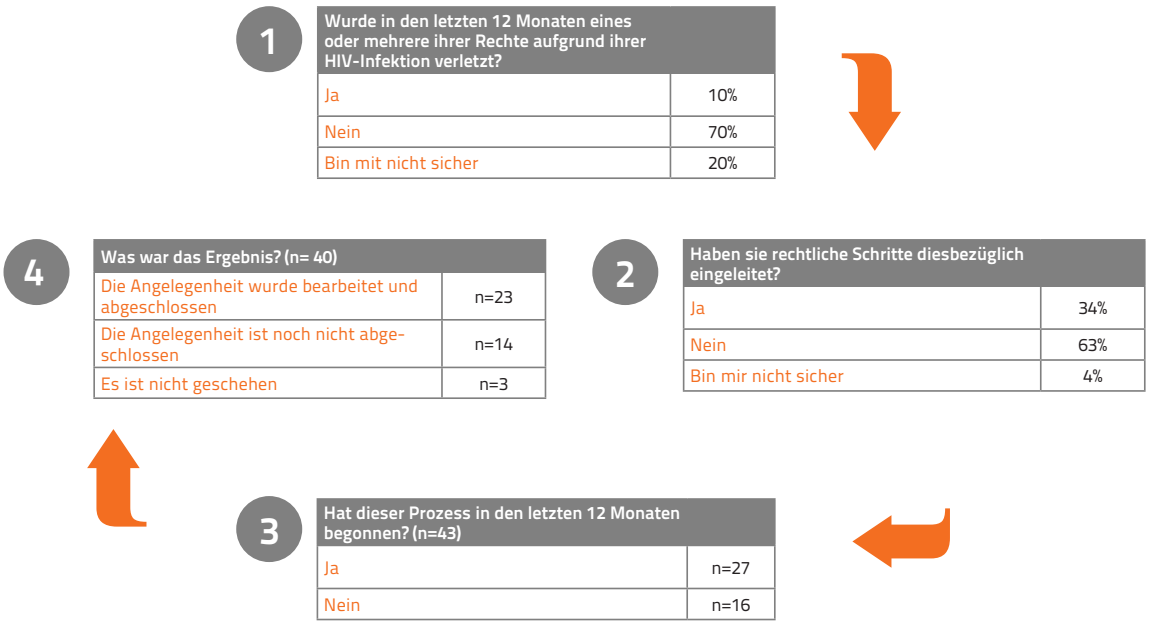
Die Verteilung der oben aufgeführten negativen Erfahrungen mit Gesetzen und Leitlinien ist dabei sehr ungleich: 65 % geben an, keine dieser Erfahrungen gemacht zu haben, 25 % waren einer der genannten Behandlungen ausgesetzt, 8 % erlebten zwei davon, 1,4 % drei; vier, fünf und sechs der Erfahrungen machten jeweils 0,3 % der Befragten (0,3 % entsprechen 3-4 Personen).

2D.8 Übersicht der Erfahrungen im Bereich Gesetze und Leitlinien

Keines dieser Dinge	65%
Eines dieser Dinge	25%
Zwei dieser Dinge	8%
Drei dieser Dinge	1%
Vier dieser Dinge	0,3%
Fünf dieser Dinge	0,3%
Sechs dieser Dinge	0,3%

Folgendes Schaubild, das eine Fragenkette des Fragebogens veranschaulicht, dokumentiert den Ereignisverlauf für den Fall, dass Menschen mit HIV aufgrund einer wahrgenommenen Verletzung ihrer Rechte im letzten Jahr rechtliche Schritte eingeleitet haben

2D.9 Verletzung von Rechten und Gegenmaßnahmen



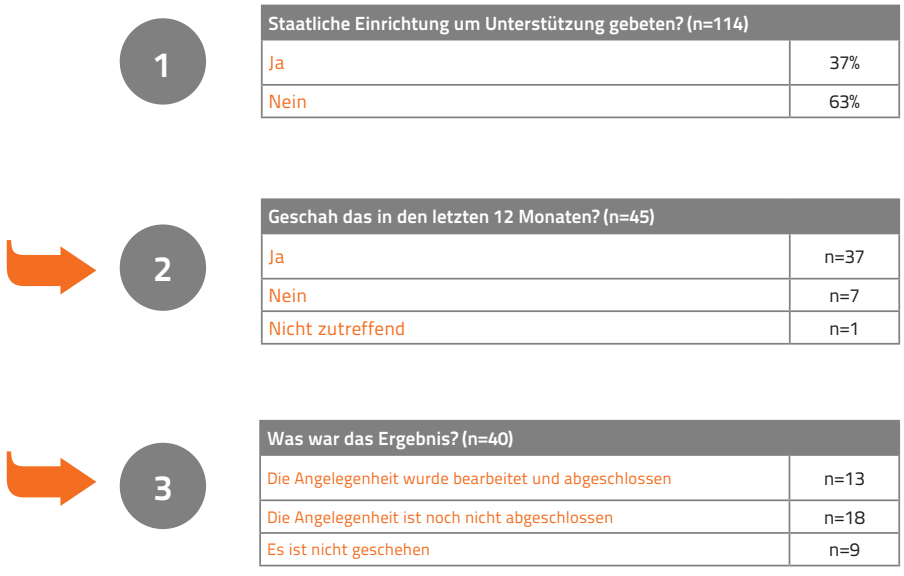
Die Befragten, die einer Verletzung ihrer Rechte im letzten Jahr ausgesetzt waren, aber keine rechtlichen Schritte dagegen einleiteten, gaben als häufigsten Grund für ihr Verhalten mangelndes Vertrauen auf Erfolg an.

2D.10 Gründe gegen Einleitung rechtlicher Schritte

Falls sie keine rechtlichen Schritte eingeleitet haben-warum nicht?	n
Wenig Vertrauen auf Erfolg	42
Keine finanziellen Möglichkeiten	22
Verfahren zu bürokratisch	21
Zu eingeschüchtert/ängstlich	17
Keine Ansprechperson	12
Es wurde abgeraten	5
Andere Gründe	9
Keine dieser Gründe	9

Den Versuch, staatliche Einrichtungen dazu zu bewegen, Maßnahmen gegen die wahrgenommene Verletzung der eigenen Rechte zu ergreifen, zeigt folgendes Schaubild, das wiederum Antworten aus dem Fragebogen darstellt:

2D.11 Unterstützung durch staatliche Stellen



Den gleichen Verlauf, für den Versuch, Politiker_innen einzubeziehen, zeigt das nächste Schaubild:

2D.12 Unterstützung durch Politiker_innen

1

Politiker_innen um Unterstützung gebeten? (n=116)	
Ja	16%
Nein	84%

2

Geschah das in den letzten 12 Monaten? (n=24)	
Ja	n=16
Nein	n=8

3

Was war das Ergebnis? (n=19)	
Die Angelegenheit wurde bearbeitet und abgeschlossen	n=1
Die Angelegenheit ist noch nicht abgeschlossen	n=11
Es ist nicht geschehen	n=7

TEIL 2E VERÄNDERUNGEN BEWIRKEN

Methodische Vorbemerkung: Dieses Kapitel befasst sich mit dem Wissen um Organisationen im HIV-Bereich, eigenem Engagement und Beeinflussungsmöglichkeiten.
36 % aller Befragten haben im letzten Jahr jemanden zur Rede gestellt, der sie stigmatisiert und/oder diskriminiert hatte.

Teil 2E.1 Zur Rede stellen

Zur Rede gestellt (n=1126)	
Ja	36%
Nein	64%

93 % kennen Organisationen, an die sie sich wenden können, um Hilfe in Stigmatisierungs- oder Diskriminierungsfragen zu bekommen, darunter:

2E.2 Bekanntheit von Organisationen

Wenn ja, welche Organisationen kennen Sie? (n=1148)	"Ja-Antworten"
Lokale Aidshilfen	85%
Deutsche AIDS-Hilfe	80%
Lokale Selbsthilfe etc.	59%
Bundesweite Netzwerke für Menschen mit HIV	55%
Deutsche AIDS-Stiftung	51%
Menschenrechtsorganisation	26%
Glaubensbasierte Initiativen	25%
Antidiskriminierungsstelle des Bundes	18%
Sonstige	7%

Interessanterweise haben sich aber nur 20 % (n=200) an eine dieser Organisationen gewandt, um ein Stigmatisierungs- oder Diskriminierungsproblem zu lösen.

Drei Viertel der Befragten geben an, im letzten Jahr einen anderen Menschen mit HIV unterstützt zu haben. Die am häufigsten genannte Variante der Hilfeleistung ist dabei die praktische Unterstützung.

2E.3 Unterstützung von anderen Menschen mit HIV

Unterstützung von anderen Menschen mit HIV	"Ja"-Antworten
Gesamt (n=1087)	76%
Davon	
Materielle/ praktische Unterstützung	69%
Emotionale Unterstützung	68%
Empfehlung von Anlaufstellen	62%
Andere	4%

Fast die Hälfte der Befragten berichtet, sich in den letzten 12 Monaten in einer Form im HIV-Bereich engagiert zu haben. Die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe oder in einem Netzwerk bezieht sich auf die aktuelle Situation, die beiden weiteren Fragen zu Programm- und Petitionsbeteiligung auf die letzten 12 Monate.

2E.4 Engagement im HIV-Bereich

Engagement	"Ja"-Antworten
Mitglied einer Selbsthilfegruppe (n=1145)	45%
Programm-/Projektbeteiligung (n=1.146)	26%
Petitionsbeteiligung (n=1142)	9%
In einer der o.g. drei Formen im HIV-Bereich engagiert (n=1.148)*	49%

*in vorherigen Publikationen waren unter "Engagement" fälschlicherweise 51% angegeben

Gefragt, was sie aus ihrer Sicht am ehesten beeinflussen können, nennen die Befragten zunächst Initiativen und Politik vor Ort, Schlusslicht bilden internationale Geschehnisse. Mit 56 % glaubt allerdings nur knapp über die Hälfte, dass sie Einflussmöglichkeiten auf die lokale HIV-Politik hat.

2E.5 Glaube an Möglichkeiten der Einflussnahme

Beeinflussmöglichkeiten (n=1148)	"Ja"-Antworten
Lokale HIV-Politik	56%
Lokale Projekte, von denen Menschen mit HIV profitieren sollen	53%
Rechtliche Belange und Gesetze, die Menschen mit HIV betreffen	44%
Nationale HIV-Politik	26%
Nationale Programme, von denen Menschen mit HIV profitieren sollen	25%
Internationale Übereinkünfte	13%
Keine dieser Möglichkeiten	23%

Bei der Frage, was das Wichtigste sei, das Organisationen und Initiativen gegen HIV-bezogene Stigmatisierung tun sollten, bekommt mit 41 % der Auftrag, sich für die Rechte aller Menschen mit HIV einzusetzen, die höchste Zustimmung.

2E.6 Wichtigste Aktivitäten im Bereich HIV

Das Wichtigste, das zu tun ist (n=1148)	
Für Rechte aller Menschen mit HIV eintreten	41%
Emotionale und materielle Unterstützung von Menschen mit HIV	24%
Menschen, die mit HIV leben, über das Leben mit HIV informieren	9%
Für Rechte bestimmter "sozialer Randgruppen" eintreten (Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebrauchende, etc.) und diese unterstützen	7%
Die Öffentlichkeit aufklären	2%

TEIL 3A: TEST/DIAGNOSE

Bei den Angaben bezüglich der Gründe für den Test waren Mehrfachnennungen möglich. Bei nahezu der Hälfte der Befragten spielte das Abklären vorhandener Symptome eine Rolle bei der Entscheidung für den Test.

3A.1 Gründe für den Test

	n	%
Risikosituation	245	21
Routinetestung	238	21
Neue Beziehung	86	8
Um Symptome abzuklären	559	49
Aus beruflichen Gründen	18	2
Schwangerschaft	32	3 (von Frauen:11)
Partner_in war positiv	120	10
Kein besonderer Grund/zufällig	125	11
Anderer Grund	113	10

Unter „anderer Grund" wurden z.B. Blutspende, Drogentherapie, Asylantrag, Haftaufenthalt, Zusammenhang mit Operation oder Vergewaltigung genannt.
Schwule Männer lassen mit 23,8 % häufiger einen Routinetest durchführen als andere Befragte (restliches Sample: 16,1 %). Dementsprechend geben sie auch öfter an, dass der Test ohne besonderen Grund durchgeführt wurde (13,8 %, andere: 6,4 %). Allerdings werden am häufigsten Symptome als Grund genannt (51,7 %). Ein positiver Partner spielt seltener eine Rolle als beim Rest des Samples (8,9 %).
Intravenös Drogengebrauchende nennen am häufigsten eine Risikosituation als Grund für den Test (34,5 %, andere: 19,5 %). Aber auch Routine spielt bei ihnen eine große Rolle (27,3 %, andere: 19,8 %)[23]. Symptome werden hingegen seltener genannt als von anderen Befragten (34,5 %, andere: 50,6 %).
In der Gruppe der Migrant_innen spielen Symptome als Grund für den Test eine größere Rolle als bei anderen (55,5 %, andere 46,7 %).
Symptome als Testgrund geben generell mehr Männer an als Frauen (Männer: 52,2 %, Frauen: 37,9 %). Für Frauen ist ein positiver Partner häufiger ein Grund als für Männer (Frauen: 15,4 %, Männer: 8,9 %;).

[23] Auch ein positiver Partner wird als Testgrund häufiger genannt als vom Rest des Samples (15,1%, andere: 9,8 %).

FREIWILLIGKEIT DES TESTS

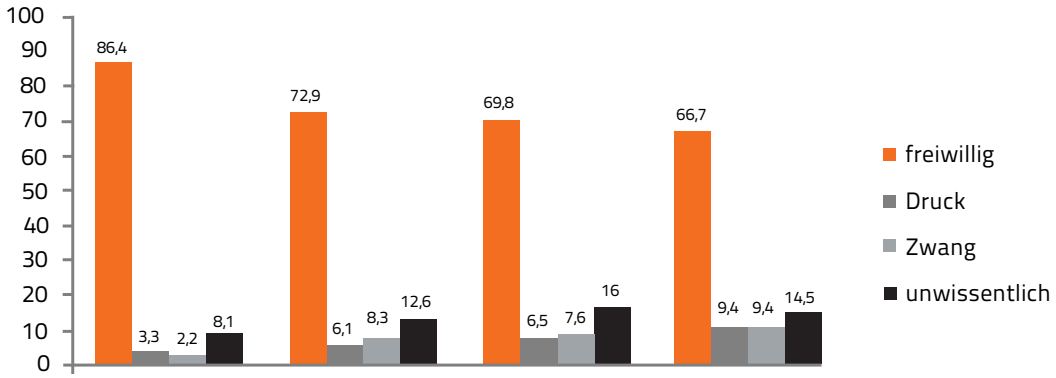
Rund 80 % der Befragten haben den Test freiwillig gemacht, etwa 10 % wurden unwissentlich getestet, jeweils 5 % erlebten in Zusammenhang mit dem Test Druck oder Zwang.

3A.2 Freiwilligkeit Test

	n	%
Freiwillig	913	80
Druck	53	5
Zwang	52	5
Unwissentlich getestet	121	11
Gesamt	1139	100

Ob der Test freiwillig durchgeführt wurde oder unwissentlich, ob er mit Druck oder Zwang verbunden war, weist einen hohen Zusammenhang auf mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen des Samples.

3A.3 Freiwilligkeit Test: Vergleich zwischen den Gruppen



Schwule Männer haben den Test am häufigsten freiwillig gemacht. Sie sind deutlich seltener von Druck, Zwang oder einer unwissentlichen Testung betroffen als der Rest des Samples. Personen mit Drogenhintergrund waren im Zusammenhang mit dem Test am häufigsten Druck oder Zwang ausgesetzt. Migrant_innen wurden am häufigsten unwissentlich getestet.

In Bezug auf Drogengebrauchende kann gesagt werden, dass die Zugehörigkeit zu einer stigmatisierten Gruppe hier deutlich die Wahrscheinlichkeit erhöht, im Zusammenhang mit dem Test nicht korrekt behandelt zu werden. Bei Migrant_innen ist schwer zu sagen, ob der entsprechende Umgang in Deutschland stattfand. Schwule Männer sind möglicherweise selber offener und selbstbewusster im Umgang mit dem Test, werden aber auch auffallend korrekt behandelt. Frauen hingegen sind offenbar sehr viel eher einem unkorrekten Umgang ausgesetzt.

TESTBERATUNG

In den von der Deutschen AIDS-Hilfe formulierten Teststandards (letzte aktualisierte Version 2012) wird empfohlen, dass vor und nach dem Test ein Beratungsgespräch stattfinden soll. Dennoch geben nur 40 % der Befragten an, dass dies bei ihnen der Fall war. Fast ein Drittel berichtet sogar, dass sie weder vor noch nach dem Test beraten wurden.

3A.4 Testberatung

	n	%
Vor und nach dem Test	447	39
Nur vor dem Test	33	3
Nur nach dem Test	303	27
Keine Beratung	356	31
Gesamt	**1139**	**100**

Personen, bei denen der Test im Gesundheitsamt durchgeführt wurde, geben in sehr viel höherem Maße an, dass sie gemäß der Teststandards beraten wurden (63,5 %). Allerdings berichten auch hier 17,8 %, überhaupt keine Beratung erhalten zu haben. Auch bei denjenigen, die in Schwerpunktpraxen getestet wurden, liegt der Anteil derjenigen, die eine Testberatung vor und nach dem Test erhielten, mit 48,1 % sehr viel höher. Von den 43 Personen, die in einer AIDS-Hilfe getestet wurden, sind 40 (93,0 %) vor und nach dem Test beraten worden.

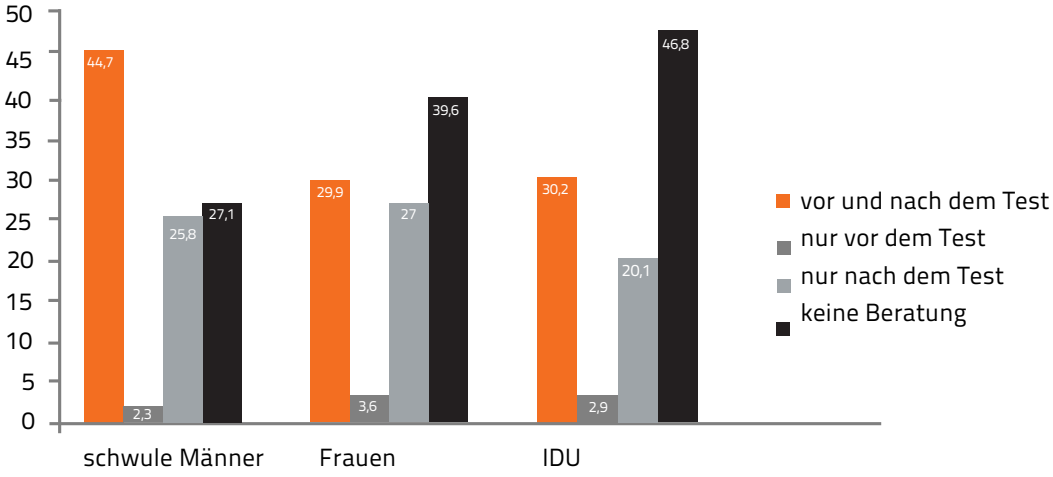
Es besteht ein Zusammenhang zwischen Dauer der Infektion und Beratung im Zusammenhang mit dem Test: Je länger der Test her ist, desto häufiger fand gar keine Beratung statt und desto seltener gab es eine Beratung vor und nach dem Test.

3A.5 Zusammenhang Beratung und Dauer der Infektion

	<=1 Jahr	1-4 Jahre	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15-19 Jahre	20-24 Jahre	>=25 Jahre
Vor und nach dem Test	55%	45%	48%	38%	36%	22%	21%
Nur vor dem Test	2%	1%	5%	3%	2%	3%	2%
Nur nach dem Test	23%	30%	27%	30%	22%	28%	17%
Keine Beratung	19%	23%	20%	29%	40%	47%	60%

Allerdings ist hier fest zustellen, dass auch in den letzten neun Jahren der Prozentsatz derjenigen, die keine Testberatung erhielten, kontinuierlich bei um die 20 % lag. Und auch diejenigen, die ihr Testergebnis im letzten Jahr vor der Befragung erhielten, wurden nur zu 55 % gemäß den Vorgaben beraten.
Ein Zusammenhang besteht auch mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen.

3A.6 Testberatung: Gruppenvergleich



Auch hier sind es Drogengebrauchende, die am häufigsten keine Beratung erhalten haben und am seltensten korrekt nach den Standards behandelt wurden. Schwule Männer hingegen wurden am häufigsten vor und nach dem Test beraten und am seltensten überhaupt nicht. Frauen wurden ähnlich selten vor und nach dem Test beraten wie Drogengebrauchende, aber häufiger zumindest nach dem Test. Ein Migrationshintergrund spielte in diesem Fall keine Rolle.

ANONYMITÄT UND VERTRAULICHKEIT

Lediglich zwei Drittel der Befragten sind überzeugt davon, dass der Test anonym und vertraulich durchgeführt wurde. Mehr als 15 % sind sich sogar sicher, dass dies nicht der Fall war.

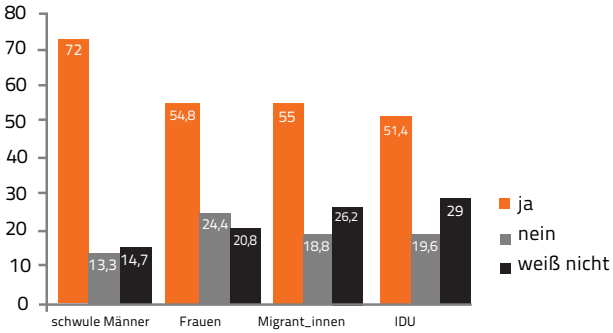
3A.7 Vertraulichkeit

	n	%
Ja	750	66
Nein	188	17
Weiss nicht	202	18
Gesamt	**1140**	**100**

Deutlich ist der Zusammenhang zwischen Testzeitpunkt und Anonymität und Vertraulichkeit des Tests: Lag der Anteil derjenigen, die eindeutig aussagten, der Test sei vertraulich gewesen, bei den Personen, die 15 Jahre und länger infiziert waren, noch bei 56,2 %, so lag er bei denjenigen, die kürzer von ihrer Infektion wissen, bei etwa 70 % (5-14 Jahre 70,0 %, bis 4 Jahre 70,9 %). Betrachtet man diejenigen, die erst vor höchstens einem Jahr den Test gemacht haben, separat, so geben allerdings lediglich 66,7 % an, dass der Test eindeutig anonym und vertraulich gewesen sei.
Auch besteht ein Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen.

3A.8 Vertraulichkeit/Anonymität Test: Gruppen im Vergleich

Bei Drogengebrauchenden ist der Anteil derjenigen, die angeben, der Test sei anonym und vertraulich gewesen, am niedrigsten, bei den schwulen Männern am höchsten. Doch auch Frauen und Migrant_innen sind in hohem Maße von mangelnder Vertraulichkeit betroffen. Bei den Migrant_innen weiß man allerdings nicht, ob der Test in Deutschland stattfand. Ein Viertel der Frauen gibt klar an, der Test sei nicht anonym und vertraulich gewesen.



ORT DES TESTS

Der Ort des Tests wurde durch eine offene Variable erhoben. Die Angaben wurden im Nachhinein zusammengefasst. Mehrfachnennungen wurden dabei nicht berücksichtigt.

3A.9 Ort des Tests

	n	%
Aidshilfen [24]	43	4
Arzt/Praxis	369	33
Facharzt/Fachklinik	64	6
Schwerpunktpraxis	77	7
Gesundheitsamt	219	20
Blutspende	15	1
Krankenhaus	233	21
Drogentherapie	26	2
JVA	11	1
Asyl	4	0,4
Schnelltest	16	1
Tropeninstitut/RKI	15	1
Labor	5	0,4
Schnelltest	5	0,4
Betriebsarzt	5	0,4
Ausland	10	0,9
Heimtest	2	0,2
Gesamt	1119	100

[24] Aidshilfen in Deutschland bieten ungefähr erst seit Anfang 2000 HIV-Tests an. Entsprechend geben 37 der 43 Personen, die in Aidshilfen getestet wurden, an, seit maximal 14 Jahren mit HIV infiziert zu sein.

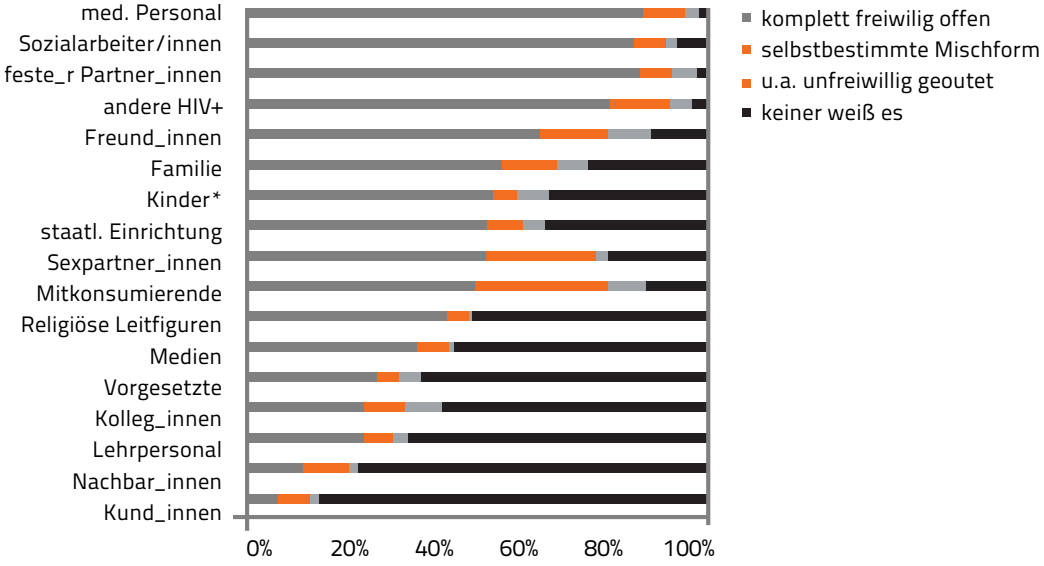
TEIL 3B: OFFENLEGUNG DES HIV-STATUS UND VERTRAULICHKEIT

Methodische Vorbemerkung: Die Interviewten wurden dazu befragt, wie offen sie gegenüber verschiedenen Personengruppen mit ihrem HIV-Status umgehen bzw. umgegangen sind. Dabei standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

1.„Ich habe es ihnen gesagt."
2.„Jemand anders hat es ihnen MIT meinem Einverständnis gesagt."
3.„Jemand anders hat es ihnen OHNE mein Einverständnis gesagt."
4.„Sie kennen meinen HIV-Status nicht.".

Da für jede Personengruppe mehrere Antworten möglich waren, wurden diese auf Grund der Überschaubarkeit im Nachhinein zu folgenden Kategorien zusammen gefasst:
„komplett freiwillig offen": Fälle, die ausschließlich 1. und/oder 2. angegeben haben, „selbstbestimmte Mischform": diejenigen, die 1. und/oder 2. mit 4. kombiniert haben,
„unter anderem unfreiwillig geoutet": die Personengruppe, die 3. positiv beantwortet hat, gegebenenfalls kombiniert mit 1. und/oder 2. und/oder 4.
„Keiner weiß es": Fälle, bei denen niemand in der jeweiligen (unten aufgeführten) Personengruppe Bescheid weiß.
Fälle, die ausschließlich „nicht zutreffend" eingegeben hatten, wurden als fehlende Fälle behandelt.

3B.1 Offener Umgang mit der HIV-Infektion



* Die Angaben zum offenen Umgang mit der HIV-Infektion gegenüber Kindern beziehen sich ausschließlich auf die Personen, die auch Kinder haben (n=286), obwohl auch andere dazu Aussagen gemacht haben.

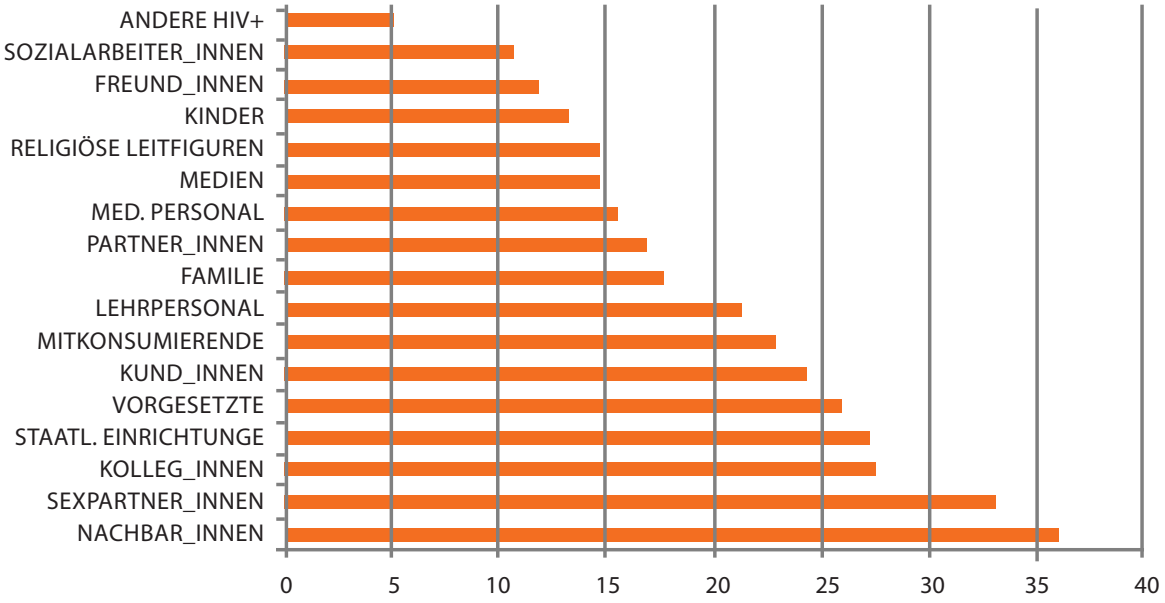
Die Personengruppen, denen gegenüber sich am häufigsten freiwillig geoutet wird und die am seltensten nichts von der HIV-Infektion wissen, sind Partner oder Partnerin, andere HIV-Positive und Ärzt_innen, medizinisches Personal sowie Sozialarbeiter_innen.

Die Frage nach dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion in der festen Partnerschaft haben sowohl Personen beantwortet, die aktuell in einer Partnerschaft leben, als auch andere. Insgesamt 29 Personen (3,5 % aller gültigen Angaben zum offenen Umgang in der Partnerschaft, n=823) haben ausschließlich angegeben, dass ihr_e Partner_in nicht weiß, dass sie HIV-positiv sind. Weitere 81 Fälle verstecken sich in den Kategorien „selbstbestimmte Mischform" und „unfreiwillig geoutet". Es haben also 110 Personen (insgesamt 13,4 % aller gültigen Angaben zum offenen Umgang in Partnerschaft und 9,6 % aller erhobenen Fälle) schon einmal die Erfahrung gemacht, in einer Partnerschaft zu leben, bei der der Partner oder die Partnerin nichts von der HIV-Infektion weiß.
Von den Personen, die gültige Angaben dazu gemacht haben, wie sie sich gegenüber Sexualpartner_innen außerhalb einer festen Partnerschaft verhalten (n=785), ziehen es 21,4 % vor, niemals über die eigene HIV-Infektion zu informieren. Weitere 25,5 % tun dies manchmal und manchmal nicht. Viele der Befragten haben im Zusammenhang mit dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion gegenüber bestimmten Personengruppen diskriminierende Erfahrungen gemacht.

3B.2 Diskriminierende Erfahrung in Zusammenhang mit dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion gegenüber bestimmten Personengruppen

Nachbarschaft liegt in Punkto diskriminierende Reaktion beim offenen Umgang weit vorne. Dicht gefolgt von Sexpartner_in, was sicher auch eine gewisse Zurückhaltung beim offenen Umgang mit der HIV-Infektion in diesem Zusammenhang erklärt. Einen weiteren Block bilden Vorgesetzte und Kolleg_innen, sowie staatliche Einrichtungen. Am seltensten wurden Diskriminierungserfahrungen beim offenen Umgang gegenüber anderen Positiven gemacht. Die Kategorien Kinder und Drogen beziehen sich auf alle Fälle. Lediglich sieben der 163 Frauen mit Kindern, die ihren Status kennen, haben sich beim offenen Umgang mit der HIV-Infektion diskriminiert gefühlt. Bei Drogengebrauchenden haben 34,3% diskriminierende Erfahrungen gemacht, wenn sie sich gegenüber ihren Mitkonsument_innen geoutet haben.

Die Erfahrung diskriminierender Reaktionen beim offenen Umgang schlägt sich deutlich auf das Verhalten nieder. So geben lediglich 60 % derjenigen, die Diskriminierung beim offenen Umgang innerhalb einer Partnerschaft erfahren haben, an, sich in Partnerschaften immer komplett freiwillig zu outen, von denjenigen ohne Diskriminierungserfahrung in diesem Zusammenhang sind es hingegen 92 %. Von den Befragten mit Diskriminierungserfahrung durch (potentielle) Sexpartner_innen outen sich 58 % immer freiwillig, aber fast drei Viertel derjenigen, die niemals Diskriminierung durch Sexpartner_innen erfahren haben. Dieser Zusammenhang ist in allen Bereichen zu beobachten. Lediglich in Bezug auf Medien ist keine Signifikanz gegeben.



3B.3 Zusammenhang zwischen Diskriminierung und offenem Umgang

Komplett freiwillig offen	Diskriminierung	Keine Diskriminierung
Partner_innen	61%	92%
Familie	49%	81%
Kinder	46%	82%
Freund_innen	42&	80%
Andere HIV+	23%	86%
Kolleg_innen	53%	72%
Vorgesetzte	53%	86%
Kund_innen	29%	63%
Mitkonsumierende	41%	65%
Religiöse Leitfiguren	74%	92%
Sexpartner_innen	58%	74%
Med. Personal	66%	93%
Sozialarbeiter_in	74%	93%
Lehrpersonal	47%	84%
Staatl. Einrichtungen	63%	89%
Medien	69%	87%
Nachbar_innen	33%	64%

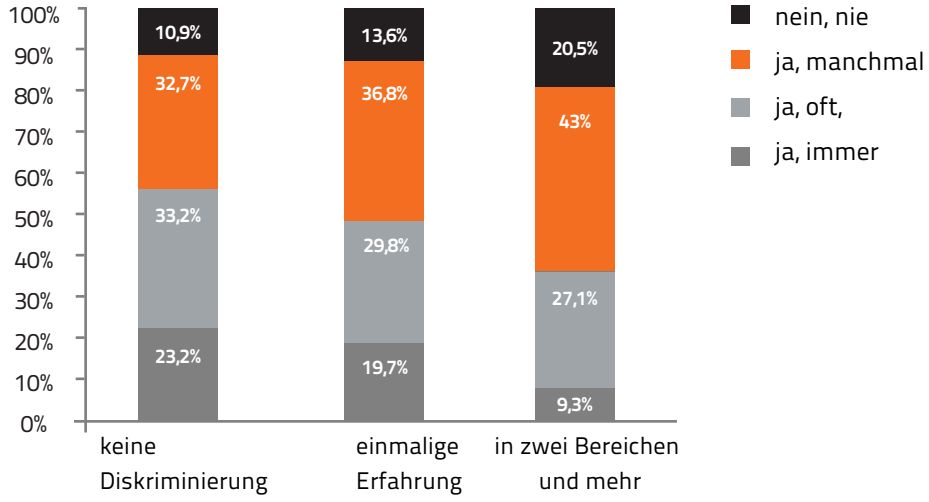
Die Hälfte aller Befragten empfindet die Offenlegung des HIV-Status immer oder oft als stärkend, bei weiteren 36,2 % trifft das nur manchmal zu.

3B.4 Stärkung durch die Offenlegung des HIV-Status

	n	%
Ja, immer	205	19
Ja, oft	329	31
Ja, manchmal	387	36
Nein, nie	147	14
Gesamt	**1068**	**100**

Diskriminierungserfahrung beim offenen Umgang mit der HIV-Infektion hat jedoch Einfluss auf diese Einschätzung. So liegt der Anteil derjenigen ohne Diskriminierungserfahrung, die den offenen Umgang immer bzw. oft als stärkend empfunden haben, bei 56,4 %, bei denjenigen, die eine Diskriminierung in zwei und mehr Bereichen erfahren haben, dagegen nur bei 36,4 %.

3B.5 Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und der Einschätzung, dass ein offene Umgang eher stärkt



Ein Teil der Befragten berichtet von Druck durch ihr positives oder nicht positives soziales Umfeld, die Infektion offen zu legen, aber auch von der Forderung nicht Infizierter, diese zu verheimlichen.

3B.6 Druck durch andere HIV-Positive, die Infektion offen zu legen

	n	%
Ja, ein Mal oder öfter	164	15
Nein, nie	966	86
Gesamt	**1130**	**100**

3B.7 Druck durch nicht Infizierte, die Infektion offen zu legen

	n	%
Ja, ein Mal oder öfter	201	18
Nein, nie	932	82
Gesamt	**1133**	**100**

3B.8 Druck durch nicht Infizierte, die Infektion zu verheimlichen

	n	%
Ja, ein Mal oder öfter	328	29
Nein, nie	804	71
Gesamt	**1132**	**100**

Frauen sind in jeder Hinsicht stärkerem Druck ausgesetzt als Männer[25] Die Frage nach „Druck durch HIV-Positive zur Offenlegung" bejahen 17,8 % der Frauen, aber nur 13,2 % der Männer. „Druck durch nicht Infizierte zur Offenlegung" haben 23,2 % der Frauen erlebt, aber nur 15,9 % der Männer. Auch in Bezug auf „Druck durch nicht Infizierte zur Verheimlichung" unterscheiden sich Frauen (37,0 %) von Männern (26,3 %).

Vermutlich aufgrund des doppelten Stigmas werden Drogengebraucherinnen und Lesben im Vergleich zu anderen Frauen von ihrem nicht infizierten Umfeld häufiger unter Druck gesetzt, die Infektion geheim zu halten. Diesbezüglichen Druck geben 48,6 % der weiblichen Drogengebraucherinnen an (nicht Drogen gebrauchende Frauen: 32,8 %) und 58,6 % der Lesben (nicht lesbische Frauen: 34,4 %).

„Druck durch andere HIV-Positive zur Offenlegung" bestätigen 25,0 % der Drogengebraucherinnen (Nicht-Drogengebraucherinnen: 15,2 %). Bei den lesbischen Frauen sind es 27,6 % (nicht lesbische Frauen:14,0 %).

Ein gewisser Anteil der Befragten berichtet auch von Indiskretion von Gesundheitsfachkräften (Ärzte_innen, Krankenpfleger_innen), sowie einem mangelnden vertraulichen Umgang mit medizinischen Unterlagen.

3B.9 Indiskretion Gesundheitsfachkräfte

	n	%
Indiskretion	220	19
Keine Indiskretion	490	43
Bin mir nicht sicher	422	37
Gesamt	**1132**	**100**

3B.10 Vertraulichkeit medizinischer Unterlagen

	n	%
Sicher, dass völlig vertraulich	423	37
Unklar, ob vertraulich	556	49
Offensichtlich, dass nicht vertraulich	151	13
Gesamt	**1130**	**100**

Auch hier haben Frauen häufiger Indiskretion erlebt als Männer. So geben 27,7 % der Frauen, aber nur 17,0 % der Männer, an, dass ihr HIV-Status schon einmal von medizinischem Personal ohne ihr Einverständnis weitergegeben wurde. Nur 31,8 % der Frauen, aber 39,2 % der Männer, sind sich sicher, dass mit ihren medizinischen Unterlagen immer vertraulich umgegangen wird.

Auch die Gruppe der Drogengebrauchenden ist besonders von einem solchen Verhalten betroffen. In dieser Gruppe berichten 31,9 % von Indiskretionen des medizinischen Personals, hingegen nur 18 % der übrigen Befragten. Nur 26,7 % der Drogengebrauchenden sind sich sicher, dass mit ihren medizinischen Unterlagen immer vertraulich umgegangen wurde (restliches Sample: 38,9 %).

Menschen mit Hafterfahrung haben zu 24,5 % Indiskretion des medizinischen Personals erlebt (übriges Sample: 19,4 %). Nur 24,5 % halten ihre medizinischen Unterlagen für vertraulich (übriges Sample: 38,0 %).

[25] Für diese Berechnungen wurden alle Fälle, die Druck in Bezug auf den offenen Umgang angaben, zusammengefasst. Die Variablen wurdenreduziert auf die Ausprägungen ja/nein.

Auch Flüchtlinge und Asylsuchende sind nur zu 20 % überzeugt von der vertraulichen Handhabe ihrer Unterlagen (übriges Sample 38,0 %).

Schwule Männer hingegen haben deutlich seltener Indiskretion durch das medizinische Personal erlebt als der Rest des Samples. Dies berichten nur 16,7 % von ihnen, hingegen 24,2 % der anderen Befragten. Mit 41,5 % sind sie auch wesentlich häufiger der Ansicht, dass ihre medizinischen Daten vertraulich gehandhabt werden als die anderen Befragten mit 30,8 %.

TEIL 3C: BEHANDLUNG

Drei Viertel der befragten Personen fühlen sich gesundheitlich ausgezeichnet, sehr gut oder gut. Ein Viertel schätzt den Gesundheitszustand als mäßig oder schlecht ein.

3C.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

	n	%
Ausgezeichnet	85	7
Sehr gut	297	26
Gut	478	42
Mäßig	232	20
Schlecht	54	5
Gesamt	**1146**	**100**

In eine Pflegestufe sind knapp 5 % der Befragten eingruppiert.

3C.2 Eingruppierung in eine Pflegestufe

	n	%
Nein	1092	95
Pflegestufe 1	35	3
Pflegestufe 2	17	2
Pflegestufe 3	1	0,1
Gesamt	**1145**	**100**

Knapp 44 % der Befragten verfügen über einen Schwerbehindertenausweis.

3C.3 Schwerbehinderung

	n	%
Ja	502	44
Nein	645	56
Gesamt	**1147**	**100**

Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und Pflegestufe bzw. Schwerbehinderung hängen relativ eng zusammen. So verfügen 10,5 % derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „mäßig" oder „schlecht" einordnen über eine Pflegestufe und 58 % über einen Schwerbehindertenausweis; von denjenigen, die ihre Gesundheit als „gut" bis „ausgezeichnet" bezeichnen, haben nur 2,7 % eine Pflegestufe und 39 % einen Schwerbehindertenausweis.

3C.4 Nutzung des Schwerbehindertenausweises

	n (Mehrfachnennungen)	% (von n= 502 mit SB)
Arbeitsstelle	90	18
Arbeitssuche/-vermittlung	44	9
Freizeit	341	68
Transport	293	58
Anderes	**65**	**13**

Am häufigsten wird der Schwerbehindertenausweis in der Freizeit genutzt, aber auch Transport ist ein wichtiger Einsatzbereich. Nur 54,4 % (68 der 125 Personen mit Schwerbehindertenausweis, die diese Frage beantworteten) der abhängig Erwerbstätigen (ohne Minijob) mit einem Schwerbehindertenausweis nutzen diesen an ihrer Arbeitsstelle. Dies kann damit zu tun haben, dass sie nicht über die erforderliche Prozentzahl verfügen (mindestens 70 %), um Vorteile daraus zu ziehen.

Unter „Anderes" wurden vorwiegend folgende Einsatzbereiche angegeben: Befreiung von der GEZ, Steuervorteile allgemein, Befreiung von der KFZ-Steuer, Parken für Behinderte, Rabatt Neuwagenkauf, Ermäßigungen in der Erwachsenenbildung und bevorzugte Behandlung bei Ämtern. Personen, die offenbar über ein „G" verfügen, nannten den Mehrbedarf bei Leistungen vom Amt, Personen mit einem „B" den Vorteil, in vielen Situationen eine Begleitperson umsonst mitnehmen zu dürfen. Bei vielen Nennungen wurde allerdings auch darauf hingewiesen, dass der Schwerbehindertenausweis auf Grund der geringen Prozentzahl keinerlei Vorteile biete.

ART UND SONSTIGE MEDIKATION

Fast 90 % der Befragten nehmen zum Zeitpunkt der Befragung antiretrovirale Medikamente (ART).

3C.5 Einnahme ART

	n	%
Ja	1011	88
Nein	134	12
Gesamt	**1145**	**100**

Die Angaben bezüglich des Zugangs zu ART sind äußerst widersprüchlich. Es geben 18 Personen an, keinen Zugang zu haben, 18 weitere wissen es nicht[26] Von diesen 36 (3,2 % aller gültigen n) geben jedoch 26 Personen an, aktuell ART zu nehmen.
Von den 36, die keinen gesicherten Zugang nennen, ordnen sich sechs Personen als Flüchtling/Asylbewerber mit Herkunft aus einem Land mit hoher Infektionsrate ein. Zwei nennen ausschließlich diese Herkunft, eine gibt nur an, Flüchtling/Asylbewerber zu sein. Diese Person befindet sich auch unter den 10 Personen, die zudem tatsächlich keine ART nehmen. Für die übrigen neun liegen keine näheren Angaben vor.

Mehr als ein Drittel aller gültigen n nimmt weitere Medikamente im Zusammenhang mit der HIV-Infektion.

3C.6 Einnahme sonstige Medikation im Zusammenhang mit HIV

	n	%
Ja	431	38
Nein	716	62
Gesamt	**1147**	**100**

Auch hier geben 45 Personen an, keinen Zugang zu haben, und 39 weitere, es nicht zu wissen. Dies sind 7,4 % aller gültigen Fälle. Von diesen nehmen zehn trotzdem sonstige Medikamente im Zusammenhang mit HIV ein.
Insgesamt 15 aller 84 Personen, die keinen gesicherten Zugang zu sonstiger Medikation angeben, haben den Hintergrund Asyl/Flüchtling und/oder Herkunft aus einem Land mit hoher Infektionsrate[27]
Insgesamt geben 32 Personen (2,8 % aller Befragten) an, keinen Zugang sowohl zu ART als auch zu sonstigen Medikamenten zu haben, oder nicht zu wissen, ob sie diesen haben.

[26] Zugang bedeutet, dass die Behandlung verfügbar und kostenlos ist oder dass die Befragten sie sich leisten können.
[27] 6 nur Migration aus Endemiegebiet, 1 nur Asyl/Flüchtling, 8 beides.

MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Über 90 % aller Befragten haben in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung ein konstruktives Gespräch mit einer Gesundheitsfachkraft im Zusammenhang mit HIV geführt, gut zwei Drittel haben dies in Zusammenhang mit anderen Themen (z.B. sexuelle und reproduktive Gesundheit, sexuelle Beziehungen, emotionales Wohlbefinden, Drogenkonsum) getan.

3C.7 Kontakt zu medizinischem Personal

	Medizinisches Fachgespräch HIV		Med. Fachgespräch Sonstiges	
	n	%	n	%
Ja	1044	92	733	71
Nein	88	8	322	29
Gesamt	**1132**	**100**	**1095**	**100**

Insbesondere Sexarbeitende, Menschen mit Drogenhintergrund und Hafterfahrung haben dabei das Angebot eines medizinischen Fachgesprächs über sonstige Themen häufiger genutzt als andere: Sexarbeitende zu 90,8 %, Drogengebrauchende zu 81,6 % und Menschen mit Hafterfahrung zu 82,7 %.

TEIL 3D: ELTERNSCHAFT

Insgesamt haben ein Viertel der Befragten (25,3 %, n=286) Kinder, darunter fallen 55,7 % der Frauen (n=156) aber nur 15,3 % (n=130) der Männer.
Insgesamt haben 25 Befragte, 14 Frauen und 11 Männer, mindestens ein Kind, das HIV-positiv ist. Dies entspricht einem Anteil von 9,1 % der Befragten mit Kindern, deren Status bekannt ist (n=275).

3D.1 Erfahrungen im Zusammenhang mit Reproduktion [28]

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	n	%	n	%	n	%
Beratung zu Kinderwusch und Verhütung	105	25	121	55	226	35
Rat, keine Kinder zu bekommen	27	6	66	28	93	14
Nötigung/Zwang Sterilisation	**6**	**1**	**14**	**6**	**20**	**3**

Frauen sind von den oben dargestellten Aussagen zur Reproduktion deutlich häufiger betroffen als Männer. Über zwei Drittel (67,7 %) der Personen, die dahingehend beraten wurden, keine Kinder zu bekommen, sind 15 Jahre und länger infiziert. Dies trifft auch auf zwei Drittel (65,0 %, 13 Personen von 20) derjenigen zu, die genötigt oder gezwungen wurden, sich sterilisieren zu lassen.

BEHANDLUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die folgenden Fragen richteten sich ausschließlich an Frauen. Insgesamt 155 der 280 befragten Frauen machten folgende Aussagen bezüglich einer ART in der Schwangerschaft.

3D.2 Aussagen von Frauen zur ART in der Schwangerschaft

			Mit Kindern	
	n	%	n	%
Ja, ich habe eine solche Behandlung erhalten	47	30	46	34
Nein, ich wusste nicht, dass es eine solche Behandlung gibt	22	14	16	12

[28] Insbesondere bei den Männern lag bei diesen Fragen der Anteil derjenigen, die „nicht zutreffend" nannten, sehr hoch. Daher hier noch einmal die Datenbasis für die folgenden Angaben: Beratung zu Kinderwunsch und Verhütung n=653 (Männer n=429, Frauen n=224), Rat, keine Kinder zu bekommen n=669 (Männer n=433, Frauen n=236), Nötigung/Zwang Sterilisation n=711 (Männer n=472, Frauen n=239).

Nein, ich hatte keinen Zugang zu einer solchen Behandlung	5	3	2	2
Nein, ich war nicht HIV-positiv, als ich schwanger war	72	47	64	47
Nein, es gab noch keine ART, als ich schwanger war	9	6	9	7
Gesamt	**155**	**100**	**137**	**100**

Von den Frauen, die eine ART während der Schwangerschaft erhalten haben[29], geben 41 (87,2 %) an, im Rahmen dieses Programms zur Verhütung der Eltern-Kind-Übertragung auch allgemeine Gesundheitsinformationen zu Schwangerschaft, Mutter- und Elternschaft erhalten zu haben. Fünf erklären explizit, dies sei nicht der Fall gewesen, für eine Person liegt keine Angabe vor.

Einige Frauen berichten auch von Nötigung und Zwang im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten.

3D.3 Zwang und Nötigung bei Elternschaft

	n	% insgesamt (n=280)	% von Frauen mit Kindern
Abtreibung	5	2	
Art der Geburt	10	4	6
Art der Säuglingsnahrung	10	4	6
Frauen, die dies berichteten insgesamt	17	6	8

Von den fünf Frauen, die zu einer Abtreibung gezwungen wurden, haben vier Migrationshintergrund. Hier ist unklar, ob die Abtreibung in Deutschland stattfand.
Die in der Tabelle dargestellten Arten des Zwangs beziehen sich lediglich auf die letzten 12 Monate.

[29] Insgesamt 18 der Frauen, die Angaben zur ART in der Schwangerschaft machen, geben nicht an, ein Kind zu haben. Ob dies bedeutet, dass die Schwangerschaft abgebrochen wurde oder die Frau das Kind während der Schwangerschaft oder später durch Tod verlor, kann nicht geklärt werden.

3. EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

Die Verteilung nach selbst gewählten Gruppenzugehörigkeiten der Interviewten kann die epidemiologische Situation in Deutschland verhältnismäßig gut abbilden[30], auch wenn Repräsentativität in der Forschung mit und von Menschen mit HIV aufgrund der unklaren Grundgesamtheit nicht möglich ist (unbekannt ist, wie viele Menschen mit HIV nicht von ihrer Infektion wissen). Nichtsdestotrotz sind die hier erhobenen Daten und Ergebnisse aufgrund der Gruppenrepräsentativität verallgemeinerbar. Dabei ist allerdings Folgendes zu bedenken: Im Vergleich zu den epidemiologischen Daten des Robert Koch-Instituts hat die Studie überdurchschnittlich viele jüngere Leute erreicht.[31]
Das Bildungsniveau der Gesamtgruppe liegt deutlich höher als das der Allgemeinbevölkerung.[32] Gleichzeitig sind sowohl die Beschäftigungssituation als auch das Haushaltseinkommen der Befragten insgesamt prekärer als in der Allgemeinbevölkerung.[33]
Die negativen Erfahrungen der Befragten im sozialen Umfeld machen das Konzept der „HIV-bezogenen Stigmatisierung" anschaulich: 50 % derjenigen, die im Jahr vor der Befragung von gesellschaftlichen Zusammenkünften ausgeschlossen wurden, geben als Grund dafür die HIV-Infektion an. Von denjenigen, die andere Gründe angeben, nennen 41 % ihre sexuelle Orientierung. HIV-bezogene Stigmatisierung umfasst beides: Stigmatisierung aufgrund von HIV und von Phänomenen, die damit in Verbindung gebracht werden – sexuelle Orientierung, Migrationshintergrund, Drogengebrauch, Sexarbeit. Um Strategien zum Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung entwickeln zu können, muss das Themenfeld also in seiner ganzen Breite in den Blick genommen werden.
In der Regel geht man davon aus, dass Menschen mit HIV in Deutschland gesundheitlich gut versorgt sind – mit Ausnahme von Menschen in Haft und Menschen ohne Papiere. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch deutlich, dass diskriminierendes Verhalten von medizinischem Personal den Zugang zum Gesundheitssystem einschränken kann: Fast jeder fünften befragten Person wurde im Jahr vor der Befragung mindestens einmal eine Gesundheitsleistung verweigert – ein alarmierendes Ergebnis angesichts der unmittelbaren negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und angesichts der Konsequenzen: 10 % aller Interviewten, aber 18 % derjenigen, denen eine Leistung verweigert wurde, haben in den zwölf Monaten vor der Studie einen eigentlich notwendigen Arztbesuch unterlassen.
Fast ein Drittel der in Voll- oder Teilzeit Beschäftigten in der Studie gibt an, ihren Arbeitgeber_innen gegenüber offen mit ihrem HIV-Status umzugehen, und 45 % der Arbeitgeber_innen haben unterstützend auf dieses „positive Coming-out" reagiert – ein ermutigend hoher Anteil, dem allerdings völlig inakzeptable 26 % gegenüberstehen, die diskriminierend reagiert haben. Hier bleibt noch viel zu tun, um positive Beispiele für einen akzeptierenden und unterstützenden Umgang in die Öffentlichkeit zu tragen.

[30] Dies gilt für die dort ebenfalls erhobenen Kategorien „Geschlecht", „Männer, die Sex mit Männern haben" und „Intravenöser Drogengebrauch". Unsere verwendete Kategorie „Migrationshintergrund" geht in ihrem Umfang deutlich über die RKI-Kategorie „Person aus Hochprävalenzland" hinaus (vgl.http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile).
[31] http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/HIV-AIDS-Folien.pdf?__blob=publicationFile
[32] ALLBUS-Daten (http://www.gesis.org/allbus/datenzugang/)
[33] Der Anteil der Erwerbslosen oder Teilzeitbeschäftigten in der Studie ist höher als in der Allgemeinbevölkerung (bei den Männern: 59 % der Befragten gegenüber 41 % in der Allgemeinbevölkerung, bei den Frauen 81 % in der Befragung gegenüber 72 % in der Allgemeinbevölkerung). Entsprechend höher ist der Anteil der Befragten, die weniger als 1.000 Euro im Monat verdienen (Männer: 27 % gegenüber 8 % in der Allgemeinbevölkerung, Frauen: 34 % gegenüber 14 %). Der Anteil der Befragten, die mehr als 2.000 Euro im Monat verdienen, ist deutlich

Ebenso inakzeptabel ist es, dass heutzutage immer noch Menschen mit HIV ihren Job aufgrund HIV-bezogener Diskriminierung verlieren (auch wenn die Tatsache, dass dies heute häufiger der Grund für eine Kündigung ist als ein HIV-bedingter schlechter Gesundheitszustand, den erfreulichen Umstand widerspiegelt, dass Menschen mit HIV bei erfolgreicher Behandlung im Durchschnitt genauso leistungsfähig und nicht häufiger krank sind als ihre Kolleg_innen).

Geht es um die Sexualität von Menschen mit HIV, stößt man schnell auf Ängste, Unsicherheiten und offene Fragen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider: Dass fast die Hälfte der sexuell aktiven Befragten angibt, in den zwölf Monaten vor der Befragung wegen ihrer HIV Infektion sexuelle Zurückweisung erfahren zu haben, ist erschreckend – angesichts der Tatsache, dass dies nichts mit der Persönlichkeit oder der Attraktivität, sondern mit einer vermeidbaren Infektionskrankheit zu tun hat. Solche Zurückweisungen aufgrund der eigenen HIV-Infektion können sehr verletzend sein und starke Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht haben, vor allem dann, wenn jemand diese Erfahrung häufiger macht. Dies zeigt sich auch daran, dass 20 % der Interviewten im Jahr vor der Befragung mindestens einmal aufgrund ihrer HIV-Infektion auf Sex verzichtet haben. Die Gründe für Zurückweisungen liegen dabei meist in Ängsten und Unsicherheiten der potenziellen Sexpartner_innen, die ihr Risiko oft drastisch überschätzen. Es zeigt sich auch hier, dass das Wissen um die Nichtinfektiösität unter wirksamer Therapie breiter bekannt gemacht werden muss!

Angesichts der negativen Erfahrungen, die viele Menschen mit HIV nach der Offenlegung ihres HIV-Status machen, ist es nicht überraschend, dass viele sich nur in bestimmten sozialen Kontexten outen, in anderen hingegen nicht. So gesehen spiegeln sich die Angaben zum offenen Umgang mit der Infektion stark in den jeweiligen Reaktionen des Umfelds – und umgekehrt. Die Daten zeigen aber ebenso, dass ein offener Umgang mit der HIV-Infektion durchaus auch positive Auswirkungen auf Menschen mit HIV haben kann – das ist ermutigend!

Menschen verinnerlichen Normen und Bilder der Gesellschaft, in der sie leben – dies gilt auch für Menschen mit HIV. Meist sind gesellschaftliche Bilder von HIV/Aids aber mit Unsicherheit, Angst und Bedrohung verbunden, und auch die eigenen Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung hinterlassen Spuren – die Daten belegen dies deutlich. Viele Menschen mit HIV haben darüber hinaus auch heute noch Schuld- und Schamgefühle wegen ihrer Infektion, ein vermindertes Selbstwertgefühl oder sind von depressivem Erleben betroffen. Es gibt keine speziellen Rechte für Menschen mit HIV – aber ihnen stehen dieselben Rechte zu wie allen anderen. Es ist daher inakzeptabel, dass Menschen mit HIV, wie die Daten zeigen, weiterhin Versicherungen verwehrt werden, dass sie von Einreise- und Aufenthaltsbeschränkungen betroffen sind, abgesondert werden oder wegen (potenzieller) HIV-Übertragungen angeklagt werden. Als Minderheit sollten sie vielmehr besonderen Schutz ihrer Rechte genießen, wie es zum Beispiel durch die Aufnahme von chronischen Krankheiten in das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz umsetzbar wäre.

Durchgängig zeigt sich, dass die Ergebnisse stark zwischen den verschiedenen Subgruppen variieren. Daran können die immer noch stark unterschiedlichen Lebensrealitäten und strukturellen Ausgangssituationen von Menschen mit HIV abgelesen werden: Migrant_innen kämpfen ggf. mit Fragen rund um den Aufenthaltsstatus oder Rassismus, Sexarbeitenden und Drogengebrauchenden wird aufgrund der Stigmatisierung ihrer Lohnarbeit oder Lebensumstände der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert; die Gesundheitsversorgung von Menschen in Haft wird bis heute durch das Justiz- und nicht das Gesundheitsministerium geregelt – keine freie Ärzt_innenwahl inklusive. Diese strukturellen Benachteiligungen und Nährböden für weitere Diskriminierung gilt es auszuschalten und die Menschen müssen in ihren jeweiligen Situationen gestärkt werden. Schwule Männer berichten hingegen seltener von Diskriminierungserfahrungen, z.B. im medizinischen Kontext. Hier ließe sich vermuten, dass sie nach vielen Jahren der Schwulenbewegung und -emanzipation mittlerweile häufiger über ausgebildetere Netzwerke und Strukturen verfügen, um sich ein „gay-friendly" Behandlungssystem aufbauen zu können. Gleichzeitig können sich schwule Männer als größte Gruppe der Menschen mit HIV in Deutschland über die Jahre leichter Umfelder schaffen, in denen HIV weniger stark tabuisiert ist. Trotzdem fällt auf, dass viele schwule Männer oftmals nicht offen mit ihrer HIV-Infektion umgehen. Für diejenigen, die es als freie Entscheidung betrachten, ist das eine gute Umgangsweise. Für andere, die aus Angst ihren Status verbergen, sollte auf diesem Weg Begleitung zur Verfügung stehen. Der offene Umgang und vertraute Netzwerke scheinen für eine andere Gruppe, die häufig über negative Erlebnisse und Diskriminierung im Zusammenhang mit der IV-Infektion berichtet, (noch) nicht umsetzbar: junge HIV-Positive zwischen 16 und 29 Jahren. Sie sind es, die oftmals die negativsten Erfahrungen schildern. Hier gilt es, frühzeitig nach einer HIV-Diagnose den Menschen zur Seite zu stehen und sie in der Auseinandersetzung und dem weiteren Weg mit HIV zu unterstützen.

Hoffnung machen die Ergebnisse zur Selbstorganisation von Menschen mit HIV: Engagieren lohnt sich! HIV-Positive darin zu unterstützen, sich auf kleiner wie auf großer Ebene für ihre eigenen Interessen einsetzen zu können, muss also weiterhin Priorität für alle Akteur_innen im HIV-Feld haben – dies haben die renommierten Stigmatisierungs-Forscher Parker und Aggleton bereits 2003 so formuliert:

„Viel zu selten wurden Ansätze mit dem Ziel entworfen, die Macht des Widerstandes der stigmatisierten Gruppen und Communities zu entfesseln – trotz all der empirischen Studien zum Empowerment und zur sozialen Mobilisierung im Zusammenhang mit HIV und Aids, die so deutlich zeigen, dass die effektivsten und wirkkräftigsten Antworten auf die Epidemie bisher immer dann gegeben wurden, wenn betroffene Communities sich selbst mobilisiert haben, um die sie und ihr Leben betreffende Stigmatisierung und Unterdrückung zu bekämpfen!"[34]

[29] Original: "Only more rarely have interventions been designed with the goal of unleashing the power of resistance on the part of stigmatized populations and communities – in spite of the fact that empirical studies of empowerment and social mobilization in response to HIV and AIDS have clearly demonstrated that the most effective and powerful responses to the epidemic (or 'natural experiments' if one prefers the language of much public health research) have taken place precisely when affected communities have mobilized themselves to fight back against stigmatization and oppression in relation to their lives."; Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV- and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science and Medicine (57), 13–24.

4. FORDERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN DES PROJEKTBEIRATS

Das Projekt „positive stimmen" wurde über die gesamte Laufzeit von einem Beirat aus sieben Vertreter_innen verschiedener Communities von Menschen mit HIV begleitet. Auf der Grundlage einer ersten Auswertung und Diskussion der Daten formulierte der Beirat die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

1. Gesundheitswesen

Forderung: Menschen mit HIV dürfen im Gesundheitssystem aufgrund ihrer HIV-Infektion keine Nachteile bei ihrem Zugang und ihrer Versorgung haben!

Um dies zu erreichen, brauchen wir Kooperationen zwischen Strukturen und Organisationen aus Zivilgesellschaft und Positivenselbsthilfe auf der einen und Akteur_innen aus Politik und Gesundheitsbereich auf der anderen Seite. Schwerpunkte müssen zum einen die Entwicklung und Umsetzung von gemeinsamen Empfehlungen zum Umgang mit Infektionskrankheiten im Gesundheitssystem sein. Zum anderen geht es um die Verbesserung des medizinischen Know-hows und der Selbstverständlichkeit im Umgang mit HIV-positiven Menschen im Gesundheitssystem. Darunter fällt auch die Akzeptanz unterschiedlicher Lebenswelten durch Mitarbeiter_innen des gesamten Gesundheitsbereichs.

2. Arbeitsleben

Forderung: Die Tatsache, dass eine HIV-Infektion heutzutage kein Hinderungsgrund für die Ausübung eines Berufes ist, muss sich in der Beschäftigungssituation und den Arbeitsbedingungen von Menschen mit HIV widerspiegeln!

Zentrales Thema neben dem Schutz der Rechte von Menschen mit HIV am Arbeitsplatz ist hier die Aufklärung zum Leben mit HIV heute und zum Umgang mit irrationalen Infektionsängsten im Arbeitsumfeld. Um diese Ziele zu erreichen, sind Kooperationen zwischen Zivilgesellschaft und zentralen Akteur_innen aus Politik, Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften usw. unabdingbar.

3. Sexualität

Forderung: Neben der Entkriminalisierung der HIV-Übertragung bzw. -Exposition brauchen wir mehr Aufklärung und Unterstützung für eine informierte und selbstbestimmte Sexualität aller!

Um sexuelle Zurückweisung aufgrund von Ängsten und Unsicherheit zu vermeiden, ist es wichtig, realistische Bilder vom vielfältigen Leben mit HIV heute zu vermitteln und Menschen

mit HIV in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion zu unterstützen.
Schreibt man allein HIV-positiven Menschen die Verantwortung für den Schutz bei selbstbestimmten sexuellen Handlungen zu, trägt dies zur Stigmatisierung von Menschen mit HIV bei und schadet der HIV-Prävention. Jede und jeder muss für den Schutz vor HIV selbst Verantwortung übernehmen!
Öffentlichkeitswirksame Kampagnen, Leitlinien, personalkommunikative Maßnahmen und Kooperationen mit Akteur_innen aus Politik, Rechtswesen, Gesundheitswesen und Selbsthilfeorganisationen müssen hier weiterentwickelt und fortgeführt werden.

4. Verinnerlichung von Stigmatisierung

Forderung: Realistische und differenzierte Bilder vom Leben mit HIV heute müssen genutzt werden, um HIV von Begriffen wie Schuld und Scham zu befreien!

Bestehende Bilder von HIV und Aids müssen überprüft, aktualisiert und entsprechend kommuniziert werden. Auch hier ist es wichtig, Menschen mit HIV in ihrer persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion zu unterstützen.
Öffentlichkeitswirksame Kampagnen, personalkommunikative Maßnahmen und Kooperationen mit Akteur_innen aus Politik, Gesundheitswesen und Selbsthilfeorganisationen müssen hier neu konzipiert oder weiterentwickelt werden. Fortbildungs- und Reflexionsangebote für Menschen mit HIV müssen weitergeführt und mit diesem Schwerpunkt ausgebaut werden.

5. Grundlegende Forderungen an Aidshilfen

Forderung: Aidshilfen müssen sich verstärkt dem Thema HIV-bezogene Diskriminierung und den sich daraus ergebenden Arbeitsfeldern widmen – dafür sind enge Bündnisse notwendig!

Damit wir alle positiv zusammen leben können, müssen wir Diskriminierung und Stigmatisierung im Alltagsleben aufzeigen, systematisch erfassen und abbauen und einen selbstverständlichen, akzeptierenden und solidarischen Umgang mit HIV-positiven Menschen fördern. Das ist und bleibt eine zentrale Aufgabe von Aidshilfen. Ihre Beratungskompetenz und Beratungsangebote müssen hierfür erweitert und offen – auch für HIV-Positive – nach außen kommuniziert werden.
Darüber hinaus müssen auch die Vernetzung von Menschen mit HIV, Selbsthilfestrukturen und die Möglichkeit zu fachlichem wie persönlichem Austausch gesichert und ausgebaut werden.

5. WEITERE INFORMATIONEN

Mehr zum Thema Stigmatisierung und zu Beratungsmöglichkeiten:

www.positive-stimmen.de
www.aidshilfe.de
www.aidshilfe-beratung.de
www.antidiskriminierungsstelle.de

Übersicht von Initiativen von Menschen mit HIV in Deutschland:

www.aidshilfe.de/de/wir-ueber-uns/aidshilfen-amp-netzwerke/netzwerke

Der PLHIV Stigma Index ist eine Gemeinschaftsinitiative von:

Global Network of People Living with HIV (GNP+)
www.gnpplus.net

GNP+ GLOBAL NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV

International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)
www.icw.org

International Planned Parenthood Federation (IPPF)
www.ippf.org

IPPF International Planned Parenthood Federation

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
www.unaids.org

UNAIDS JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS
UNHCR UNICEF WFP UNDP UNFPA UNODC ILO UNESCO WHO WORLD BANK

Die Deutsche AIDS-Hilfe ermöglichte und koordinierte die Umsetzung des PLHIV Stigma Index unter dem Titel „positive stimmen“ in Deutschland.

Deutsche AIDS-Hilfe

Die Umsetzung des PLHIV Stigma Index in Deutschland wurde finanziert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

DAS PROJEKTTEAM „POSITIVE STIMMEN“ IN DEUTSCHLAND

Bundesweit 40 Interviewer_innen, darunter

Stefano Caporaso, Ralph Ehrlich, Claus Eschemann, Alexandra Frings, Kiumars, Philippe Matern, Manfred Müller, Holger Pauly, Brigitte Popp, Mihajlo Raskovic, Karin Schopf, Sullivan, Angelika Timmer, Marcus Weber, Hildegard Wellbers, Marco Woitke.

Projektbeirat, bestehend aus

Michael Jähme, Christian Longklang Koki Petrov, Markus Schmidt, Gabriele Trost, Sabine Weinmann und Melike

Projektleitung

Carolin Vierneisel

Öffentlichkeitsarbeit

Carmen Vallero

Wissenschaftliche Begleitung

Jochen Drewes

Trainerinnen der Schulungen

Carolin Vierneisel und Carla LaGata/ Dr. Carsten Balzer

Dateneingabe

Stefano Caporaso

Datenauswertung

Carolin Vierneisel
Ute Herrmann

SEITE

6. TABELLEN- UND SCHAUBILDVERZEICHNIS

1.1 Verteilung nach Geschlecht 10
1.2 Altersstruktur 11
1.3 Vergleich Frauen/ Männer: Alter 11
1.4 Selbstgewählte Gruppenzugehörigkeit 12
1.5 Dauer der HIV Infektion 13
1.6 Partnerschaft 14
1.7 Dauer der Beziehung 14
1.8 Schul-/Hochschulabschluss 15
1.9 Vergleich Frauen/ Männer: Bildung 16
1.10 Erwerbstätigkeit 16
1.11 Vergleich Frauen/ Männer: Erwerbstätigkeit 17
1.12 Haushaltseinkommen 18
1.13 Vergleich Frauen/ Männer: Haushaltseinkommen 18
1.14 Wohnsituation 19
1.15 Wohnortgröße 20

2A.1 Ausschluss bei gesellschaftlichen Veranstaltungen 21
2A.2 Ausschluss von religiösen Aktivitäten 22
2A.3 Ausschluss von familiären Aktivitäten 22
2A.4 Tratsch hinter dem Rücken 23
2A.5 Verbale Beleidigung 23
2A.6 Körperliche Belästigung 24
2A.7 Tätlicher Angriff 25
2A.8 Angreifer_in 25
2A.9 Gründe für Ausgrenzungen 26
2A.10 Sexuelle Zurückweisung 26
2A.11 Unverständnis in Freundschaften 27
2A.12 Druck in Partnerschaften 27
2A.13 Ausgrenzung durch andere Menschen mit HIV 28
2A.14 Diskriminierung von Angehörigen 28

2B.1 Erzwungener Wohnsitzwechsel 29
2B.2 Ausschluss von Bildungseinrichtung 29
2B.3 Verweigerung einer Gesundheitsdienstleistung 30
2B.4 Ausschluss von Kindern von einer Bildungseinrichtung 30
2B.5 Verweigerung einer Dienstleistung im Bereich sexuelle/reproduktive Gesundheit 31
2B.6 Verlust einer Arbeitsstelle 32

SEITE

2B.7 Verlust einer Arbeitsstelle aufgrund von HIV 32
2B.8 Verlust der Arbeitsstelle aufgrund von Diskriminierung 32
2B.9 Verweigerung einer Arbeitsstelle aufgrund von HIV 32
2B.10 Verweigerung einer Beförderung aufgrund von HIV 32
2B.11 Verweigerung einer Beförderung aufgrund von Diskriminierung 33

2C.1 Schamgefühle 34
2C.2 Schuldgefühle 34
2C.3 Vorwürfe 35
2C.4 Vorwürfe an andere 35
2C.5 Geringes Selbstwertgefühl 35
2C.6 Gefühl, bestraft werden zu sollen 35
2C.7 Selbstmordgedanken 36
2C.8 Traurigkeit 36
2C.9 Traurigkeit 36
2C.10 Rückzug und Vermeidung 37
2C.11 Ängste 38
2C.12 Angst vor sexueller Zurückweisung 38

2D.1 Kenntnisse von Rechten und Leitlinien 39
2D.2 Zwang zu Gesundheitsverfahren 39
2D.3 Verweigerung einer Versicherung 40
2D.4 Festnahme und Anklage 40
2D.5 Verweigerung einer Einreise 40
2D.6 Offenlegung des Status und Aufenthalt 41
2D.7 Inhaftierung, Quarantäne und Isolierung 41
2D.8 Übersicht der Erfahrungen im Bereich Gesetze und Leitlinien 42
2D.9 Verletzung von Rechten und Gegenmaßnahmen 42
2D.10 Gründe gegen Einleitung rechtlicher Schritte 43
2D.11 Unterstützung durch staatliche Stellen 43
2D.12 Unterstützung durch Politiker_innen 44

2E.1 Zur Rede stellen 48
2E.2 Bekanntheit von Organisationen 48
2E.3 Unterstützung von anderen Menschen mit HIV 46
2E.4 Engagement im HIV-Bereich 46
2E.5 Glaube an Möglichkeiten der Einflussnahme 47
2E.6 Wichtigste Schwerpunkte im Bereich HIV 47
2E.7 Wichtigste Aktivitäten im Bereich HIV 47

SEITE

3A.1 Gründe für den Test 48
3A.2 Freiwilligkeit Test 49
3A.3 Freiwilligkeit Test: Vergleich zwischen den Gruppen 49
3A.4 Testberatung 50
3A.5 Zusammenhang Beratung und Dauer der Infektion 50
3A.6 Testberatung: Gruppenvergleich 51
3A.7 Vertraulichkeit 51
3A.8 Vertraulichkeit/Anonymität Test: Gruppen im Vergleich 52
3A.9 Ort des Tests 52

3B.1 Offener Umgang mit der HIV-Infektion 53
3B.2 Diskriminierende Erfahrung in Zusammenhang mit dem offenen Umgang mit der HIV-Infektion gegenüber bestimmten Personengruppen 54
3B.3 Zusammenhang zwischen Diskriminierung und offenem Umgang 55
3B.4 Stärkung durch die Offenlegung des HIV-Status 56
3B.5 Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und der Einschätzung, dass ein offene Umgang eher stärkt 56
3B.6 Druck durch andere HIV-Positive, die Infektion offen zu legen 57
3B.7 Druck durch nicht Infizierte, die Infektion offen zu legen 57
3B.8 Druck durch nicht Infizierte, die Infektion zu verheimlichen 57
3B.9 Indiskretion Gesundheitsfachkräfte 58
3B.10 Vertraulichkeit medizinischer Unterlagen 58

3C.1 Allgemeiner Gesundheitszustand 60
3C.2 Eingruppierung in eine Pflegestufe 60
3C.3 Schwerbehinderung 60
3C.4 Nutzung des Schwerbehindertenausweises 61
3C.5 Einnahme ART 62
3C.6 Einnahme sonstige Medikation im Zusammenhang mit HIV 62
3C.7 Kontakt zu medizinischem Personal 63

3D.1 Erfahrungen im Zusammenhang mit Reproduktion 64
3D.2 Aussagen von Frauen zur ART in der Schwangerschaft 64
3D.3 Zwang und Nötigung bei Elternschaft 65

ANLAGEN: INFOBLÄTTER

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON SCHWULEN UND ANDEREN MÄNNERN, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

SUBGRUPPE

Schwule Männer und andere Männer, die Sex mit Männern haben (SMSM)
Variable/ Definition:

VARIABLE / DEFINITION

Selbstangabe, schwul/lesbisch, Männer, die Sex mit Männern haben - ausgenommen diejenigen, die sich als weiblich definieren

VORBEMERKNG ZUR METHODIK

Die Fragen beziehen sich alle, soweit nicht anders angegeben, auf Erfahrunge aus den vorangegangen 12 Monaten.

• Es handelt sich um Vergleiche von Intra-Gruppen-Verteilungen, also wie sich bestimmte Phänomene innerhalb der Gruppe der SMSM verteilen im Vergleich zur Verteilung des gleichen Phänomens in der Gruppe der N(icht)-SMSM.

• Es werden hier meist nur Ergebnisse dargestellt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied auf einem maximal 5 %-, meist eher 1 %-Niveau berechnete.

• Sofern „n" angegeben sind, beziehen sie sich auf das Gesamt der jeweiligen Subgruppe. Beispiel: SMSM: 39 % (n=445) meint, dass von der n=445 großen Gesamtgruppe der SMSM 39% der Aussage zustimmten.

• Die n-Angaben in Klammern beziehen sich auf die Gesamtgröße der Subgruppe, z.B. 10,5 % aller Personen in der Gruppe der schwulen Männer (Gesamtgröße der Subgruppe, n=676) wurden im letzten Jahr von gesellschaftlichen Zusammenkünften ausgeschlossen.

	Anzahl (n)	%	Bezug
schwul/lesbisch, MSM	733	64%	an Gesamtgruppe (n=1148)
davon Männer	694	95%	an "schwul, lesbisch,MSM"
davon Frauen	31	4%	an "schwul, lesbisch, MSM"
davon Inter	1	0%	an "schwul, lesbisch, MSM"
davon Trans[1]	7	1%	an "schwul, lesbisch, MSM"
davon schwul (nicht lesbischMSM[2])	561	77%	an "schwul, lesbisch, MSM"
davon MSM (nicht schwul) [3]	136	19%	an "schwul, lesbisch, MSM"
Gesamtgruppe Interviewte	**1148**	**100%**	

[1] Trans-Personen ordnen sich sowohl schwulen als auch MSM zu.

[2] Personen, die sich als schwul und nicht "MSM" bezeichnen, sind in der Gruppe "davon schwul (exkl.)" dargestellt.

[3] 136 Befragte (darunter sich als männlich und als trans* Identifizierende) ordnen sich der Kategorie "MSM", allerdings nicht der Kategorie "schwul/ lesbisch" zu; sie werden in der Gruppe "davon MSM (nicht schwul)" dargestellt. Wiederum 32 Personen aus dieser Gruppe der 136 (23,5%) ordnen sich der Gruppe der Heterosexuellen zu.

Die Daten wurden mit all denjenigen gerechnet, die entweder die Kategorie „schwul/ lesbisch“ oder „Männer, die Sex mit Männern haben“ angekreutzt haben. Ausgeschlossen wurden lediglich diejenigen innerhalb dieser beiden Gruppen, die sich zusätzlich der Kategorie „weiblich“ zuordneten (d.h. lesbische Frauen). Daraus folgt eine Gruppengröße von n=702.

ERFAHRUNGEN IM SOZIALEN UMFELD

• Es wurde allgemein nach diskriminierenden Erfahrungen gefragt, die nicht unbedingt nur auf HIV zurückgeführt werden müssen. Diese Antworten sind hauptsächlich in der ersten Tabelle abgebildet. Erst in einem zweiten Schritt wurde danach gefragt, ob es sich um Diskriminierung aufgrund von HIV handelte. Demnach geben schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, deutlich seltener an, diskriminierende Erfahrungen im sozialen Umfeld gesammelt zu haben - Ausnahme bildet die Frage nach der sexuellen Zurückweisung.
• Die Attribution „wegen HIV“ als Grund für die Diskriminierung ist bei SMSM fast durchgängig niedriger (aufgrund kleiner n jedoch nicht signifikant, außer bei der verbalen Belästigung).

	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Ausschluss gesellschaftliche Zusammenkünfte	10,5% (n=676)	16% (n=430)	1%
Ausschluss Familienaktivität	10,9% (n=667)	15,2% (n=429)	5%
Verbal belästigt	25,2% (n=701)	33,9% (n=446)	1%
...wegen HIV	43,6% (n=165)	63,1% (n=141)	1%
Tätlicher Angriff	6,6% (n=701)	9,9% (n=445)	5%
Sexuelle Zurückweisung	46,9% (n=698)	45,1% (n=436)	n.s.
Unverständnis in Freundschaften	34,9% (n=697)	44,1% (n=444)	1%

• Es fanden sich keine Unterschiede bei den hier nicht aufgeführten Fragen nach Tratschen und Körperlicher Bedrohung
• Die Angaben zu sexueller Zurückweisung beziehen nur die sexuell Aktiven ein.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON SCHWULEN UND ANDEREN MÄNNERN, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, welche Gründe die Befragten für eine erlebte Diskriminierung angaben, wenn es nicht HIV war.

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann?	
Sexuelle Orientierung	63,4%
Migrant_in	3,7%
Drogengebraucher_in	2,1%
Sexarbeiter_in	1,3%
Andere	28,9%

(alles aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH, AM ARBEITSPLATZ ETC.

• Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, geben deutlich seltener an, diskriminierende Erfahrungen im Bildungssystem oder in Gesundheitseinrichtungen gemacht zu haben.

	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Verweis Bildungseinrichtung	2,4% (n=378)	5,7% (n=296)	5%
Verweigerung Gesundheitsdienst	14,9% (n=637)	25,6% (n=410)	0,1%

VERINNERLICHTE STIGMATISIERUNG, NEGATIVE GEFÜHLE

• Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, geben durchweg seltener an, negative Gefühle aufgrund der HIV-Infektion gehabt zu haben.

Negative Gefühle	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Ich schämte mich	27,7% (n=696)	36,7% (n=439)	1%
Ich fühlte mich schuldig	19,0% (n=696)	28,9% (n=439)	0,1%

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON SCHWULEN UND ANDEREN MÄNNERN, DIE SEX MIT MÄNNERN HABEN

Negative Gefühle	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Ich machte mir Vorwürfe	28,4% (n=698)	38,4% (n=438)	0,1%
Ich hatte ein geringes Selbstwertgefühl	38,1% (n=696)	47,0% (n=438)	1%
Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden	6,1% (n=694)	11,4% (n=430)	1%
Ich hatte Selbstmordgedanken	19,4% (N=695)	28,1% (n=438)	1%
Ich war traurig/deprimiert	71,4% (n=699)	79,7% (n=444)	1%

• Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben geben deutlich seltener an, aufgrund der HIV-Infektion Angst gehabt zu haben. Lediglich bei der Frage nach Angst vor sexueller Zurückweisung antworten sie häufiger mit „ja". Bei den Fragen nach Rückzug aufgrund der HIV-Infektion zeigen sich keine Unterschiede.

Rückzug und Angst	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Gegen Partnerschaft entschieden	15,5% (n=695)	20,6% (n=441)	5%
Gegen Arztbesuch entschieden	9,1% (n=696)	13,9% (n=445)	5%
Nicht ins Krankenhaus gegangen	5,6% (n=696)	9,7% (n=445)	5%
Angst vor Tratsch gehabt	44,6% (N=700)	57,5% (n=445)	0,1%
Angst vor verbaler Belästigung gehabt	27% (n=697)	34% (n=441)	1%
Angst vor sexueller Zurückweisung	55,2% (n=698)	45,6% (n=436)	1%

DISKRIMINIERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT GESETZEN, LEITLINIEN ETC.

• Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, geben seltener an, aufgrund der HIV-Infektion inhaftiert worden zu sein. Ansonsten ergeben sich keine Unterschiede.

	SMSM	N-SMS	Signifikanz
Festnahme oder Anklage	1,0% (n=702)	3,6% (n=446)	1%

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON MIGRANT_INNEN

SUBGRUPPE
Migrant_innen

VARIABLE / DEFINITION
Selbstangabe und diejenige Angabe einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit. Nicht-M. hier: Menschen ohne Migrationshintergrun

VORBEMERKNG ZUR METHODIK

• Die Fragen beziehen sich alle, soweit nicht anders angegeben, auf Erfahrungen aus den vorangegangen 12 Monaten.

• Es handelt sich um Vergleiche von Intra-Gruppen-Verteilungen, also wie sich bestimmte Phänomene innerhalb der Gruppe der Migrant_innen verteilen im Vergleich zur Verteilung des gleichen Phänomens in der Gruppe ohne Migrationshintergrund.

• Es werden hier meist nur Ergebnisse dargestellt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied auf einem maximal 5%-, meist eher 1%-Niveau berechnete.

• Sofern ein "n" angegeben ist, bezieht es sich auf das Gesamt der jeweiligen Subgruppe. Beispiel: Migrant_innen 21,5% (n=246) meint, dass 246 Migrant_innen die Frage beantworteten und 21,5 % davon die Frage mit "Ja" beantworteten.

Anteil der Migrant_innen an Gesamtgruppe (n=1148)	**23,0%**	**(n=262)**
Anteil der Menschen mit Flucht-/Asyl-Erfahrung an Gesamtgruppe (n=1148)	3,6%	(=41)

ERFAHRUNGEN IM SOZIALEN UMFELD

• Migrant_innen erleben durchgängig mehr Ausschluss und Diskriminierung in ihrem sozialen Umfeld als die Vergleichsgruppe.
• Diese Erfahrungen beziehen sich auf allgemeine und nicht nur HIV-bezogene Diskriminierung.
• Überwiegend sehen sie ihre HIV-Infektion als Hintergrund der negativen Erfahrung.
• Nur bei tätlicher Angriff gibt es keinen signifikanten Unterschied.
• Bei körperlichem Angriff: sehr kleine Fallzahl, aber Migrant_innen häufiger von bekannter Person außerhalb des Haushaltes angegriffen und seltener durch unbekannte Leute.
• Die Angaben zur sexuellen Zurückweisung beziehen sich auf die jeweils sexuell Aktiven.

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON MIGRANT_INNEN

	Migrant_innen	Nicht-M.	Signifikanz
Ausschluss gesellschaftliche Zusammenkünfte	22,0% (n=251)	9,6% (n=848)	0,1%
Ausschluss Familienaktivität	19,9% (n=251)	9,8% (n=833)	0,1%
Tratschen	67,3% (n=257)	51,1% (n=878)	0,1%
Verbal belästigt	35,8% (n=257)	25,8% (n=877)	1,0%
Körperlich belästigt	14,4% (n=257)	9,4% (n=877)	5%
...wegen HIV	77,8% (n=36)	41,2% (n=68))	0,1%
Tätlicher Angriff	10,2% (n=256)	6,8% (n=877)	n.s.
...wegen HIV	68,2% (n=22)	25,9% (n=54)	1,0%
Sexuelle Zurückweisung	57,4% (n=214)	43.8% (n=692)	1,0%
In Freundschaften unverstanden	48,2% (n=257)	35,4% (n=871)	0,1%

• Wenn HIV nicht der Grund für die Ausgrenzungserfahrung war, nennen Migrant_innen an erster Stelle ihre sexuelle Orientierung als Grund und erst an zweiter Stelle ihren Migrationshintergrund. Unter den 34% „Andere" finden sich nur wenige „Hautfarbe" (ca. n=8), ansonsten ein buntes Sammelsurium, oft auch „Äußeres, das sich aufgrund der HIV-Infektion verändert hat".

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann?	
Sexuelle Orientierung	41,0%
Migrant_in	10,6%
Drogengebraucher_in	10,1%
Sexarbeiter_in	2,7%
Flüchtling/ Asylbewerber_in	1,0%
Andere	34,0%

(alles aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH, AM ARBEITSPLATZ ETC.

• Migrantinnen geben zu 40% eine Verweigerung von Gesundheitsleistungen an

	Migrant_innen	Nicht-M	Signifikanz
Verweigerung Gesundheits-dienst	32,9% (n=237)	15% (n=799)	0,1%

VERINNERLICHTE STIGMATISIERUNG, NEGATIVE GEFÜHLE

• Bei einigen Fragen geben Migrant_innen signifikant häufiger an, negative Gefühle erlebt zu haben.

	Migrant_innen	Nicht-M	Signifikanz
Ich schämte mich	40,7% (n=253)	28,4% (n=869)	0,1%
Ich fühlte mich schuldig	31,0% (n=252)	20,2% (n=870)	0,1%
Ich hatte Selbstmordgedanken	33,7% (n=258)	19,5% (n=867)	0,1%
Ich war traurig/deprimiert	83,0% (n=260)	72,3% (n=875)	1,0%

Keine signifikanten Unterschiede bei den Fragen:

• Ich machte mir Vorwürfe
• Ich machte anderen Vorwürfe
• Ich hatte ein niedriges Selbstwertgefühl
• Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden

Bei den Fragen zu Rückzug und Vermeidung sind die Unterschiede deutlicher als bei den negativen Gefühlen.

	Migrant_innen	Nicht-M	Signifikanz
Nicht an einer gesellschaftlichen Zusammenkunft teilgenommen	33,2% (n=256)	25,7% (n=870)	5%
Von Familie und Freund_innen zurückgezogen	38,5% (n=257)	28,7% (n=872)	1,0%
Gegen Kinder entschieden	28,7% (n=251)	20,1% (n=852)	5,0%
Nicht ins Krankenhaus gegangen	10,5% (n=256)	6,3% (n=872)	5,0%
Angst vor Tratsch gehabt	59,5% (n=257)	47,1% (n=875)	0,1%
Angst vor verbaler Belästigung gehabt	37,6% (n=255)	27,2% (n=870)	1,0%
Angst vor körperlicher Bedrohung gehabt	21,6% (n=255)	12,5% (n=869)	0,1%
Angst vor körperlichem Angriff gehabt	20,0% (n=255)	10,6% (n=868)	0,1%

DISKRIMINIERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT GESETZEN, LEITLINIEN ETC.

• Migrant_innen wurden deutlich häufiger zu medizinischen Verfahren gezwungen und mussten ihren HIV-Status offenlegen.
• Bei der Frage nach der Offenlegung in Asyl-Zusammenhängen ist der Vergleich weniger aussagekräftig als der Prozentsatz bei Migrant_innen allgemein.

	Migrant_innen	Nicht-M	Signifikanz
Zu medizinischem Verfahren gezwungen	11,5% (n=262)	4,3% (n=886)	0,1%
Versicherung wurde verweigert	20,6% (n=262)	14,8% (n=886)	5%
Offenlegung des Status wegen Asylverfahren	16,8% (n=262)	0,9% (n=886)	0,1%

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON MENSCHEN MIT DROGENHINTERGRUND

SUBGRUPPE
Aktuell oder ehemals intravenös Drogengebrauchende

VARIABLE / DEFINITION
Selbstangabe, aktuell oder ehemals, hier abgekürzt mit IDU

VORBEMERKNG ZUR METHODIK

• Es handelt sich um Vergleiche von Intra-Gruppen-Verteilungen, also wie sich bestimmte Phänomene innerhalb der Gruppe der IDU verteilen im Vergleich zur Verteilung des gleichen Phänomens in der Gruppe Nicht-IDU.

• Es werden hier meist nur Ergebnisse dargestellt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied auf einem maximal 5%-, meist eher 1%-Niveau berechnete.

• Sofern ein "n" angegeben ist, bezieht es sich auf das Gesamt der jeweiligen Subgruppe. Beispiel: IDU 33,3% (n=139) meint, dass 139 Leute mit Drogenerfahrung die Frage beantworteten und 33,3% davon die Frage mit "Ja" beantworteten.

ÜBERBLICK

Anteil der Intravenös Drogengebrauchenden an Gesamtgruppe	**22,8%**	**n (139)**

GESCHLECHT

	IDU	N-IDU
weiblich	52,5%	20,5%
männlich	46,0%	78,4%
trans (n=12)	1,4%	1,0%

SIgnifikant auf 0,1%-Niveau

• Der Anteil der Frauen innerhalb der IDU-Gruppe übersteigt bei weitem dem Anteil der Frauen in der Gruppe der N-IDU.
• In der Gesamtgruppe der Drogengebrauchenden geht man von einer Geschlechtsverteilung von 4:1 aus (Männer vs. Frauen).

ERFAHRUNGEN IM SOZIALEN UMFELD

• Diese Erfahrungen beziehen sich auf allgemeine und nicht nur HIV-bezogene Diskriminierung.
• Aktuell oder ehemals Drogen injizierende Menschen erfahren oft doppelt so häufig Ausgrenzung oder Diskriminierung im sozialen Umfeld. Sie schreiben diese negativen Erfahrungen meist eher einer Reaktion auf die HIV-Infektion zu.

	IDU	N-IDU	Signifikanz
Ausschluss gesellschaftliche Aktivität	26,3% (n=133)	10,8% (n=973)	0,1%
Ausschluss Familienaktivität	26,2% (n=130)	10,8% (n=966)	0,1%
Tratschen hinter dem Rücken	66,2% (n=139)	53,8% (n=1.009)	1,0%
...wegen HIV	80,0% (n=75)	66,9% (n=441)	5,0%
Verbal beleidigt	46,8% (n=139)	26,1% (n=1.008)	0,1%
...wegen HIV	67,2% (n=61)	49% (n=245)	5,0%
Körperlich bedrängt	23,7% (n=139)	9,2% (n=1.008)	0,1%
Tätlicher Angriff	18,0% (n=139)	6,5% (n=1.007)	0,1%

• Wenn die HIV-Infektion nicht als Grund für die Diskrminierung angegeben wird, nennen über die Hälfte der aktuell oder ehemals Drogen injizierenden Menschen ihren Drogenkonsum als Ursache.

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann? (n=100)	
Drogengebraucher_in	53,0%
Sexuelle Orientierung	10,0%
Migrant_in	9,0%
Sexarbeiter_in	7,0%
Inhaftierte_r	3,0%
Andere	18,0%

(alles aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

• Drogengebrauchende erleben nicht signifikant häufiger sexuelle Zurückweisung. Frauen mit Drogenhintergrund geben zu 62,5% an, sexuell zurückgewiesen worden zu sein. Die sexuelle Zurückweisung bezieht sich dabei auf diejenigen, die angaben, sexuell aktiv zu sein.

	IDU	N-IDU	Signifikanz
Sexuelle Zurückweisung	55,6% (n=45)	45,9% (n=621)	n.s.
In Freundschaften unverstanden	47,8% (n=138)	37,2% (n=1003)	5,0%

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH, AM ARBEITSPLATZ ETC.

• Männer mit Drogenhintergrund wurden 6mal so häufig von Bildungseinrichtungen ausgeschlossen als die männliche Vergleichsgruppe. Im Gesundheitsbereich erlebten aktuell oder ehemals Drogen injizierende Menschen mehr als doppelt so häufig Leistungsverweigerungen.

	IDU	N-IDU	Signifikanz
Von Bildungseinrichtung ausgeschlossen (nur Männer)	16,3% (n=43)	2,5% (n=432)	0,1%
Gesundheitsdienst verweigert	36,4% (n=129)	16,7% (n=918)	0,1%

VERINNERLICHUNG STIGMATISIERUNG, NEGATIVE GEFÜHLE

• Während die Zahlen für IDU-Männer fast durchgängig höher liegen als für Nicht-IDU-Männer, ist es bei den Frauen umgekehrt.
• IDU-Männer geben zu 49,2% an, im letzten Jahr Selbstmordgedanken gehabt zu haben.
• IDU-Männer geben zu 85,9% an, im letzten Jahr traurig/ deprimiert gewesen zu sein - im Intra-IDU und -Männer-Vergleich der höchste Wert.

Negative Gefühle	IDU	N-IDU	Signifikanz
Ich schämte mich (nur Männer)	41,3% (n=63)	27,8% (n=784)	5,0%
Ich hatte ein niedriges Selbstwertgefühl	52,5% (n=138)	40% (n=995)	1,0%
Ich hatte Selbstmordgedanken	39,1% (n=138)	20,5% (n=995)	0,1%
Ich war traurig/deprimiert	85,6% (n=139)	73,1% (n=1.004)	1,0%

• Menschen mit Drogenhintergrund geben fast durchgängig signifikant häufiger an, sich im letzten Jahr aufgrund von HIV zurückgezogen zu haben. Besonders auffällig ist, dass sich fast 40% von der Familie und Freund_innen zurückzogen und 46% sich entschieden, keine Kinder zu bekommen.
• Bei den Arbeitsfragen sind die Zahlen ggf. auch höher, da IDU eher erwerbslos sind im Vergleich zu N-IDU.
• Die Vergleichsgruppe bei der Frage nach dem Verzicht auf Sex sind überwiegend schwule Männer.

Rückzug und Angst	IDU	N-IDU	Signifikanz
Von Familie zurückgezogen	39,6% (n=139)	29,6% (n=1.003)	5,0%
Nicht mehr arbeiten gegangen	17,8% (n=135)	82,2% (n=992)	1,0%
Nicht beworben	20,6% (n=136)	12,7% (n=993)	5,0%
Keine Weiterbildung gemacht	14,2% (n=134)	5,8% (n=986)	0,1%
Keine Partnerschaft eingegangen (nur Männer)	31,3% (n=64)	15,5% (n=782)	1,0%
Kein Sex gehabt (nur Männer)	32,3% (n=62)	18,7% (n=786)	5%
Keine Kinder bekommen	46,0% (n=137)	18,6% (n=979)	0,1%
Nicht in lokale Arztpraxis gegangen	21,7% (n=138)	9,5% (n=1.003)	0,1%
Nicht ins Krankenhaus gegangen	16,7% (n=138)	5,9% (n=1003)	0,1%
Angst vor körperlicher Bedrängung	25,5% (n=137)	13,3% (n=1.000)	0,1%
Angst vor tätlichem Angriff	23,3% (n=137)	11,5% (n=999)	0,1%

DISKRIMINIERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT GESETZEN, LEITLINIEN ETC.

• IDU wurden deutlich häufiger im Zusammenhang mit der HIV Infektion festgenommen und isoliert oder wurden zur Offenlegung ihres HIV-Status gezwung

	IDU	N-IDU	Signifikanz
Festnahme oder Anklage	9,4% (n=139)	1,0% (n=1.009)	0,1%
Offenlegung HIV-Status bei Asyl (nur Männer)	9,4% (n=139)	3,2% (n=1.009)	5,0%
Isolierung	7,9% (n=139)	2,2% (n=1.009)	0,1%

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON SEXARBEITENDEN

SUBGRUPPE
Aktuell oder ehemals als Sexarbeiter_innen aktiv

VARIABLE / DEFINITION
Selbstangabe, aktuell oder ehemals, hier abgekürzt mit SW (Sexworker).
Vorbemerkung zur Methodik:

VORBEMERKNG ZUR METHODIK

• Die Fragen beziehen sich alle, soweit nicht anders angegeben, auf Erfahrungen aus den vorangegangen 12 Monaten.

• Es handelt sich um Vergleiche von Intra-Gruppen-Verteilungen, also wie sich bestimmte Phänomene innerhalb der Gruppe der SW verteilen im Vergleich zur Verteilung des gleichen Phänomens in der Gruppe derjenigen ohne Sexarbeitserfahrung (N-SW).

• Es werden hier meist nur Ergebnisse dargestellt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied auf einem maximal 5%-, meist eher 1%-Niveau berechnete.

• Sofern ein „n" angegeben ist, bezieht es sich auf das Gesamt der jeweiligen Subgruppe. Beispiel: SW 40,3% (n=67) meint, dass 67 aktuelle oder ehemalige Sexarbeiter_innen die Frage beantworteten und 40,3% davon die Frage mit „Ja" beantworteten.

ÜBERBLICK

Anteil der Menschen mit Sexarbeits-Erfahrung an Gesamtgruppe:	**5,8%**	**(N=67, von 1.148)**

	SW	N-SW
weiblich	40,3%	23,4%
männlich	56,7%	75,6%
trans (n=12)	3,0%	0,9%

signifikant auf 1%-Niveau

ERFAHRUNGEN IM SOZIALEN UMFELD

• Aktuelle oder ehemalige Sexarbeitende erleben durchgängig stark ausgeprägt und signifikant höhere Ausgrenzungserfahrungen in ihrem sozialen Umfeld als die Vergleichsgruppe derjenigen, die nie in der Sexarbeit tätig waren.

	SW	N-SW	Signifikanz
Ausschluss von gesellschaftlichen Aktivitäte	40,3% (n=67)	10,9% (n=1.039)	0,1%
Ausschluss familiäre Aktivitäten	33,3% (n=63)	11,3% (n=1.033)	0,1%
Tratschen hinter dem Rücken	82,1% (n=67)	53,7% (n=1.081)	0,1%
Verbal beleidigt	55,2% (n=67)	26,9% (n=1.080)	0,1%
...wegen HIV	71,4% (n=35)	50,2% (n=271)	5,0%
Körperlich bedrängt	28,4% (n=67)	9,9% (n=1.080)	0,1%
Tätlich angegriffen	26,9% (n=67)	6,7% (n=1.079)	0,1%

• Die Attribution zu HIV als Grund ist bei SW stärker ausgeprägt, als bei N-SW, zeigt sich aber aufgrund des kleinen Gesamtzahl selten als signifikant.

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann? (n=56)	
Sexuelle Orientierung	32,1%
Sexarbeiter_in	26,8%
Drogengebraucher_in	19,6%
Migrant_in	7,1%
Inhaftierte_r	3,6%
Andere	10,7%

(alles aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH, AM ARBEITSPLATZ ETC.

• Männliche Sexarbeiter wurden fast 10mal so häufig von einer Bildungseinrichtung verwiesen als die Vergleichsgruppe. Der Gruppe der Sexarbeitenden wurde fast dreimal so häufig ein Gesundheitsdienst verweigert (Sexarbeiterinnen erlebten das sogar zu 56% aller Fälle).

	SW	N-SW	Signifikanz
Ausschluss Bildungseinrichtung (nur Männer)	26,1% (n=23)	2,7% (n=452)	Aufgrund kleinem N nicht berechenbar
Verweigerung Gesundheitsdienst	47,6% (n=63)	17,3% (n=984)	0,1%

VERINNERLICHUNG STIGMATISIERUNG, NEGATIVE GEFÜHLE

• Bei einigen Fragen geben aktuelle oder ehemalige Sexarbeiter_innen häufiger an, negative Gefühle in Bezug zu ihrer HIV Infektion zu erleben.

Negative Gefühle	SW	N-SW	Signifikanz
Ich schämte mich	43,3% (n=67)	30,4% (n=1068)	5%
Ich fühlte mich schuldig (nur Männer)	36,8% (n=38)	20% (n=808)	5%
Ich hatte ein geringes Selbstwertgefühl (nur Männer)	57,9% (n=38)	37,6% (n=808)	5%
Ich hatte Selbstmordgedanken	40,3% (n=67)	21,7% (n=1066)	0,1%
Ich war traurig/deprimiert	91,0% (n=67)	73,6% (n=1076)	1%

• Bei Sexarbeitern ist der Wert für Scham bei 44,7% (männlich N-SW: 28,1%).
• Bei Sexarbeiterinnen liegt der Wert für Schuld unter dem der N-SW (18,5% vs. 29,3%).
• Bei Sexarbeitern ist der Wert für Trauer bei 92,1% und der Unterscheid zu männlich N-SW besonders hoch (71,5%).

• Aktuelle oder ehemalige Sexarbeiter_innen geben trotz der oben genannten negativen Gefühle nur bei der Frage, ob sie eine Weiterbildung mieden, an, sich zurückgezogen zu haben. Ängste hingegen bestätigen sie doppelt so oft wie die Vergleichsgruppe.

Rückzug und Angst	SW	N-SW	Signifikanz
Keine Weiterbildung	16,7% (n=66)	6,2% (n=1.054)	nicht berechenbar
Keine Kinder	40,6% (n=64)	20,8% (n=1052)	0,1%
Kein Arztbesuch	19,4% (n=67)	10,4% (n=1074)	5%
Angst vor Tratsch	62,7% (n=67)	48,8% (n=78)	5%
Angst vor Beleidigung	42,4% (n=66)	28,9% (n=1072)	5%
Angst vor körperlicher Bedrängung	31,8% (n=66)	13,7% (n=71)	0,1%
Angst vor tätlichen Angriffen	27,3% (n=66)	12,1% (n=1070)	0,1%

DISKRIMINIERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT GESETZEN, LEITLINIEN ETC.

• 13,4% aller ehemaligen oder aktuellen Sexarbeiter_innen wurden zu einem medizinischen Verfahren gezwungen (inkl. HIV-Test)
• Bei 11 der 18 Personen, denen eine Einreise verweigert wurde, handelt es sich um Migrant_innen.

	SW	N-SW	Signifikanz
Medizinisches Verfahren	13,4% (n=67)	5,5% (n=1.081)	nicht berechenbar
Festnahme oder Anklage	9,0% (n=67)	1,6% (n=1.081)	nicht berechenbar
Einreise-Verweigerung	26,9% (n=67)	12,4% (n=1.081	1%

DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON MENSCHEN MIT HAFTERFAHRUNG

SUBGRUPPE
Aktuell oder ehemals inhaftiert

VARIABLE / DEFINITION
Selbstangabe, aktuell oder ehemals, hier abgekürzt mit „Haft"
Vorbemerkung zur Methodik:

VORBEMERKNG ZUR METHODIK

• Es handelt sich um Vergleiche von Intra-Gruppen-Verteilungen, also wie sich bestimmte Phänomene innerhalb der Gruppe der aktuell oder ehemals Inhafterten verteilen im Vergleich zur Verteilung des gleichen Phänomens in der Gruppe derjenigen ohne Hafterfahrung (N-Haft).

• Es werden hier meist nur Ergebnisse dargestellt, bei denen sich ein signifikanter Unterschied auf einem maximal 5%-, meist eher 1%-Niveau berechnete.

• Mit n=52 handelt es sich um eine kleine Subgruppe - daher sind die meisten Ergebnisse nicht signifikant bzw. eine solche Berechnung ist nur bedingt sinnvoll. Die Ergebnisse und Vergleiche geben also Tendenzen und Eindrücke wieder.

• Sofern nicht anders angegeben beziehen sich die Angaben auf die letzten 12 Monate vor der Befragung.

• Sofern ein „n" angegeben ist, bezieht es sich auf das Gesamt der jeweiligen Subgruppe. Beispiel: Haft 33,3% (n=51) meint, dass 51 Leute mit Hafterfahrung die Frage beantworteten und 33,3% davon die Frage mit „Ja" beantworteten.

ÜBERBLICK

Anteil der Menschen mit Haft-Erfahrung an Gesamtgruppe (n=1.148):	**4,5%**	**n=52**

GESCHLECHT

	HAFT	N-HAFT
weiblich (280)	36,5%	23,8%
männlich (n=855)	57,7%	73,2%
trans (n=12)	5,8%	0,8%

Keine Signifikanz sinnvoll berechenbar

ERFAHRUNGEN IM SOZIALEN UMFELD

• Es wurde allgemein nach diskriminierenden Erfahrungen gefragt, die nicht unbedingt nur auf HIV zurückgeführt werden müssen. Diese Antworten sind in der ersten Tabelle abgebildet. Erst in einem zweiten Schritt wurde danach gefragt, ob es sich um Diskriminierung aufgrund von HIV handelte.
• Während sich Frauen mit Hafterfahrung häufiger körperlich bedroht/bedrängt fühlten, kam es aber nicht zu mehr tatsächlichen Übergriffen.

	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
Ausschluss gesellschaftliche Aktivität	33,3% (n=51)	11,7% (n=1055)	0,1%
Ausschluss familiäre Aktivität	26,5% (n=49)	11,9% (n=1047)	1%
Tratsch hinter dem Rücken	76,9% (n=52)	54,3% (n=1096)	1%
Verbal beleidigt	53,8% (n=52)	27,4% (n=1095)	0,1%
Körperlich bedrängt (nur Frauen)	31,6% (n=19)	13,1% (n=260)	nicht berechenbar

• HIV als Grund (nicht in der Tabelle dargestellt) überwiegt (bei allen Fragen über 50%) und ist bei Menschen mit Hafterfahrung meist stärker ausgeprägt als bei Menschen ohne Hafterfahrung - das aber nicht durchgängig über alle Fragen hinweg. Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind die Unterschiede weiterhin nicht signifikant.
• In der folgenden Tabelle wird dargestellt, welche Gründe die Befragten für eine erlebte Diskriminierung angaben, wenn es nicht HIV war.

Wenn die HIV-Infektion nicht der Grund war, was dann? (n=38)	
Drogengebraucher_in	36,8%
Sexuelle Orientierung	15,8%
Migrant_in	13,2%
Menschen in Haft	10,5%
Sexarbeiter_in	0,0%
Andere	23,7%

(alles aktuelle oder ehemalige Gruppenzugehörigkeit)

• Im Gegensatz zu den Nennungen anderer Gruppen wird die Hafterfahrung als Diskriminierungsgrund nicht an erster Stelle genannt - gleichzeitig ist der Anteil der intravenös Drogengebrauchenden unter den Hafterfahrenen mit 75% sehr hoch.
• Menschen mit Hafterfahrung fühlten sich häufiger in Freundschaften unverstanden, wurden aber nicht häufiger sexuell zurückgewiesen als die Vergleichsgruppe.

	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
In Freundschaften unverstanden	53,8% (n=52)	37,7% (n=1089)	5%
Sexuelle Zurückweisung (nur unter den sexuell Aktiven)	50,0% (n=20)	46,4% (n=646)	n.s.

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSBEREICH, AM ARBEITSPLATZ ETC.

• Bei der Verweigerung von Gesundheitsleistungen sind Unterschiede vor allem zwischen den Männern mit und ohne Hafterfahrung zu finden (31,0% vs. 16,1%), während sich die Frauengruppen kaum unterscheiden (27,8% vs. 26,4%).

	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
Verweis Bildungseinrichtung	15,2% (n=33)	3,3% (n=641)	nicht berechenbar
Verweigerung Gesundheitsdienst	30,0% (n=50)	18,6% (n=997)	5%

VERINNERLICHTE STIGMATISIERUNG, NEGATIVE GEFÜHLE

• Im Vergleich mit anderen Gruppen gibt es keine siginifikanten Unterschiede im Bereich „negative Gefühle“ (nicht dargestellt) - bis auf die Frage nach Selbstmordgedanken.

Negative Gefühle	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
Ich hatte Selbstmordgedanken	44,2% (n=52)	21,7% (n=1.081)	0,1%

• Während sich Unterschiede im Bereich „Rückzug“ finden (s. Tabelle), gibt es diese kaum bei „Ängsten“ (nicht in Tabelle)

Rückzug	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
Nicht an Veranstaltung telgenommen	40,4% (n=52)	26,7% (n=1.081)	5%
Nicht für einen Job beworben	23,5% (n=51)	13,2% (n=1.078)	5%
Keine Kinder bekommen	47,1% (n=51)	20,8% (n=1065)	0%
Kein Arztbesuch	21,2% (n=52)	10,5% (n=1.089)	5%
Kein Krankenhausbesuch	19,2% (n=52)	6,6% (n=1.089)	nicht berechenbar

DISKRIMINIERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT GESETZEN, LEITLINIEN ETC.

• Menschen mit Hafterfahrung wurden häufiger im Zusammenhang mit ihrer HIV Infektion festgenommen, angeklagt, isoliert oder zu einer Offenlegung des Status aufgrund eines Asylverfahrens gezwungen.

Rückzug	HAFT	N-HAFT	Signifikanz
Festnahme und Anklage	9,6% (n=52)	1,6% (n=1.096)	nicht berechenbar
HIV-Status Offenlegung Asyl	13,5% (n=52)	4,1% (n=1.096)	nicht berechenbar
Isolierung	17,3% (n=52)	2,2% (n=1.096)	nicht berechenbar

Deutsche
AIDS-Hilfe