

63. Deutscher STI-Kongress



Abstract-Band

mit Leopoldina-Symposium und
Interdisziplinärem Networking für die
Millennials

06.-09. Juni 2018
Bochum, im Stadtpark



Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit



Inhaltsverzeichnis

63. Deutscher STI-Kongress 2018

Abstracts zu den Vorträgen.....S. 5
(V1- V78)

Abstracts zu der Posterausstellung.....S. 61
(P1- P15)

Leopoldina-Symposium

Abstracts zu den Vorträgen.....S. 76
(LV 1 - LV8)

Interdisziplinäres Networking für die Millennials

Abstracts zu den Vorträgen.....S. 82
(MV1 - MV3)

Impressum.....S. 87

*Abk.: V: Vortrag; AV: Abstract-Vortrag; KS: Kurzstatement; P: Poster; LV: Leopoldina-Vortrag,
MV: Interdisziplinäres Networking für die Millennials*

63. Deutschen STI-Kongress 2018

Kooperationspartner: ADI-TD

06.-09. Juni 2018, Bochum, im Stadtpark

STI auf der Spur – vorbeugen, erkennen, behandeln

Kongresspräsidenten:

PD Dr. Petra Spornraft-Ragaller, Dresden

PD Dr. Thomas Meyer, Hamburg

**63. Deutscher
STI-Kongress**

**STI AUF DER SPUR: VORBEUGEN,
ERKENNEN, BEHADELN**

Zertifiziert durch:
Arztekammer Westfalen-Lippe **12 Punkte Kat. B**
Workshops jeweils **3 Punkte Kat. C**
Akademie für Infektionsmedizin e.V. **16 iCME Punkte**
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.

**Leopoldina-
Symposium
06.06.2018**

**06.-09. Juni 2018
im Stadtpark Bochum**

DSTIG
Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit

ADI-TD
Arbeitsgemeinschaft für
Dermatologie, Infektiologie und Transmissionsfragen
der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Übersicht zu den Vorträgen

Abk.: V: Vortrag; AV: Abstract-Vortrag; KS: Kurzstatement; P: Poster; LV: Leopoldina-Vortrag, MV: Interdisziplinäres Networking für die Millennials

Eröffnungsvorträge

- V 1 Wald S: Grußwort
- V 2 Schallenberg P: Sexualität – Gesundheit – Lebensqualität. Oder: Darf´s ein bißchen mehr sein?
- V3 Brockmeyer N: Der Weg in die Zukunft, oder „In the Year Twenty-five“

SESSION 1: Epidemiologie: Fakten und Trends

- V 4 Jansen K, et al.: STI in Deutschland - Wie ist die Lage?
- V 5 Buder S, et al.: Gonokokken-Resistenzen - auf dem Weg zum Superbug?
- AV 6 Schu M, et al.: „Walk In Ruhr“ - Mehrwert integrativer Versorgung: Ausgewählte Ergebnisse aus zwei Jahren wissenschaftlicher Begleitung
- AV 7 Wach J: Nutzung des HIV-Tests als Vehikel für STI-Tests: Ein Angebot des Gesundheitsamtes Bochum
- AV 8 Hofmann A, et al.: Wie viele HIV- / STI-Tests werden in deutschen Arztpraxen durchgeführt?
- AV 9 Dudareva S, et al.: Was wissen wir nach acht Jahren *Chlamydia trachomatis* Datensammlung in Deutschland?

SESSION 2: Therapieren – aber wie?

- V 10 Wedemeyer H: Das ABC der Hepatitis
- V 11 Streeck H: Grundlagenforschung HIV - Von der Impfung über neutralisierende Antikörper zur Heilung
- V 12 Esser S: State of the ART – HIV-Leitlinien aktuell
- V 13 Boesecke C: Moderne HIV-Prävention
- AV 14 Potthoff A, et al.: Fehlender Antikörpernachweis nach Hepatitis-A-Impfung bei HIV-positiven Patienten

SESSION 3: Alles im Wandel – Rahmenbedingungen und Angebote für Menschen in der Sexarbeit im Jahre Eins des ProstSchG

- V 15 Steffan E et al.: Angebote der Gesundheitsämter für Sexarbeiter*innen vor Einführung des ProstSchG
- V 16 Stiehler M: Schutz durch Kontrolle? Wessen Geistes Kind ist das Prostituiertenschutzgesetz
- V 17 Hansen C: Schutz durch das ProstSchG? Bewertung des Gesetzes aus Sicht der Betroffenen
- AV 18 Gabb A, Engel M: Sexarbeit: Gesundheit, soziales Wohlbefinden und gesellschaftliche Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen vor dem Hintergrund des ProstituiertenSchutzGesetz (ProstSchG)
- AV 19 Langanke H: Was Freier wollen - Sexuelle Gesundheit aus Sicht von Prostitutionskunden
- AV 20 Gudusch J, et al.: Die gesundheitliche (Folge-)Beratung – Entwicklung eines bedarfsgerechten Konzepts zur Informationsvermittlung für Sexarbeiter*Innen

SESSION 4: Sexualität, Kognition und Moral in der Adoleszenz

- V 21 Klapp C, et al.: Vorgehen bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen
- V 22 Mais A, et al.: „Wer spricht schon gerne über so was?“ Schulprojekte der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.(ÄGGF) zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI)
- V 23 Achenbach M: Sexuelle Orientierung Jugendlicher
- V 24 Büsching U: Somatoforme Schmerzen – wenn die richtigen Worte fehlen
- AV 25 Traub U, et al.: „6“ Spiele: Spielekisten zu sechs sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

SESSION 5: Sexuelle Welten: MSM/Queer/Trans

- V 26 Nagel S: Die Mitte der Gesellschaft - normative Herausforderung für schwule Männer
- V 27 Wolf B: Wozu Queer? Für eine kritische Geschichtsschreibung der Queer Theory
- V 28 Günther M: Aspekte einer trans*sensiblen STI-Gesundheitsversorgung
- AV 29 Potthoff A, et al.: Walk In Ruhr (WIR): STI effektiver diagnostizieren und behandeln
- AV 30 Hahne A, Stern K: Testberatung von trans* und gender-non-konformen Menschen. Eine Handreichung von Gesprächsimpulsen zum Sprechen über die Körperlichkeit und Sexualpraktiken von trans* und gender-non-konformen Menschen

AV 31 Amelung T: Trans*-Patient*innen im ärztlichen Alltag: gelingende Kommunikation mit Fokus auf STI-Versorgung

SESSION 6: Männer- und Frauengesundheit I: Darüber reden und behandeln können

- V 32 Benker G: Endokrinologische Aspekte bei Transsexualität
- V 33 Siedentopf J: STI – Übertragungswege in der Schwangerschaft
- V 34 Pilatz A: Erektile Dysfunktion, was der Nicht-Urologe wissen muss
- AV 35 Voigt K, et al.: Beratung zu sexueller Gesundheit und STI in der Hausarztpraxis
- AV 36 Köhler E: Beratung als Schlüssel zu gelingender Diagnostik und Therapie von STI
Beratungsstandards der DSTIG aus Sk2 AWMF-Leitlinie „STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie“
- AV 37 Langanke H: PrEP – ein Mittel in der HIV-Prävention auch für Frauen?

SESSION 7: PrEP, Prävention, Fast Track Cities

- V 38 Danan E: PrEP aus Sicht der Community
- V 39 Streeck H: Aktuelle PrEP-Studien
- V 40 Jessen H: PrEP und STI 2018
- AV 41 Werner R, et al.: Kenntnisse und Einstellungen zur HIV Präexpositionsprophylaxe unter Männern, die Sex mit Männern haben – eine multizentrische Fragebogenstudie in Berlin
- AV 42 Jansen K, et al.: Hohe Rate sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben – erste Ergebnisse der MSM Screening Study in Deutschland, 2018
- AV 43 Potthoff A, et al.: Präexpositionsprophylaxe im „Walk In Ruhr“ (WIR)

SESSION 8: Männer- und Frauengesundheit II: Darüber reden und behandeln können

- V 44 Schumann C: STI in der gynäkologischen Praxis - vom Chlamydien-Screening bis zur Aktion „Roter Stöckelschuh“
- V 45 Stiehler M: STI und Männlichkeit
- V 46 Peters H-P: STI und männliche Diagnostik

- V 47 Schmidt A: Defizite in den Angeboten zur STI-Diagnostik für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in Deutschland 2017
- AV 48 Diallo M, et al.: Prevention of mother to child transmission of HIV/AIDS in a country with limited resources: acceptability and implementation at the Centre Médical de Ratoma, Guinea-Conakry

SESSION 9: STI-Diagnostik – Alte Pfade, neue Wege

- V 49 Tiemann C, et al.: Multi-Target-PCRs - neue Multi-Tool der STI- Diagnostik
- V 50 Skaletz-Rorowski A, et al.: Point-of-Care Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen: Die PreYoungGo Studie
- V 51 Kulis-Horn R, et al.: Neue Distributionswege: STI-Einsendetests
- V 52 Kupfer G: Gesetzliche Aspekte der HIV-Selbsttests
- AV 53 Pfisterer M, et al.: Molekular-basiertes Screening sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD-Screening) in urogenitalen Proben

SESSION 10: STI-Quiz – gewusst wie!

- V 54 Rasokat H, Schöfer H: Komplexe Fälle aus der Praxis
- AV 55 Claass J, et al.: HIV-Serokonversion unter PrEP in Hamburg – die Notwendigkeit der Peri-PrEP
- AV 56 Hobelsberger S, et al.: Zervikale Abszesse im Rahmen eines Immunrekonstitutionssyndroms durch Mycobacterium avium bei zwei Patienten mit AIDS
- AV 57 Baumann A, Hillen U, Buder S: Tinea pubogenitalis profunda – eine Lifestyle-STI?

SESSION 11: ADI-TD-Symposium: Nicht-venerische, sexuell-relevante Hauterkrankungen

- V 58 Kirtschig G: Lichen sclerosus
- V 59 Schöfer H: Erkrankungen des äußeren weiblichen Genitale: STI und Differenzialdiagnosen
- V 60 Sunderkötter C: Reizthema Skabies
- V 61 Alter M: Akne inversa
- V 62 Ehrchen J: Differentialdiagnose anale Rötung („Roter Po, nicht nur Pso“)

SESSION 12: Sexualität und Migration

- V 63 Sielert U: Sexuelle Lebenswelten und Identitäten in der Einwanderungsgesellschaft
- KS 64 Sonnenberg-Schwan U: Angebote zur sexuellen Gesundheit für geflüchtete Frauen
- KS 65 Mayamba P, Bremer V: Erfahrungen aus der Betreuung von Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MISSA-Studie)
- KS 66 Witz C: Erfahrungen aus der sexualpädagogischen Medienarbeit mit jungen Migrantinnen
- KS 67 Golsabahi-Broclawski: Erfahrungen und Angebote des Instituts für transkulturelle Medizin Bielefeld
- KS 68 Winkelmann C: ZANZU – Erfahrungen mit einem interkulturellen Kommunikationsmedium zur sexuellen Gesundheit in Beratung und Unterricht

SESSION 13: Sexualität und digitale Medien

- V 69 Lemke R: Pornographienutzung und deren Auswirkung auf Partnerschaften Jugendlicher und junger Erwachsener: Ansätze und Befunde empirischer Forschung
- V 70 Weiß K: Digitale Aufklärung: Dr. Google, wie funktioniert Sex?
- V 71 Büsching U: Sexualität im Internet gefährdet psychisch Kranke
- AV 72 Schneider A: Verbesserung der HIV-Therapietreue durch die Mobiltelefon-technologie
- AV 73 Dudareva S, et al.: Datenlage zur Epidemiologie, Krankheitslast und Versorgung von Hepatitis B, D und C in Deutschland

SESSION 14: STI – Hot News

- V 74 Gross G: Leitliniengerechte Behandlung genitaler Warzen
- V 75 Akgül B: HPV-induzierte Karzinogenese – Jenseits der Schleimhäute
- V 76 Heuer D, et al.: Molecular Typing of *Neisseria gonorrhoeae* Strains in Germany (2014 - 2016) by *Neisseria gonorrhoeae* Multiantigen Sequence Typing (NG-MAST)
- V 77 Buder S, et al.: Neue Therapieoptionen bei Gonokokken-Infektionen
- V 78 Fabri M: Zusammenfassung des Leopoldina-Symposiums vom 06. Juni 2018

Abstracts zu den Vorträgen

V1

Grußwort

Wald S

Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

V2

Sexualität – Gesundheit – Lebensqualität. Oder: Darf´s ein bisschen mehr sein?

Schallenberg P

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle, Mönchengladbach

V3

Der Weg in die Zukunft, oder „In the Year Twenty-five“

Brockmeyer N

Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Walk In Ruhr, Bochum

Die Diskussion zur sexuellen Gesundheit wird zurzeit durch Fragen zur Epidemiologie der sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und zum Präventionsmanagement, insbesondere der HIV-Infektion, überlagert und verdeckt. Der Trend zu höheren STI-Inzidenzen wird deutlich anhand der Syphilisinfektionen oder des Schwangerschaftsregisters und nicht zuletzt durch die Daten zu Chlamydien- und Gonokokkeninfektionen aus Sachsen. Hintergründe für diese Zunahme sind nach dem AIDS-Schock eine in allen Bevölkerungsgruppen neu empfundene sexuelle Freiheit, neue Wege zur Kontakt- und Partnerfindung durch die neuen Medien, Änderung der Sexualpraktiken über die letzten Jahrzehnte. Leider sehen wir Menschen mit sexuell übertragbaren Infektionen in der Vielzahl erst in einem späten Stadium der Infektion. Da wir bei der HIV-Infektion auch für die jetzige Generation deutlich belegen konnten, dass Diagnosestellung und eine erfolgreiche Therapie hochpräventiv sind, müssen wir uns fragen, warum haben wir bei der Diagnostik der anderen STI diese Defizite.

In allen Bereichen der Medizin erreichen Präventionsbotschaften nur einen Teil der Menschen. Bei Tumorerkrankungen führt dies zu etwa 20% Spätdiagnosen. Bei sexuell übertragbaren Infektionen liegen die Spätdiagnosen allerdings bei 50-60%. Grund genug, nach den Ursachen zu fahnden. Zum einen ist die Sprache bei Sexualität und speziell über STI schwieriger als bei Tumorerkrankungen. Es gibt keine allgemeingültige Sprache zu Sexualität, STI und Prävention mit der Folge, dass oft lieber darüber geschwiegen wird. Diese Sprachlosigkeit – häufig gepaart mit Vorurteilen und Stigma – erschweren eine gute Präventionsarbeit enorm. Hier kommt den Ärzten, die sich primär als Heiler sehen, eine entscheidende Rolle zu. Ärzte – und hier sind unterschiedlichste Fachrichtungen **und** Hausärzte gefragt – müssen also aktiv in der Vermittlung von Präventionsmaßnahmen und -botschaften eingebunden und entsprechend ausgebildet werden. Auch ein guter Weg, um gleichzeitig die Impfquoten in Deutschland, die immer noch viel zu niedrig sind, auf ein sinnvolles Niveau anzuheben, und dies gilt nicht nur für die HPV-Impfung.

Die Wege sind vorgezeichnet: 1. Schlüssige, ganzheitliche Versorgungsangebote ebnen den Weg für eine gute medizinische Versorgung. 2. Eine curriculäre Fortbildung, die Medizin orientiert ist, zum Thema sexuelle Gesundheit, denn sexuelle Gesundheit ist mehr als psychisches Wohlbefinden. 3. Getreu des Mottos „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr“ muss das Bewusstsein für die eigene (sexuelle) Gesundheit bereits in den Schulen gelegt und gefördert werden.

Wie finden wir den Weg in die Zukunft? Viele Fragen wollen diskutiert und beantwortet werden: Präventionsstrategien für unterschiedliche soziale/sozialisierte Menschen trotz Sprachlosigkeit;

angepasste Sprach- und Motivationssuche z.B. für Heterosexuelle, Homosexuelle, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen; Strategien für Menschen mit einem sehr hohen Risiko für STI; die neuen Börsen zu Partner*innen-Findung – inklusive Präventionsbotschaften?; internetbasierte Risikoinformation und -testung oder Chaträume zu Sexualität und sexuell übertragbaren Infektionen – Zukunftsweg oder Sackgasse, um einzelne Peergroups zu erreichen; Spagat zwischen HIV-Präexpositionsprophylaxe und Chlamydien & Co; Nachwuchsprobleme im Engagement gegen STI. Wer zurückblickt, erkennt, wie viele Wege von dem abschreckenden "Benetton-AIDS-Plakat" bis zu "Gib Aids keine Chance" gegangen wurden. Was HIV betrifft, stehen wir heute in Deutschland ganz gut da. Wie können wir ähnliche Erfolge für STI erreichen, wo wollen wir im Jahr 25 stehen?

V 4

STI in Deutschland – Wie ist die Lage?

Jansen K¹, Buder S², Dudareva S¹, Kollan C¹, Bremer V¹, an der Heiden M¹, Tamminga T¹, Günsenheimer-Bartmeyer B¹

¹ Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

² Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes-Klinikum Neukölln, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Berlin

Hintergrund: Seit 2001 melden Labore in Deutschland HIV- und Syphilis-Diagnosen anonym an das Robert Koch-Institut (RKI). Gonokokken-Infektionen sind nur in Sachsen meldepflichtig, aber es gibt Daten zur Resistenz aus dem GORENET-Projekt. Chlamydien-Diagnosen werden durch ein Labor-Sentinel-Netzwerk erhoben (Chlamydien-Laborsentinel). Wir analysierten aktuelle Daten zu STI in Deutschland.

Methoden: Die anonymen Labormeldungen von HIV- und Syphilis-Diagnosen werden durch die behandelnden Ärzte mit klinischen Informationen ergänzt. Doppelmeldungen werden identifiziert und ausgeschlossen. Daten zu Gonokokken-Infektionen werden im Rahmen des GORENET-Projektes gesammelt. Von Laboren eingesendete Gonokokken-Isolate werden im Konsiliarlabor für Gonokokken nochmals auf Resistenz untersucht. Sentinel-Labore übermitteln anonymisierte Daten zu Chlamydien-Tests und -Diagnosen an das RKI.

Ergebnisse: Im Jahr 2016 wurden 3.419 gesicherte HIV-Neudiagnosen gemeldet. Dies bedeutete eine Abnahme von 8% gegenüber dem Vorjahr. Die höchsten Inzidenzen an HIV-Neudiagnosen im Jahr 2016 wiesen die Stadtstaaten Hamburg (10,1), Berlin (10,1) und Bremen (5,8) auf. 1.725 HIV-Neudiagnosen wurden bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), gestellt, im Vergleich zum Vorjahr ein Abfall von 8%. Bei 865 HIV-Neudiagnosen wurde als Übertragungsweg ein heterosexuelles Transmissionsrisiko (HET) angegeben, bei intravenös Drogen-Gebrauchenden fielen die HIV-Neudiagnosen um 7% auf 127. Die HIV-Schätzung zeigte hingegen, dass 2016 die Anzahl der Neuinfektionen stabil bei 3.100 lag.

Im Jahr 2017 wurden 7.476 Syphilis-Fälle gemeldet, dies bedeutete einen Anstieg um 4,2% gegenüber dem Vorjahr. 4.723 Infektionen wurden bei MSM diagnostiziert, auf heterosexuellem Weg wurden 932 Infektionen übertragen.

Im Jahr 2016 übermittelten 36 Labore Daten zu 930 Gonokokken-Proben. 89% der Isolate stammten von Männern. Medianes Alter der Männer war 32 und der Frauen 27 Jahre. Das Konsiliarlabor für Gonokokken testete 491 Isolate, die 2016 eingesendet wurden. Die Resistenz gegenüber Cefixim betrug 2% und 0% gegenüber Ceftriaxon, das niedrige Resistenz-Niveau der Vorjahre wurde damit beibehalten. Die Resistenz gegenüber Azithromycin betrug 2%, bei einem höheren Anteil von nur intermediär empfindlichen Isolaten. Der Anteil der Proben mit Penicillin- und Ciprofloxacin-Resistenz war 2016 sehr hoch (16% bzw. 54%).

Zwischen 2008 und 2016 wurden Daten zu 5.706.455 Chlamydien-Tests aus 25 Laboren übermittelt und analysiert. 92% der Tests wurden bei Frauen durchgeführt. Häufigste Testgründe bei Frauen waren

Schwangerschaft (41%), Screening für Frauen unter 25 Jahre (24%) oder diagnostische Testung (25%), bei Männern ausschließlich die diagnostische Testung.

Der Positivenanteil der insgesamt zwischen 2014-2016 untersuchten Proben betrug 4% bei Frauen und 11% bei Männern. Bei Frauen zeigten sich die durchweg höchsten Positivenanteile bei 15-19-Jährigen (7%) und 20-24-Jährigen (6%). Das Chlamydien-Screening für Frauen unter 25 Jahren wurde 2016 von 11% der potentiellen Nutzerinnen in Anspruch genommen.

Schlussfolgerungen: Die Anzahl der HIV-Diagnosen ist gesunken, jedoch nicht die geschätzte Anzahl der Neuinfektionen. Der Syphilis-Anstieg der vergangenen Jahre hat sich fortgesetzt, wenn auch nicht so stark wie in den Vorjahren. Für beide Erreger stellen MSM stellen die Hauptbetroffenengruppe dar. Bei Gonokokken zeigt sich eine bei den laut Leitlinie zu favorisierenden Antibiotika aktuell gering ausgeprägte Resistenzsituation. Chlamydien sind sehr verbreitet, insbesondere bei Frauen unter 25 Jahren. Das Chlamydien-Screening für Frauen unter 25 Jahren ist nicht effektiv implementiert.

Vor dem Hintergrund einer zum Teil starken Verbreitung von STI in Deutschland sind die möglichst frühe Diagnose und Behandlung, aber weiterhin auch ein konsistenter Kondomgebrauch von hoher Bedeutung zur Verbesserung der epidemiologischen Situation. Insbesondere für MSM, aber auch für andere vulnerable Gruppen müssen auch innovative Wege zur Prävention und Testung evaluiert und ggf. implementiert werden.

V 5

Gonokokken-Resistenzen – Auf dem Weg zum "Superbug"?

Buder S¹, Jansen K², V. Bremer², Kohl PK¹

¹ Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland

² HIV/ AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Keywords: Antibiotikaresistenz; Gonorrhoe; Multiresistenz; sexuell übertragbare Infektion

Hintergrund: Die dramatische Resistenzentwicklung bei *Neisseria gonorrhoeae* ist ein globales Problem bei der Behandlung und Kontrolle der Gonorrhoe. Derzeit zeigt sich weltweit eine besorgniserregende Resistenzentwicklung, so dass man der Gefahr eines potentiell kaum therapierbaren, hochresistenten Erregers gegenübersteht (multidrug-resistant *Neisseria gonorrhoeae*, MDR-NG). Das Gonokokken-Resistenznetzwerk (GORENET) ermöglicht seit 2014 für Deutschland eine kontinuierliche Darstellung und Überwachung der aktuellen Resistenzsituation.

Methoden: Nichtselektive Sammlung von *Neisseria gonorrhoeae* Isolaten aus allen Teilen Deutschlands. Aus 23 Kooperationslaboren wurden im Beobachtungszeitraum 2014-17 insgesamt 1741 vitale Isolate eingesandt, mittels Etest auf ihre Empfindlichkeit überprüft und nach EUCAST 4.0 bewertet. Ziel der Surveillance ist die Beurteilung der Resistenzlage bezüglich aller derzeit therapeutisch relevanten Antibiotika, wie Cefixim, Ceftriaxon, Azithromycin, Ciprofloxacin und Penicillin.

Ergebnisse: Wir berichten über die aktuellen Ergebnisse der Resistenzsurveillance in Deutschland aus den Jahren 2014-2017 und setzten diese zu deutschen EURO-GASP Daten und internationalen Daten ins Verhältnis. Während die Resistenzsituation für Ceftriaxon in Deutschland auf sehr niedrigem Niveau (0,5%) stabil blieb, konnte für Cefixim ein deutlicher Rückgang der Resistenzrate auf 1,5% nachgewiesen werden. Dagegen wurde ein Anstieg der Resistenzrate gegenüber Azithromycin auf bis zu 12 % beobachtet. Die Rate der Penicillin- (>25%) und Ciprofloxacin- (60%) Resistenz ist in Deutschland sehr hoch. High-level Resistenzen und Multiresistenz sind selten, traten aber im Beobachtungszeitraum ebenfalls auf.

Zusammenfassung: Die Resistenzentwicklung bei *N. gonorrhoeae* in den letzten Jahren ist ein ernstzunehmendes Problem bei der Behandlung der Gonorrhoe. Aktuelle Resistenz-Daten aus dem deutschen Surveillance Programm GORENET (Gonokokken-Resistenz-Netzwerk) und internationale Daten zeigen derzeit eine niedrige Resistenzsituation für das first-line Therapeutikum Ceftriaxon.

Hingegen nimmt die Rate der Azithromycin-Resistenz bei Gonokokken deutlich zu, was die aktuell empfohlene duale Therapie zunehmend erschwert. Multiresistenzen und high-level Resistenzen werden ebenfalls beobachtet. Eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber der lokalen und globalen Resistenzsituation bei Gonokokken und eine kontinuierliche Überwachung sind dringend erforderlich, da die therapeutischen Optionen dramatisch begrenzt sind. Die Therapie der Gonorrhoe bleibt eine Herausforderung mit spannenden neuen Entwicklungen

AV 6

„Walk In Ruhr“ – Mehrwert integrativer Versorgung: Ausgewählte Ergebnisse aus zwei Jahren wissenschaftlicher Begleitung

Schu M¹, Jonas B², Schlüter C^{3,4}, Potthoff A^{3,4}, Wach J^{3,5}, Kayser A^{3,6}, Syllwasschy J^{3,8}, Chmielorz M^{3,9}, Skaletz-Rorowski A^{3,4}, Brockmeyer N^{3,4}

¹ Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH – FOGS Köln

² Delphi Gesellschaft mbH, Kaiserdamm 8, 14057 Berlin

³ Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

⁴ Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

⁵ Gesundheitsamt Bochum

⁶ Aidshilfe Bochum e. V., Bochum

⁸ pro familia e. V., Bochum

⁹ Rosa Strippe e. V., Bochum

Hintergrund: Epidemiologische Studien verweisen nach wie vor auf einen hohen Bedarf an Maßnahmen zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Wie das Robert-Koch-Institut entlang aktueller Daten für Deutschland zeigt, sind neben Männern, die Sex mit Männern haben, auch junge Erwachsene zunehmend von STI betroffen. Ein Problem hinsichtlich der Entwicklung und Etablierung niedrigschwelliger Versorgungsangebote, die sich an den Bedarfen der heterogenen Zielgruppe orientieren, stellt die Vielzahl im Kontext sexueller Gesundheit tätiger Akteure und deren ungenügender Vernetzung dar. Vor diesem Hintergrund wurde im Frühjahr 2016 in Bochum das Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin (WIR-Zentrum) eröffnet, das ein umfassendes Angebot für die Versorgung von STI und zu Sexueller Gesundheit vorhalten will. Das soll durch die Zusammenarbeit von sechs unabhängigen Einzelorganisationen realisiert werden: die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum, die für STI-Tests zuständige Fachstelle des Gesundheitsamtes der Stadt Bochum, die Aidshilfe Bochum e. V., pro familia e. V., Madonna e. V. und Rosa Strippe e. V. Ergänzt wird das Angebot durch eine psychotherapeutische und eine gynäkologische sowie eine proktologische Sprechstunde, in enger Kooperation mit Ärzt*innen in Niederlassung und weiteren Partnern.

Projektbeschreibung: Die sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute FOGS und Delphi wurden im Juli 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, den Implementierungsprozess des WIR-Zentrums wissenschaftlich zu begleiten und den Mehrwert einer integrativen Versorgung zu untersuchen. Die Erfahrungen im Rahmen der Implementierung des WIR-Zentrums sowie die Ergebnisse der Evaluation sollen mit Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung im Jahr 2019 für die Entwicklung und Etablierung weiterer integrativer Versorgungsangebote herangezogen werden.

Erste Ergebnisse: Im Rahmen der Evaluation werden in enger Abstimmung und Reflexion mit den kooperierenden Einzelorganisationen struktur- und prozessbezogene Aspekte der Umsetzung des WIR-Zentrums wissenschaftlich untersucht. Die Basis hierfür bildet ein gemeinsam erstellter Zielkatalog. Im Rahmen der Evaluation werden quantitative und qualitative Methoden eingesetzt und die Perspektiven aller beteiligten Akteure (z.B. Patient*innen, Klient*innen, Fachkräfte und lokale Versorgungspartner*innen) einbezogen. Im Vortrag werden zum einen das WIR-Zentrum vorgestellt und

zum anderen Daten zu den Nutzer*innen (u.a. Zugang, Soziodemographie, Risikoverhalten), dem Leistungsspektrum im Zentrum sowie Bewertungen aus Nutzersicht präsentiert.

Zusammenfassung: Die ersten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung verweisen darauf, dass das WIR Zentrum einen Mehrwert generiert, bspw. durch die Entwicklung neuer Präventions- und Versorgungsformate, einen niedrigschwiligen Zugang zu Hilfe, eine multiprofessionelle Betreuung und eine schnelle Zuleitung von Personen mit positiven STI-Tests in Behandlung

AV 7

Nutzung des HIV-Tests als Vehikel für STI-Tests: Ein Angebot des Gesundheitsamtes Bochum

Wach J

Gesundheitsamt Bochum

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin, Walk In Ruhr, Bochum

Hintergrund: Der Wissensstand zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI) ist im Vergleich zum Wissen über HIV bei der Allgemeinbevölkerung in Deutschland deutlich geringer. Das Gesundheitsamt Bochum nutzt die Motivation der Besucher*innen, einen HIV-Test zu machen, um sie gleichzeitig auch über STI zu informieren und auf Wunsch zu testen.

Die Besucher*innen haben im Weiteren die Möglichkeit, ein umfassenderes Gespräch über sexuelle Gesundheit zu führen. Themen sind u.a. Verhütungsmittel, Krebsvorsorge, Impfungen, PrEP, sexuelle Funktionsstörungen oder psychosoziale Themen.

Besucher*innen können sich beim Gesundheitsamt Bochum für einen kostenlosen und anonymen HIV-Test in Form eines Schnelltests oder Labortests anmelden.

Methode: Im Beratungsgespräch werden sie dann über die Verbreitung, Symptome, die Ansteckungswege sowie die Folgen einer Nichtbehandlung der häufigsten anderen sexuell übertragbaren Infektionen informiert. Diese Informationen betreffen Chlamydien, Gonorrhoe, Trichomonaden, Syphilis, Humane Papillom Viren, Herpes und Hepatitis.

Zusätzlich zum HIV-Test werden bei einem möglichen Ansteckungsrisiko auch Tests auf Chlamydien, Gonorrhoe, Syphilis und Trichomonaden angeboten. Alle Tests sind kostenlos und anonym. Für Tests auf Chlamydien, Gonorrhoe und Trichomonaden nehmen Frauen einen vaginalen Abstrich ab, Männern geben eine Urinprobe ab. Das Angebot ist niedrigschwellig, da die Proben in Selbstabnahme ohne körperliche Untersuchung gewonnen werden. Zusätzlich werden je nach sexuellem Kontakt rektale und pharyngeale Tests angeboten. Die Proben werden ebenfalls durch selbst abgenommene Abstriche gewonnen.

Ergebnisse: Im Gesundheitsamt Bochum wurden im Jahr 2017 2277 HIV-Tests durchgeführt, davon waren 0,2% positiv. Von den HIV-Testwilligen haben sich aufgrund des Beratungsgesprächs 1225 Personen auf andere STI testen lassen, davon waren etwa 10% positiv.

Schlussfolgerungen: Durch das Beratungsgespräch wird der Kenntnisstand über andere STI deutlich verbessert und die Besucher werden für das Thema sensibilisiert.

Hauptsächlich die Sorge um HIV motiviert die Besucher*innen, sich testen zu lassen, jedoch sind andere STI epidemiologisch erheblich verbreiteter. Sie sind nur weniger bekannt und lösen weniger Ängste aus.

Ein niedrigschwelliges STI-Testangebot, welches mit dem „populärerem“ HIV-Test verknüpft wird, kann ein Baustein sein, um das Wissen, das Bewusstsein und die Testwilligkeit der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich STI zu verbessern.

AV 8

Wie viele HIV- / STI-Tests werden in deutschen Arztpraxen durchgeführt?

Hofmann A^{1,2}, Bätzing J³, Jansen K¹, Bartmeyer B¹, Bremer V¹

¹ Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

² Charité Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland

³ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin, Deutschland

Hintergrund: Personen, die sich aufgrund von Risikoverhalten oder Symptomen auf HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersuchen lassen möchten, können dies einerseits anonym in Test- und Beratungsstellen der Gesundheitsämter oder AIDS-Hilfen tun, oder sich in Arztpraxen testen lassen. Mithilfe von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll hier der Umfang der im niedergelassenen Bereich in Deutschland durchgeführten HIV- und STI-Testungen untersucht werden.

Methoden: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) stellte für diese Analyse Daten zu bundesweit zwischen 2010 und 2015 abgerechneten Leistungen mit HIV- und STI-Bezug zur Verfügung. Für Leistungen zur HIV- und Syphilis-Diagnostik wurden Patientendaten von 15-74-Jährigen mit Suchtests allein sowie mit Such- und Bestätigungstest ausgewertet. Abgerechnete Laborleistungen zu Chlamydien wurden bei Frauen zwischen 15-44 Jahren differenziert nach symptombezogener Diagnostik und nach Screening-Untersuchungen (Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch; Screening bei unter 25-Jährigen). Bei Männern und Frauen, die ausschließlich aufgrund von Symptomen auf Chlamydien untersucht wurden, standen Angaben für 20-59-Jährige zu Verfügung. Leistungsdaten zur Gonorrhö-Diagnostik waren für 20-59-Jährige mit Ausnahme von Bremen und dem Saarland verfügbar. Die Daten wurden nach Erreger, Alter, Geschlecht und Jahr des durchgeführten Tests deskriptiv analysiert, zeitliche Trends wurden mit linearen Regressionen überprüft.

Ergebnisse: Die Anzahl der in Arztpraxen getesteten Personen stieg zwischen 2010 und 2015 signifikant an, bei HIV von 865.918 auf 999.465 (+15%); bei Syphilis von 834.206 auf 947.145 (+14%), bei Chlamydien von 856.345 auf 997.459 (+16%) im Rahmen von Screenings und bei symptombezogener Diagnostik insgesamt von 515.830 auf 641.512 (+24%) und bei Gonorrhö von 193.450 auf 236.988 (+23%). 2015 wurden somit am häufigsten Personen auf Chlamydien untersucht, davon 997.459 15-44-jährige Frauen im Rahmen von Screening und 641.512 20-59-Jährige (75,7% Frauen) aufgrund von Symptomen, gefolgt von HIV (82,4% Frauen), Syphilis (87,3% Frauen) und Gonorrhoe (69,9% Frauen). Bei 2.605 (0,3%; 53,6% Frauen) Personen war der HIV-Suchtest reaktiv. 17.958 (1,9%; 18,8% Frauen) Personen hatten sowohl einen Syphilis Such- als auch Bestätigungstest. Davon hatten 92,4% (n= 16.587; 17,1% Frauen) eine anschließende Aktivitätsbestimmung.

Schlussfolgerungen: Es konnte erstmalig die Anzahl der auf HIV/STI getesteten GKV-Versicherten in Vertragsarztpraxen bestimmt werden. Es wurden mehr Frauen als Männer untersucht. Die meisten Untersuchungen wurden vermutlich im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge durchgeführt. Auch wenn Frauen am häufigsten untersucht wurden, hatten Männer häufiger als Frauen einen weiteren Test zur Abklärung eines positiven/reaktiven Suchtests.

AV 9

Was wissen wir nach acht Jahren *Chlamydia trachomatis*. Datensammlung in Deutschland?

Dudareva S, Bremer V, Matthias an der Heiden M, Dehmel K, Sailer A, Jansen K

Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Fachgebiet 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Berlin

Hintergrund/Fragestellung: *Chlamydia trachomatis* (CT) Infektionen sind in Deutschland nicht meldepflichtig. Frauen und Männer werden bei Vorhandensein von Symptomen (DgT) auf CT getestet. Zusätzlich werden schwangere Frauen seit 1995 auf CT getestet (SwT). Seit 2008 soll allen sexuell

aktiven Frauen unter 25 Jahren jährlich ein CT-Screening angeboten werden (S25). Die Kosten für die S25 Diagnostik, jedoch nicht für die Beratung werden von den Krankenkassen übernommen. Um den CT-Positivenanteil zu erfassen sowie Präventionsempfehlungen zeitgerecht zu entwickeln, werden seit 2010 CT-Infektionen retro- (seit 2008) und prospektiv über ein freiwilliges Labor-basiertes Sentinel erfasst.

Methoden: Die Daten zu durchgeführten CT-Tests, Testergebnissen, Altersgruppe und Testgrund der getesteten 15-59-jährigen Frauen und Männern aus den Jahren 2008-2016 wurden ausgewertet. Die S25 Abdeckung wurde geschätzt, indem das Verhältnis der S25 und SwT mit dem Verhältnis der entsprechenden Bevölkerungsgruppen verglichen wurde.

Der Positivenanteil wurde je nach Geschlecht und Altersgruppe für die Jahre 2014-2016 berechnet und mit einem Chi²-Test verglichen. Trends über die Zeit (2008-2016) nach Geschlecht und Altersgruppe wurden mit einer multivariablen Poisson Regression geschätzt.

Ergebnisse: Aus insgesamt 5.584.044 ausgewerteten CT-Tests 93% wurden bei Frauen durchgeführt. Durch S25 wurden 2008 8% und 2016 12% der Zielgruppe erreicht.

Bei den Frauen lag der Positivenanteil der CT-Tests in den Jahren 2014-2016 bei 3,9%. Bei S25 lag der Positivenanteil bei 5.1% unter 15-19-jährigen und bei 5.0% unter 20-24-jährigen Frauen. Der Positivenanteil bei SwT und DgT war höher unter 15-19- (9,8% und 9,3%) und 20-24-jährigen (5,5% und 7,9%) im Vergleich zu 25-29- (2,0% und 5,3%) und ≥ 30 -jährigen Frauen (0,9% und 2,3%), p-Wert $<0,001$. Im Zeitverlauf zwischen 2008 und 2016 nahm der Positivenanteil unter 15-19- (0,5%/Jahr), 20-24- (1,9%/Jahr) und 25-29-jährigen Frauen (0,5%/Jahr) ab, p-Wert $<0,05$.

Bei den Männern lag der Positivenanteil der CT-Tests in den Jahren 2014-2016 bei 11,5%. Er war höher unter 15-19- (17,4%), 20-24- (19,7%) und 25-29-jährigen (14,7%) im Vergleich zu ≥ 30 -jährigen (7,7%), p-Wert $<0,001$. Im Zeitverlauf zwischen 2008 und 2016 nahm der Positivenanteil unter 15-19-jährigen zu (3,8%/Jahr) und unter 25-29- (1,9%/Jahr) und ≥ 30 -jährigen Männern ab (1,4%/Jahr), p-Wert $<0,001$.

Schlussfolgerungen: Der Positivenanteil bei jungen Frauen und Männern ist hoch. Im Zeitverlauf ist der Positivenanteil bei den jungen Frauen und Männer ab 25 Jahren leicht zurückgegangen und bei Männern unter 20 Jahren zugenommen. Die S25 Abdeckung blieb niedrig. Um Neuinfektionen zu verhindern und die Testhäufigkeit zu erhöhen, sollte das Bewusstsein für CT in den Zielgruppen verstärkt werden. Für S25 sollte bei den Frauen und Frauenärzt_innen weiter geworben werden. Vergütung für eine S25 Beratung sollte ermöglicht werden.

V10

Das ABC der Virushepatitis

Wedemeyer H

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinikum Essen

Weltweit sind mehr als 300 Millionen Menschen Träger eines Hepatitis Virus. Bisher sind 5 Viren als primär hepatotrope Viren beschrieben, die sich ansonsten aber stark unterscheiden und keine virologischen Gemeinsamkeiten aufweisen. HAV und HEV werden fäkal-oral übertragen, wobei insbesondere für die Hepatitis E aber auch Bluttransfusionen eine relevante Infektionsquelle in Deutschland darstellen.

Hepatitis A: Akute Hepatitis; in der Regel selbstlimitierend, aber schwere akute Fälle, die zum Leberversagen führen können, sind möglich; keine spezifische antivirale Therapie; sehr guter und in annähernd allen Fällen wirksamer Impfstoff verfügbar

Hepatitis B: Akute Hepatitis, sexuell übertragbar, chronische Verläufe bei Kindern häufig, im Erwachsenenalter selten; Leberzirrhosen und hepatozelluläre Karzinome bei chronischer Hepatitis; antivirale Therapie mit Nukleos(t)idanaloga (Entecavir; TDF oder TAF); die antivirale Therapie reduziert das Risiko für die Entwicklung klinischer Komplikationen; Beendigung der antiviralen Behandlung in Einzelfällen nach mehreren Jahren bei sicherem Ausschluss einer Leberzirrhose möglich, PEG-

Interferon alpha in Einzelfällen indiziert; Impfung verfügbar, aber hier Impfversagen möglich, insbesondere bei Immunsuppression und höherem Alter

Hepatitis C: Akute Hepatitis, chronischer Verlauf in 10-50%; Leberzirrhosen und HCC nach 10-30 Jahren häufig; direkt-antivirale Substanzen führen in >95% zu einer Ausheilung der Infektion ohne wesentliche Nebenwirkungen, aktuell empfohlen: Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni) bei GT1, 4-6, Glecaprevir/Pibrentasvir (Maviret) bei allen Genotypen, 8-12 Wochen, Velpatasvir/Sofosbuvir (Epclusa) 12 Wochen bei allen Genotypen; Elbasvir/Grazoprevir (Zepatis) 12 Wochen bei GT1 und 4; Nachbeobachtung nach Ausheilung insbesondere bei Zirrhosepatienten unbedingt erforderlich, da sich weiter HCCs entwickeln können.

Hepatitis D: Koinfektion bei Hepatitis B; schwerwiegendster Verlauf aller chronisch viralen Hepatitiden; PEG-Interferon alpha für 48 Wochen bei etwa einem Viertel der Patienten effektiv; neue antivirale Strategien in Entwicklung

Hepatitis E: HEV-Genotyp 3 Infektionen in Deutschland eine Zoonose mit Schweinefleisch als häufigste Ursache; etwa 400.000 HEV Infektionen pro Jahr in Deutschland; Infektionen durch Bluttransfusionen möglich; häufige Ursache extrahepatischer Symptome; chronische Verläufe bei Immunsuppression; Ribavirin als antivirale Therapieoption

V 11

Grundlagenforschung HIV - Von der Impfung über neutralisierende Antikörper zur Heilung

Streeck H

Institut für HIV Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen

V 12

State of the ART – HIV-Leitlinien aktuell

Esser S

Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie und Venerologie, HPSTD Ambulanz

Eine effektive kontinuierliche kombinierte antiretrovirale Therapie (cART) reduziert die Morbidität und Mortalität der HIV-Infektion sowie die das Transmissionsrisiko erheblich. Die in den Leitlinien für die HIV-Ersttherapie empfohlenen cART-Regime haben sich in den letzten Jahren vereinfacht, so dass überwiegend „Single Tablett Regime“ eingesetzt werden. In Anbetracht der älter werdenden HIV-Population überwiegen in den aktuellen Leitlinien ungeboosterte Regime und antiretrovirale Substanzen mit möglichst wenig Interaktionen. Neue Substanzen mit weniger oder anderen Nebenwirkungen wurden entwickelt und haben Einzug in die Leitlinien gefunden. In der Ersttherapie wird noch immer als Behandlung der Wahl eine Dreifachkombinationstherapie bestehend aus zwei nukleos(t)idalen Reverse Transkriptase Inhibitoren und einer Drittsubstanz (Integrase Inhibitoren (INSTI), nicht nukleos(t)idale Reverse Transkriptase Inhibitoren (NNRTI) oder Protease-Inhibitoren (PI)) empfohlen. Alle INSTI werden als Drittsubstanz in den Leitlinien bevorzugt. Während bereits erste Duale Regime als Alternative zur cART-Standard-Behandlung berücksichtigt werden, konnte sich die Monotherapie aufgrund der schlechteren Effektivität in den Leitlinien nicht durchsetzen. Inzwischen erreichen laut Robert-Koch-Institut 93% der medizinisch angebundenen und mit einer cART behandelten HIV-Infizierten in Deutschland das Therapieziel einer HIV-RNA unterhalb der Nachweisgrenze (HIV-RNA < 50 Kopien/ml). Die deutschen cART Leitlinien setzen auf eine individualisierte Therapie, die dem Behandler im Gespräch mit seinem Patienten die richtige Auswahl auf der Basis geeigneter Kriterien aus einer vergleichsweise breiten Palette von Möglichkeiten überlässt. Bei der Indikation zum Startzeitpunkt der cART nach Diagnose der HIV-Infektion lautet spätestens seit den Veröffentlichungen der Ergebnisse der START und der HPT052 Studie die eindeutige Empfehlung in allen Leitlinien: „Sofort“.

V 13

Moderne HIV-Prävention

Boesecke C

Bereich Infektiologie / HIV, Universitätsklinikum Bonn

AV 14

Fehlender Antikörpernachweis nach Hepatitis-A-Impfung bei HIV-positiven Patienten

Potthoff A, Brockmeyer NH, Skaletz-Rorowski A

Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Walk In Ruhr, Bochum

Hintergrund: Seit 2015 wurden weltweit vermehrt Hepatitis A-Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben beschrieben. Eine Titerkontrolle nach zweimaliger Impfung wird von der STIKO bei Immunsuppression im Einzelfall empfohlen, wobei Daten zu HIV-Infizierten in Deutschland fehlen.

Methoden: Bei allen HIV-positiven Patienten bei denen mindestens 2 Hepatitis A Impfungen (Havrix oder Twinrix) im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin verabreicht wurden, erfolgten Titerkontrollen. Ein anti HAV-Titer >20IU/l wurde als ausreichender Schutz gewertet.

Ergebnisse: Es wurden 168 Patienten geimpft. 16,6% Patienten zeigten keinen ausreichenden anti HAV Titer nach 2 Impfdosen (10/52 nach 2x Havrix, 18/116 nach 2x Twinrix).

Diskussion: In unserem Patientenkollektiv zeigten 84,4% einen ausreichenden anti-HAV Titer. Damit lagen wir nah der in der Literatur beschriebenen humoralen Antwort bei 74-96,3% der Geimpften. Diese Quote reicht aber nicht aus, um Hepatitis-A Ausbrüche zu verhindern. Es sollten regelmäßig Titerkontrollen nach Hepatitis A Impfung bei HIV-positiven Patienten durchgeführt werden.

V 15

Angebote der Gesundheitsämter für Sexarbeiter*innen vor Einführung des ProstSchG

Steffan E und Körner C

SPI Forschung gGmbH

Hintergrund: Die Gesundheitsämter in Deutschland erreichen mit ihren Angeboten zu sexuell übertragbaren Infektionen (HIV und STI) auch eine große Anzahl von Sexarbeiterinnen und Sexarbeitern. Mit der Schaffung gesetzlicher Regelungen, wie dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2001, dem Prostitutionsgesetz (ProstG) im Jahr 2002 und dem Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) im Jahr 2017 veränderten und verändern sich die Rahmenbedingungen grundlegend. Aber auch die Sexarbeitsszenen verändern sich im Laufe der Jahre kontinuierlich, z.B. durch Migration im Zusammenhang mit der EU-Osterweiterung in den Jahren 2004 und 2007. Diese Veränderungen stellen für die HIV- und STI-Beratungsstellen der Gesundheitsämter große Herausforderungen dar. Sie reagieren darauf mit der fortlaufenden Weiterentwicklung und Anpassung ihrer Angebote. Bislang liegt jedoch kein zusammenfassender Überblick der aktuellen Angebotsstrukturen vor.

Zielsetzung und Vorhaben: Das Bundesministerium für Gesundheit fördert vor diesem Hintergrund eine Befragung der Gesundheitsämter in Deutschland durch die SPI Forschung gGmbH, um einen Überblick über Profil, Umfang und Reichweite der (Beratungs-)Angebote für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter zu erarbeiten.

Um Entwicklungen und Trends abbilden zu können, wurden hierzu bei den Gesundheitsämtern mittels eines internetgestützten Fragebogens Angaben für die Jahre 2014–2016 erhoben. Dabei wird eine Vergleichbarkeit zu den Studien „Gesundheitsämter im Wandel“ (2002, Steffan et al.) und „Befragung zum STI/HIV-Angebot und zur Datenerhebung in Gesundheitsämtern“ (2012, Altman/Bremer) angestrebt.

Im Rahmen einer qualitativen Befragung in vier ausgewählten Regionen (Berlin, Stuttgart, Leipzig und Trier) wurden darüber hinaus Angebotsstrukturen vor dem Hintergrund unterschiedlicher

Rahmenbedingungen (Metropole, Großstadt, Stadt) vertiefend betrachtet.

Diskussion: Zurzeit befindet sich die Studie in der Auswertungsphase. Interessant wird es sein, die Entwicklung und Gestaltung der Angebote der Gesundheitsämter in diesem Feld bis zum Jahr 2016 zu beleuchten und hier zum einen die Rolle des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und zum anderen die Gestaltung durch engagierte Akteure und regionalpolitische Entscheidungen herauszuarbeiten.

V 16

Schutz durch Kontrolle? Wessen Geistes Kind ist das Prostituiertenschutzgesetz

Stiehler M

Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt Dresden

Am 1. Juli 2017 trat das Prostituiertenschutzgesetz in Kraft. Es sieht eine Pflicht zur Anmeldung und zur Gesundheitsberatung für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter vor. Beides muss in festgelegten Intervallen wiederholt werden. Diese Pflichten werden nicht gewerberechtlich begründet, sondern sollen erklärtermaßen dem Schutz der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter dienen. Erreicht werden soll dies durch Offenbarung der Tätigkeit gegenüber den Behörden. Das ProstSchG stellt damit eine besondere Regelung für die Sexarbeit dar, die es für andere Tätigkeiten so nicht gibt.

Schauen wir in die jüngere Vergangenheit, so fällt gerade im Gesundheitsbereich auf, dass es ähnliche Diskussionen sowohl in der alten BRD als auch in der DDR bereits gab. In der BRD war dies die Diskussion um die richtigen Maßnahmen zur Eindämmung von HIV/AIDS. Auch hier gab es Stimmen, die den Schutz der Bevölkerung durch Zwangs- und Kontrollmaßnahmen durchsetzen wollten. Durchgesetzt hatte sich dann aber die Strategie, die auf Aufklärung, Freiwilligkeit und Selbstverantwortung setzte und die sehr erfolgreich war.

In der DDR gab es von Beginn an Bestrebungen, Prostitution zu verbieten. Das Strafgesetzbuch sah gar massive Strafen für Menschen vor, die der Prostitution nachgehen. Zudem sahen sich Frauen und Männer, bei denen sexuell übertragbare Infektionen festgestellt wurden oder die auch nur im Verdacht standen, häufig wechselnde Sexualpartner zu haben, Kontrollen, Diskriminierungen und massiven Sanktionen ausgesetzt.

In diese Tradition stellt sich nun das Prostituiertenschutzgesetz, das auch versucht, einer sehr differenzierten Szene durch Kontrollmaßnahmen und Zwang entgegenzutreten. Dabei werden jetzt noch bestehende Schutzräume für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter abgebaut. Für Dresden rechnen wir zudem mit einer Zurückdrängung gemeindenaher Strukturen und einer Zentralisierung des Marktes. Ob dadurch wirklich Abhängigkeiten der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter beseitigt werden, ist zu bezweifeln.

Die Parallelität zu Zwangsmaßnahmen und Kontrolle in der Vergangenheit besteht darin, dass die Verfechter solcher Maßnahmen sicher Gutes im Sinn hatten und haben. Aber es wird mit viel Aufwand eine Regelung durchgesetzt, von der wir aus unseren Erfahrungen der Vergangenheit wissen müssten, dass sie nicht das erreichen kann, was die Macher in bester Absicht erreichen wollen. Dabei fällt vor allem auf, dass die Akteure: die Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, die Freier, die Betreiberinnen und Betreiber und die Fachberatungsstellen, nicht in die Entwicklung eines sinnvollen Prostituiertenschutzes einbezogen wurden. Dieses Agieren „von oben herab“ ist nicht mehr zeitgemäß und schon gar nicht zielführend.

V 17

Schutz durch das Prostituiertenschutzgesetz? Bewertung des Gesetzes aus Sicht der Betroffenen

Hansen C

BesD e.V. Berufsverband erotische und Sexuelle Dienstleistungen e.V.

Das ProstSchG ist im Kontext eines gesellschaftlichen Diskurses entstanden, in dem Menschenhandel und Prostitution mit Klischees und Moralvorstellungen vermischt wurden. Es ist sehr umfangreich und komplex, beinhaltet umfangreiche Regulierungsmaßnahmen der Sexbranche und ermöglicht eine weitreichende Kontrolle. Sexarbeitende müssen sich einem komplizierten Anmeldeverfahren unterziehen und müssen diese mit einem „Hurenpass“ stets nachweisen können. Die Betriebe, wozu auch schon zwei gemeinsam arbeitende Kolleg*innen zählen, benötigen eine Erlaubnis, die an diverse Anforderungen geknüpft ist. All das überfordert und verunsichert meine Kolleg*innen im Moment sehr. Es ist nicht nachvollziehbar, wie dieses Gesetz uns unterstützen oder uns gar helfen soll. Dass auch die Behörden vielfältige Probleme mit der Umsetzung haben und es in jedem Bundesland anders umgesetzt wird, kommt noch erschwerend hinzu. Viele haben Angst wegen des Datenschutzes, manche wegen der Steuer und einige wegen des Jobcenters. Von den kleinen Betrieben haben einige die Erlaubnis erst gar nicht beantragt und einfach aufgegeben, viele andere können aus baurechtlichen Gründen gar keine bekommen. Kolleg*innen, die früher ihren Arbeitsplatz gerne mit anderen geteilt haben, arbeiten jetzt alleine. Das ProstSchG zwingt die Betreiber, keinen ohne „Hurenausweis“ bei sich arbeiten zu lassen. Von den migrantischen Kolleg*innen sind viele erst mal in die Heimat zurückgekehrt und wollen sich die Entwicklung aus der Distanz anschauen. Die Bordelle haben Probleme, Kolleg*innen für ihre Zimmer zu finden. Die Kunden reagieren auch verunsichert seit das Gesetz voll in Kraft ist und bleiben teilweise aus. Noch wird der „Hurenausweis“ nicht kontrolliert, noch sind nicht alle Meldungen an die Finanzämter versendet – aber die Angst geht um. Arbeitsplätze verschwinden, Kolleg*innen ziehen sich zurück und harren aus. Und manche können sich schlicht nicht anmelden - sie haben keine Arbeiterlaubnis. Ihnen wird auch die Kondompflicht als Argumentationsbasis beim Kunden nicht helfen; wer illegalisiert arbeitet, hat keine Rechte, auf die er sich berufen kann. All das ist weder für die Gesellschaft, noch für den Gesetzgeber zu sehen; die nur mit dürftigen finanziellen Mitteln ausgestattete Evaluation des ProstSchG wird all das nicht zeigen können. Deshalb sammeln wir jetzt selbst alle Probleme und Schicksale rund um das ProstSchG – unter www.beschwerdeformular-sexarbeit.de können Kolleg*innen, Betreiber*innen und Beratungsstellen Fälle, in denen das ProstSchG zum Problem wurde, eingeben, sodass die Auswirkungen des Gesetzes zumindest dokumentiert werden.

AV 18

Sexarbeit: Gesundheit, soziales Wohlbefinden und gesellschaftliche Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen vor dem Hintergrund des ProstituiertenSchutzGesetz (ProstSchG)

Gabb A, Engel M

Madonna e.V.

Hintergrund/Ziele: Am 01.07.2017 trat das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) in Kraft. Dieses Sondergesetz zur Regulierung des Prostitutionsgewerbes schreibt für Sexarbeiter*innen eine Anmelde- und gesundheitliche Beratungspflicht, sowie auch weitere Pflichten wie die Kondompflicht vor. Nichteinhaltungen werden als Ordnungswidrigkeit bewertet und finanziell geahndet. Kunden von sexuellen Dienstleistungen sollen ähnlich dem „Schwedischen Modell“ immer mehr im strafrechtlichen Bereich belangt werden können. Diese repressiven Maßnahmen stellen die Freiwilligkeit und Selbstverantwortlichkeit von Menschen in der Sexarbeit in Frage. Auch wenden sie sich gegen den Erfolg von Präventions- und Beratungsangeboten der Fachberatungsstellen und Gesundheitsämtern.

Die rechtliche Situation von Sexarbeiter*innen wird eingeschränkt und die Durchlässigkeit und Inanspruchnahme von sozialen und rechtlichen Strukturen erschwert.

Für die Beratungsstellen stellt sich die Frage, welche Wege als soziale Akteur*innen gegen die damit einhergehende Zunahme der Stigmatisierung einschlagen werden können.

Besonders jedoch muss die Bedeutung für die Sexarbeitenden betrachtet werden, die ihre Arbeit in einem stark eingeschränkten Bereich ausüben. Die gesetzliche Stigmatisierung wirkt sich auf die psychische und physische Gesundheit aus.

Der Kontakt zu Behörden als auch NGO's ist durch die Anmelde- und Beratungspflicht seitdem geprägt durch hohes Misstrauen; anonyme Angebote der genannten Stellen werden kritisch gesehen bzw. gar nicht mehr wahr genommen.

Die Beratungsstelle Madonna e.V. möchte mit ihrer langjährigen und umfangreichen Praxiserfahrungen Empfehlungen geben bzw. die aktuelle Praxis darstellen und diskutieren.

Projektbeschreibung: Wir stellen den Teilnehmenden die aktuelle Situation dar.

Dabei sollen die unterschiedlichen Stigmatisierungen von Sexarbeiter*innen heraus gearbeitet und die Auswirkung auf die Menschen in der Sexarbeit aufgezeigt werden.

Grundsätzlich gehen wir dabei von einem ganzheitlichen Ansatz aus und möchten darüber in einen Dialog kommen.

Auf dem DSTIG-Kongress 2016 gab es unter ähnlichem Titel einen Vortrag des Dachverbandes "bufas e.V." - dem Bundesverband der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter. Dort wurden die Befürchtungen zu dem neuen Gesetz, Beteiligte und Gegner*innen benannt. Mit diesem Vortrag möchten wir als Beratungsstelle und Mitglied des bufas e.V. daran anknüpfen und die Auswirkungen, die heute schon deutlich zu sehen sind, benennen.

Erfahrung: Madonna e.V. kann auf eine über 25-jährige Erfahrung zurückgreifen. Als eine von fünf ursprünglich als Selbsthilfeprojekte gegründete Beratungsstelle in Deutschland ist die politische Lobbyarbeit, Unterstützung und Vertretung von Sexarbeiter*innen ein Grundsatz der Arbeit.

Hinzu kommen zahlreiche Netzwerke, Sexarbeitskongresse, Veranstaltungen etc., welche vom Verein begründet oder mitgestaltet wurden und die immer zum Ziel haben, Sexarbeiter*innen eine Stimme zu geben.

AV 19

Was Freier wollen – Sexuelle Gesundheit aus Sicht von Prostitutionskunden

Langanke H

Köln / Centre for Sexology and Sexuality Studies an der Universität Malmö, Schweden

Hintergrund/Fragestellung: Im (fach-)öffentlichen Diskurs zum Thema Prostitution fehlt die Perspektive der Kunden („Freier“) weitgehend. Um dieser Freier-Perspektive Raum zu geben, initiierte ein Vorstandsmitglied des Berufsverbands erotische und sexuelle Dienstleistungen (BESD) im Juni 2016 eine von deren Betreibern unterstützte Umfrage in so genannten Freierforen im Internet.

Methoden: Als Erhebungsinstrument diente ein selbstadministrierter Online-Fragebogen, dessen Beantwortung sowohl quantitativ (z.B. zu Herkunft, Alter, Beziehungsstatus mit SPSS) als auch qualitativ (nach Mayring) ausgewertet wurde.

Ergebnisse: Im Ergebnis zeigte sich eine hohe Auskunftsbereitschaft der Befragten. 149 auswertbare und teils ausführliche Antworten legten nahe, dass Freier die Inanspruchnahme sexueller Dienste auch (selbst-)kritisch reflektieren. Als Motivation wurden v.a. genannt: der vereinfachte Zugang zu Sex im Allgemeinen sowie zu Frauen und Praktiken, die ansonsten unerreichbar wären. Themen der sexuellen Gesundheit wie beispielsweise Hygiene und Erholung, wurden initiativ benannt und zahlreiche psychosoziale Aspekte hervorgehoben. Das freiwillige Anbieten sexueller Dienste hielten die befragten Männer insgesamt für eine Grundvoraussetzung.

Schlussfolgerungen: Der unerwartet hohe Rücklauf der Fragebögen legt nahe, dass Freier aufgeschlossen für Forschungsfragen sind. Trotz aller methodischen Verzerrungen zeigt sich deutliches Interesse an Themen der sexuellen Gesundheit, das bisher zu wenig adressiert wird.

AV 20

Die gesundheitliche (Folge-)Beratung – Entwicklung eines bedarfsgerechten Konzepts zur Informationsvermittlung für Sexarbeiter*Innen

Gudusch J, Claass J

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg

Ausgangslage/Hintergrund: Seit Oktober 2017 übernimmt die Beratungsstelle GESA14 die gesundheitliche Beratung für Sexarbeiter*Innen in Hamburg. Die Inhalte der Beratung entsprechen den Vorgaben gemäß Prostituiertenschutzgesetz. Vor Beginn der Beratung erhalten die Klient*Innen einen Bedarfsfragebogen, auf welchem sie durch ankreuzen die für sie interessanten Themen abbilden können (Prostituiertenschutzgesetz, Verhütung von sexuell übertragbaren Infektionen, Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung sowie Risiken von Alkohol- und Drogenkonsum). In der Beratung werden die Themen kurz dargestellt und bedarfsgerecht beraten. Den Nachweis der gesundheitlichen Beratung erhalten die Klient*Innen nach Abschluss der Beratung voraussetzungslos, d.h. es liegt in ihrem Ermessen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Themen sie das Beratungsangebot nutzen möchten.

Das Prostituiertenschutzgesetz sieht vor, dass die gesundheitliche Beratung für Sexarbeiter*Innen regelmäßig zu wiederholen ist. (Für Personen unter 21 Jahre halbjährlich, für Personen über 21 Jahre jährlich). Da es sich um eine bedarfsgerechte Beratung handelt, ist davon auszugehen, dass die Themen einiger Klient*Innen sich mit der Zeit ändern werden und Beratungsthemen anzupassen sind.

Fragestellung: Wie kann die gesundheitliche Folgeberatung so gestaltet werden, dass Klient*Innen auch nach der Erstberatung bedarfsgerechte und hilfreiche Informationen erhalten?

Methoden/Vorgehen: Um in der Folgeberatung sowohl die gesetzlichen Vorgaben als auch die Bedarfe der Klientel zu berücksichtigen wurden die bisherigen Beratungen reflektiert. Anhand des Fragebogens und von Beobachtungen zeigen sich deutliche Tendenzen bezüglich der Interessen, die für die Folgeberatung berücksichtigt werden.

Ergebnisse: Die bisherigen Erstberatungen umfassen vor allem die Themen Prostituiertenschutzgesetz sowie sexuell übertragbare Infektionen. Da dem Klientel nach der Erstberatung das Prozedere des Prostituiertenschutzgesetzes ausreichend bekannt ist, werden in der Folgeberatung vor allem weitere gesundheitliche Themen fokussiert. Hierzu werden weitere Beratungsstandards verfasst.

Schlussfolgerungen: Das Ziel verfolgend, gesetzliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und eine bedarfsgerechte Folgeberatung für Klient*Innen anbieten zu können, dienen die bisherigen Erfahrungen als Grundlage zur Entwicklung eines Folgeberatungskonzepts. Die bisherigen Themen bleiben bestehen, werden aber um neue Unterthemen ergänzt. Zur Erstellung von Standards als Grundlage der Beratung zu den neuen Inhalten nutzen die Mitarbeiter*Innen Weiterbildungen, Eigenrecherche, Beratungserfahrung sowie das CASAblanca als fachliche Anleitung. Alle Standards werden interdisziplinär und themenspezifisch gegengelesen. Im Folgeberatungsfragebogen finden sich folgende neue Oberthemen: Prostituiertenschutzgesetz, Gesundheit und Prävention, Sexarbeit, Schwangerschaft und Verhütung, Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum. Als neue Unterthemen wurden u.a. aufgenommen: Impfungen, Gesunderhaltung, Intimhygiene, Verhalten bei Kondomunfall, Einstieg und Ausstieg in der Sexarbeit, sicheres Arbeiten und Risiken des Medikamentenkonsums. Ziel ist es, den Fragebogen sowie Beratungsinhalte stets flexibel weiterzuentwickeln.

V 21

Vorgehen bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Gairing S¹, Klapp C²

¹ Kinderschutzambulanz der Charité- Virchowklinikum, Berlin

² Klinik für Geburtsmedizin im Charité-Virchowklinikum Berlin

Kinder und Jugendliche, die Opfer von sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung werden, benötigen Betreuung durch mehrere Fachkräfte und Professionen. Die Spurensicherung, die medizinische Behandlung, rechtliche Abklärung und psychosoziale Versorgung nach solchen belastenden Ereignissen zielen auf eine bestmögliche Unterstützung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen hin. Oft kann nicht verhindert werden, dass dafür mehrere Kontakte und Gespräche notwendig sind. Bei der emotionalen Belastung, die eine Abklärung mit sich bringen kann, sollte für Kinder und Jugendliche die Gefahr einer Retraumatisierung vermieden werden.

Seit 2016 gibt es in Berlin 5 Kinderschutzambulanzen, eine davon ist die Kinderschutzambulanz des Charité Virchow-Klinikums. Die Kinderschutzambulanzen in Berlin werden von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, sowie der Senatsverwaltung Gesundheit und Soziales und der Senatsverwaltung Justiz und Verbraucherschutz gemeinsam finanziert. Das feste interdisziplinäre Team im Charité-Virchowklinikum setzt sich aus einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Kinderkrankenschwester, einer Sozialpädagogin (ieF Kinderschutzfachkraft) und zwei Rechtspsychologinnen für die nicht suggestive Befragung bei sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung zusammen.

Konsiliarisch können PädiaterInnen, KindergynäkologInnen, InfektiologInnen, KinderchirurgInnen und RechtsmedizinerInnen und DermatologInnen innerhalb der Klinik hinzugezogen werden. Die Kinderschutzambulanz arbeitet eng mit den Jugendämtern zusammen und hat den Auftrag zu klären, ob ein sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung stattgefunden hat, bzw. eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht. Bei der Spurensicherung arbeiten die Kinderklinik der Charité eng mit dem LKA Berlin zusammen. Zusätzlich nimmt die nicht suggestive rechtspsychologische Exploration von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht des sexuellen Missbrauchs in der Kinderschutzambulanz der Charité einen wichtigen Baustein zur Klärung ein. Nach Abschluss der Diagnostik wird dem Zuweiser (Jugendamt, niedergelassene KinderärztInnen) ein Befundbericht zur Verfügung gestellt.

Zudem wird in der Kinderschutzambulanz der Charité bei V.a. sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung eine Diagnostik psychischer Symptome durchgeführt und ebenfalls ein Befundbericht hinsichtlich des Behandlungsbedarfs erstellt.

V 22

„Wer spricht schon gerne über so was?“ Schulprojekte der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) zu Sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Mais A, Kramer H, Klapp C

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF) e.V.

Die Zahl der von STI betroffenen Menschen nimmt zu. Dies ist nicht nur einem relativ liberalen Sexualverhalten zuzuschreiben, sondern auch Konsequenz unzureichenden Wissens zu diesen Tabuthemen. Studien belegen den Zusammenhang zwischen riskantem Sexualverhalten und mangelnder Bildung. Dies führt zu erheblicher Unterschätzung der Übertragungsrisiken relevanter Krankheiten sowie deren möglicherweise schwerwiegenden Folgen. Jugendliche gehören aus vielen Gründen zur Hauptbetroffenengruppe von STI: u.a. sind sie entwicklungsgemäß risikofreudig und halten sich dabei meistens für stark, unverwundbar und gesund. In Kombination mit mangelnden soliden Kenntnissen bei Überschätzung des eigenen Wissens reichen die Folgen von riskanten Verhaltensweisen wie z.B. Alkohol- und Drogenkonsum bis hin zu ungeschütztem Sexualverhalten mit

dem Risiko für ungeplante Schwangerschaften und zu STI und deren möglichen (Spät-) Folgen. Hinzu kommt, dass Jugendliche häufig nicht wissen, an wen sie sich im Falle einer (möglichen) Ansteckung wenden können. Besonders Heranwachsende aus bildungsfernen Schichten und / oder mit Zuwanderungsgeschichte fehlt oft der Zugang zu verlässlichen und verständlichen Informationen zu diesem Thema. Deshalb muss die Gesundheitsbildung besonders zum Thema STI mittels bedarfs- und gendergerechter ärztlicher Wissensvermittlung in Ergänzung zum schulischen Bildungsauftrag gestärkt werden. Genau hier setzt das mehrfach ausgezeichnete und erfolgreich evaluierte Präventionskonzept der ÄGGF an: das offene ärztliche Gespräch in einer den Jugendlichen vertrauten Umgebung und Gruppe (in der Regel im gleichgeschlechtlichen Klassenverband) im Setting Schule. Die Jugendlichen erleben, dass es darum geht, die eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen verstehen zu lernen, sich selbst wertschätzend wahrzunehmen und die eigenen Kompetenzen zu stärken – ganz ohne persönliche Wertung oder Erziehungsauftrag seitens der ÄrztInnen. Sehr persönliche Fragen, Unsicherheiten oder Probleme können direkt im Anschluss an die Informationsstunde unter vier Augen besprochen werden. In unterschiedlichen Projekten der ÄGGF am Setting Schule wird das Thema STI mit Jugendlichen, Erwachsenen und auch Lehrkräften behandelt. Der Vortrag stellt verschiedene Projektformate, deren Umsetzung und erfolgreiche Evaluationen vor:

- „Vom Jungen zum Mann-Gesund erwachsen werden“, gefördert durch das bayerische Gesundheitsministerium
- „wIcHTig“ – ein Kooperationsprojekt der Krankenkasse KNAPPSCHAFT und ÄGGF am Setting Schule
- „Primär- und Sekundärprävention von Sexuell übertragbaren Infektionen (STI)“: Erstellung, modellhafte Erprobung und Evaluation einer alters-, entwicklungs- und bildungsangepassten ärztlichen Unterrichtseinheit an Schulen im Sinne von „GoodPractice“; gefördert durch die BZgA.

Es zeigt sich in den Evaluationen, dass der aufsuchende Ansatz der ärztlichen Informationsvermittlung in den Zielgruppen hoch akzeptiert ist und zu einer deutlichen Wissenssteigerung in den besprochenen Themen führt.

V 23

Sexuelle Orientierung Jugendlicher

Achenbach M

Kinder- und Jugendarzt, Plettenberg

V 24

Somatoforme Schmerzen – wenn die richtigen Worte fehlen

Büsching U

Kinder- und Jugendarzt, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Bielefeld

Fast alle Menschen hatten in den letzten Wochen Schmerzen, nur etwa ein Fünftel suchte deshalb ärztliche Hilfe. Schmerzen können jedes Organ treffen, für alle somatoformen Schmerzen gilt, außer den beschriebenen Schmerzen findet der Untersucher, der Laborarzt, selbst der Radiologe nichts. In vielen Fällen sind die Patienten mit der Auskunft zufrieden, wenn der Therapeut die komplexen Gründe der Schmerzentstehung dann noch verständlich erklären kann. Bei manchen Patienten kommt es jedoch zu der Forderung, solange zu suchen, bis eine organische Ursache gefunden wird, eine psychosoziale Ursache wird abgelehnt! Aber auch dagegen gibt es gute Argumente.

AV 25

„6 Spiele“: Spielekisten zu sechs sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Traub U¹, Weigel G², Schönauer T¹

¹Gesundheitsdezernat, Landratsamt Ludwigsburg, Ludwigsburg, Deutschland

²Friedrich-Hölderlin-Schule, Asperg

Hintergrund: STI sind bundesweit auf dem Vormarsch. Zwei Drittel der Infizierten sind junge Menschen bis zum 25. Lebensjahr; trotzdem sind STI, außer HIV/Aids, bei ihnen wenig bekannt. STI verursachen oft keine Anzeichen, können aber dennoch schwerwiegende Folgen haben, z.B. Leberzirrhose, Krebs, Gelenkentzündungen, Herz- und neurologische Erkrankungen und sogar den Tod.

Fragestellung: Wie können Schülerinnen und Schüler für dieses Thema sensibilisiert werden?

Methoden: Peer-Ansätze und interaktive Methoden sind erfahrungsgemäß besonders erfolgreich.

Deshalb entwickelten wir mit Achtklässlern einer Werkrealschule, Spielekisten zu verschiedenen STI. Nach einer fachlichen Einführung stellten die Kids Spielteile (z.B. hölzerne Puzzle-Stücke, Dominosteine, Filzläuse etc.) im hauswirtschaftlichen Unterricht selbst her, auch wurden einige von einer Holz-Werkstatt professionell produziert. Andere Klassen testeten die Spiele.

„6“ Spiele sind interaktive Spielekisten zu sechs verschiedenen STI. In jeder Box befindet sich ein Spiel, eine Spielanleitung, ein Infoblatt mit Informationen zu der jeweiligen STI sowie ein Frage-Antwort Blatt. In 60 Minuten können zwei bis vier der folgenden Spiele gespielt werden:

- HIV - Dominospiel
- Hepatitis-B - Crossboule (ähnlich wie Boccia)
- HPV (Humane Papillomvirus) - Kegelspiel
- Syphilis - Puzzlespiel
- Filzläuse - Brettspiel
- Chlamydien - Flitzpuckspiel

Um einen emotionalen Zugang zu den Krankheiten zu ermöglichen bespielten wir eine DVD mit dem Interview einer HIV-Positiven und ihrem Mann und legten eine Mappe mit sechs persönlichen Geschichten von fiktiven Menschen mit STI an.

Das Projekt wurde mit Mitteln aus dem Aids-Etat des Gesundheitsdezernates (Gesundheitsamt) finanziert (ca. 700 €).

Die „6“ Spiele können von allen weiterführenden Schulen im Landkreis ausgeliehen werden.

Ergebnisse: 115 Schülerinnen und Schüler der 7.- 9. Klassen zweier Realschulen und eines Gymnasiums wurden an Hand eines Fragebogens befragt. Durchschnittlich waren die Schülerinnen und Schüler 14 Jahre alt. Aus Sicht der Schülerinnen und Schüler kam der Spaß-Faktor an erster Stelle, dann das Lernen über verschiedene Krankheiten und die Teamarbeit. Am besten kam das Hepatitis-Spiel (Cross-Boule) und das Chlamydien-Spiel (Flitzpuck) an (Note 2,3).

Laut Aussage der Lehrkräfte eignen sich die „6 Spiele“ für alle Schularten in den Klassen 7 – 10 sowie für Berufsschulen. Die Spiele werden als eine gut gelungene Ergänzung zum Biologie-Unterricht gesehen. Der spielerische Ansatz hat den Schülern großen Spaß bereitet und sie motiviert, sich mit einem Thema länger zu beschäftigen.

Schlussfolgerung: Mit einem interaktiven, spielerischen Ansatz können Schülerinnen und Schüler für das Thema STI gut sensibilisiert werden.

V 26

Die Mitte der Gesellschaft – normative Herausforderung für schwule Männer

Nagel S

MEDIAN Klinik Heiligendamm

Mit der sogenannten ‚Ehe für alle‘, die im letzten Jahr in Deutschland quasi im Handstreich parlamentarisch durchgesetzt wurde, hat die ‚Normalisierung‘ der Homosexualität eine weitere Hürde

genommen und sozusagen ihre endgültigen grundgesetzlich-institutionellen Weihen erhalten. Dies hat in zweierlei Richtung wesentliche Konsequenzen. Während zum einen einer Veränderung des bisherigen Ehebegriffs der Weg gebahnt wird, verfestigt sich in einem paradoxen Widerspruch dazu zum anderen die Heteronormativierung von lesbischen und schwulen Lebensentwürfen. Dieser Aspekt soll im Vortrag in seinen verschiedenen Auswirkungen auf die psychische und soziale Identität sowie die sexuelle Selbstwahrnehmung besonders von schwulen Männern hinterfragt werden, steht er doch bisherigen Emanzipationsbestrebungen im Sinne einer Akzeptanz von Andersseins als tatsächlichem Anderssein entgegen. In der Folge wird unter schwulen Männern eine Spaltung in diejenigen, die einer heterosexuellen Normativität zu genügen scheinen, und diejenigen, denen dies nicht zu gelingen scheint, also in ‚gute‘ und ‚schlechte‘ Schwule, erkennbar. Es besteht die Gefahr, dass sich die Schwulenbewegung auf diese Weise gerade im Moment ihres vermeintlich größten Erfolgs gegen diejenigen wendet, für die sie ursprünglich angetreten ist.

V 27

Wozu Queer? Für eine kritische Geschichtsschreibung der Queer Theory

Wolf B

Institut für deutsche Literatur Department, Humboldt Universität Berlin

Der Vortrag skizziert Eckpunkte für einen kritischen Blick auf die Theoriegeschichte der Queer Studies. Ein Überblick über den Diskussionsverlauf anhand zentraler Beiträge – von Judith Butlers notorischem *Unbehagen der Geschlechter* (1990, dt. 1991) über Lee Edelmans *No Future* (2004) bis hin zu Jasbir Puar's *Terroris Assemblages* (2007) – wird in Beziehung gesetzt zu den Entwicklungen, die sich an eine historische Situation anschlossen, die als konstitutiver Hintergrund für die Entstehung der Queer Studies gilt: die AIDS-Krise der 1980er Jahre. Der Vortrag zeichnet nach, wie sich die Situation in Bezug auf AIDS durch die Einführung der Kombinationstherapie, das EKA-F-Papier zum Schutz durch Therapie und schließlich PrEP entschärft hat, und zugleich ein bestimmter – tonangebender – Teil der Queer Studies sich, bei scheinbarem Ausfall schwuler Männer als Ansatzpunkt für Subversion, auf eine zwanghafte Suche nach immer neuen subalternen Subjekten machte.

V 28

Aspekte einer trans* sensiblen STI-Gesundheitsversorgung

Günther M

Systemische Therapie und Beratung/ Queer Leben Dialog e.V. & Schwulenberatung Berlin

Trans* Personen erleiden in der Gesundheitsversorgung vielfältige Diskriminierungen. Die Auswirkungen einer jahrzehntelangen Psychopathologisierung haben das Verhältnis geprägt. Trans* Personen wird die Behandlung verweigert, eben weil sie trans* sind, sie haben einen äußerst erschwerten Zugang zu trans* spezifischen Behandlungen, sie werden nicht mit dem gewünschten Namen und Pronomen angesprochen, spezifische Gesundheitsbedarfe werden nicht erfasst. Die Forschung interessiert sich weitgehend für die vermeintlichen Ursachen und es ist noch wenig evidenzbasiertes Wissen zu Trans* Lebensweisen vorhanden.

Vorurteile und Ängste prägen den Umgang miteinander. Trans* Personen vermeiden nachweislich Ärzt_innenbesuche und Untersuchungen. Für die Prävention zu STI bedeutet diese Situation, dass trans* Personen über wenig Wissen zu STI verfügen, eventuell ein Hochrisikoverhalten entwickeln und dass sie schwereren Krankheitsverläufen ausgesetzt sein können. Für die Verbesserung der Versorgung von trans* Personen stellen sich möglicherweise Fragen: Wie können trans* Personen ermuntert werden, ihr Coming-out zu haben? Wie können sie auf ihr Präventionsverhalten angesprochen werden – je nachdem, in welcher Community sie leben, sichtbar oder stealth? Wie weit ist bisheriges STI-Präventionswissen auf trans* Personen und auch ihre Genitalien übertragbar?

Für die Auseinandersetzung in diesem Themenfeld sollte der Aspekt einbezogen werden, dass „Geschlecht“ in dieser Gesellschaft eine hochrelevante Strukturkategorie darstellt, die in allen sozialen Beziehungen immer wieder angesprochen und mit Erwartungen ausgefüllt wird. Damit stehen insbesondere gendernonkonforme, genderqueere und trans* Personen immer wieder vor erheblichen Herausforderungen, wie dem Umgang mit Zuschreibungen, dem Gestalten zwischenmenschlicher Kommunikation und damit auch dem Bewältigen von Versorgungsbarrieren.

Für ein erstes Erfassen der Thematik soll es in dem Vortrag einen sehr kurzen Überblick über die aktuellen Begrifflichkeiten und Definitionen geben und Hinweise für eine gute Ansprache und Beziehungsgestaltung mit Trans* Patient_innen. In einem nächsten Schritt geht es um die aktuelle Situation der Psychopathologisierung und anstehende Veränderungen hierbei. Dies kann um einen Blick in die aktuellen AWMF-Leitlinien erweitert werden. Mit Blick auf die Praxis werden Fragen für eine gelingende STI-bezogene Versorgung formuliert, die zu einer angeregten Diskussion einladen möchten.

V 29

Walk In Ruhr (WIR): STI effektiver diagnostizieren und behandeln

Potthoff A^{1,2}, Wach J^{2,3}, Schu M⁴, Jonas B⁵, Tossmann P⁵, Schlüter C^{1,2}, Kasper A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}, Skaletz-Rorowski A^{1,2}

¹ Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum

² Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum

³ Gesundheitsamt Bochum, Bochum

⁴ Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH – FOGS, Köln

⁵ Delphi Gesellschaft mbH, Berlin

Einleitung: Defizite in der Prävention, Testung und Versorgung von Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko für sexuell übertragbare Infektionen (STI) sowie ungenügende Vernetzung der vorliegenden Angebote bedeuten, dass viele Menschen nur ungenügend erreicht werden. Soziale Netzwerke, Dating Portale und zunehmende Mobilität haben das Sexualverhalten und die Partnerfindung stark gewandelt. Die Versorgungsangebote hinken dieser rasanten Entwicklung hinterher. Hier setzt das Walk In Ruhr (WIR) - Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin an, indem es eine medizinische und psychosoziale Versorgung, mit einem niedrighwelligem Zugang und eng vernetzter Kooperation aller Institutionen, anbietet.

Methoden: Das WIR vereint unter einem Dach die Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, der Dermatologischen Klinik der Ruhr-Universität Bochum, die Aidshilfe Bochum e.V., das Gesundheitsamt Bochum, Madonna e.V., Rosa Strippe e.V. und pro familia e.V., eine psychotherapeutische sowie eine gynäkologische und proktologische Sprechstunde, in enger Kooperation mit Ärzt*innen in Niederlassung und weiteren Partnern. Pro Quartal stellen sich ca. 2000 Ratsuchende im WIR vor, die meisten davon in der Interdisziplinären Immunologischen Ambulanz und im Gesundheitsamt. Die Arbeitsergebnisse dieser neuen Präventions- und Versorgungsstruktur werden dokumentiert und evaluiert. Hierfür wird das WIR wissenschaftlich im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Evaluationsprojektes drei Jahre lang begleitet.

Im Rahmen der hier vorgestellten Ergebnisse wurden die Unterschiede in der Demographie und Sexualanamnese der beiden Einrichtungen (Ambulanz und Gesundheitsamt) ausgewertet sowie die in der Ambulanz diagnostizierten STI näher analysiert.

Ergebnisse: Die Daten von 763 Teilnehmer*innen aus dem Gesundheitsamt und von 1095 Teilnehmer*innen der Ambulanz konnten ausgewertet werden (Erhebungszeitraum: 24.04.2017-09.02.2018). Die Besucher*innen, die sich an das Gesundheitsamt bzw. an die Ambulanz wenden, unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Zugangsweges (zum Gesundheitsamt vor allem über das Internet, zur Ambulanz hingegen über niedergelassene Ärzt*innen), ihres Geschlechts (in der Ambulanz

sind mehr Männer) und ihrer sexuellen Orientierung (Besucher*innen des Gesundheitsamts sind öfter heterosexuell, jene der Ambulanz öfter homosexuell).

In der Ambulanz wurden im Jahr 2017 890 Personen auf Chlamydien und Gonokokken mittels eines Abstriches (oral, genital und anal) untersucht und 892 Personen auf Mykoplasma genitalium (MG). Bei 89 dieser Patient*innen konnte eine Chlamydien-Infektion festgestellt werden (10% der Patient*innen), bei 95 Patient*innen eine Gonokokken-Infektion (10,7%) und bei 95 Patient*innen eine MG-Infektion (10,7%). Durch die alleinige genitale Untersuchung wäre eine Chlamydien-Infektion bei 58,4% der infizierten Patient*innen, bei 57,9% eine Gonokokken-Infektion und bei 59% eine MG-Infektionen nicht diagnostiziert und nicht therapiert worden.

Ausblick: Das Sektor- und Sektoren-übergreifende WIR stellt eine multiinstitutionelle Struktur für Aufklärung, Prävention und Versorgung dar, welche in enger Zusammenarbeit und Abstimmung gemeinsame diversifizierte Angebote für Menschen mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen anbietet. Die Auswertung der klinischen Daten der Ambulanz zeigt sehr hohe STI-Infektionsraten, die nicht nur genital sondern zu ca. 60% oral bzw. anal lokalisiert sind. Eine nur genital ausgerichtete Diagnostik würde somit ca. 60% der infizierten Patient*innen keiner Therapie zuführen, die Patient*innen in falscher Sicherheit wiegen und somit zu einer weiteren Verbreitung der Infektion führen (50% der Reinfektionen werden beim selben Partner*in erworben). Anlass-bezogene STI-Diagnostik aus allen drei Lokalisationen (oral, genital, anal), eingebettet in ein Präventionskonzept, bestehend u.a. aus einem Partner Benachrichtigungs-Tool und der Möglichkeit sein STI-Risiko online zu testen (<http://www.wir-ruhr.de/>), und gekoppelt an eine schnelle Überleitung in die Therapie, können wichtige Maßnahmen zur Reduktion von STI-Infektionen sein.

AV 30

Testberatung von trans* und gender-non-konformen Menschen. Eine Handreichung von Gesprächsimpulsen zum Sprechen über die Körperlichkeit und Sexualpraktiken von trans* und gender-non-konformen Menschen

Hahne A, Stern K,

Akademie Waldschlösschen, Hamburg

Hintergrund/Ziele: Die zunehmende Sichtbarkeit von trans*, genderqueeren, nicht-binären, agender und gender-non-konformen Menschen stellt Beratungsteams vor neue Herausforderungen und unbekannte Hürden: bei der richtigen Ansprache, der statistischen Erfassung, sowie der Benennung der Körperteile und ausgeführten Sexualpraktiken. Welche Lebensrealität muss ich für eine gute Beratung von trans* Menschen in der Testberatung berücksichtigen und mitdenken? Was ist vergleichbar mit cis Menschen, wo gibt es zu berücksichtigende Unterschiede? Wie bezeichne ich Körperteile von trans* Menschen auf angemessene Art und Weise?

Viele AIDS-Hilfen, Gesundheitsämter oder Checkpoints versuchen die größtmögliche Inklusion von vielfältigen Körpern und sexuellen Orientierungen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit und Hetero- oder Homosexualität zu ermöglichen. Es fehlt hier noch oft an trans* und gender-non-konformen Erfahrungswissen und community-basierten Hintergrundinformationen. Diese sind notwendig, um den Erfolg eines Testberatungsgesprächs zu sichern: Welche Perspektive in der Betrachtung von Übertragungswegen eingenommen wird, wie und mit welcher Haltung in diesem Zusammenhang über Körper und Schleimhäute und konkrete Sexpraktiken gesprochen wird, beeinflusst maßgeblich die Beziehung zum ratsuchenden Gegenüber im Beratungsgespräch und die Unterstützung bei einer selbstbestimmten Sexualität.

Die Handreichung hat die Ziele Testberater_innen dabei zu unterstützen

Trans* und gender-non-konformen Menschen aus einer geklärten Haltung heraus zu begegnen,

- das konkrete Sprechen über die Körperlichkeit und Sexualpraktiken von trans* und gender-non-konformen Menschen zu erleichtern und
- Impulse für eine gelungene Einladungspolitik zu setzen.

Projektbeschreibung: Die Handreichung gibt Anregungen für Berater_innen und Beratungsteams die eigene Sicht auf Gender und Sexualität zu reflektieren und die eigene Beratungshaltung zu klären. Zudem betrachtet sie konkrete Möglichkeiten, wie trans* und gender-non-konforme Menschen als Zielgruppe in der Testberatung angesprochen und inkludiert, statt separiert werden können. Damit Berater_innen die Ratsuchenden ausreichend unterstützen, die eigene Sexualität gut informiert und erfüllt ausleben zu können – in selbstbestimmter Teilhabe an den gewünschten Sexualitäts-Räumen.

Die Handreichung gibt u.a. konkrete Impulse

- zur Gesprächsführung und wie eine gemeinsame Sprache mit trans* und gender-non-konformen Nutzer_innen gefunden werden kann. Um sowohl über die eigene Körperlichkeit bzw. körperliche Merkmale und Ausstattung, als auch über gelebte Sexpraktiken in einem möglichst sicheren, d.h. weitestgehend diskriminierungsarmen und möglichst wenig triggerndem Maße sprechen zu können.
- wie Personen- und Körperdaten und Schleimhautkontakte gender-sensibel erfasst und dokumentiert werden können.
- wie trans* und gender-non-konforme Menschen explizit in die eigene Beratungsstelle eingeladen und selbstverständlich mitgedacht/ inkludiert werden können.

Die Handreichung ist als Faltblatt und als pdf-Datei zum Download kostenlos erhältlich. Zudem sind Vor-Ort-Schulungen von Alexander Hahne und K* Stern buchbar.

Erfahrungen: Die beiden Autor*innen verfügen über mehrjährige Erfahrung in der community-basierten Beratung und Testberatung von trans* und gender-non-konformen Menschen.

Alexander Hahne: arbeitet im Bereich sexuelle Bildung, Leiter von Workshops rund um die Themen Körpererfahrung und Bewegung, Trainer für trans*spezifische Sensibilisierungsarbeit z.B. bei der Deutschen AIDS-Hilfe, Mitarbeit im Facharbeitskreis schwule Prävention, Ehrenamtler bei der Präventionskampagne IWWIT der Deutschen AIDS-Hilfe.

K* Stern: Heilpraktiker*in für Psychotherapie, Körpertherapeut*in, Trans*Beratung am Magnus-Hirschfeld-Centrum in Hamburg sowie für Trans*Recht e.V. in Bremen. Leitet Seminare und Fortbildungen für Trans* Menschen, An- und Zugehörige, Fachkräfte und Gruppen.

Die Autor*innen sind Dozent*innen zu den Themen Trans*, Körper und Sexualität, u.a. an der Akademie Waldschlösschen:

- Alexander Hahne: www.waldschloesschen.org/de/dozent-innen-details.html?doz_id=55378
- K* Stern: www.waldschloesschen.org/de/dozent-innen-details.html?doz_id=57806

AV 31

Trans*-Patient*innen im ärztlichen Alltag: gelingende Kommunikation mit Fokus auf STI-Versorgung

Amelung T

Fachreferent für Gender und Gesundheit in der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Stadtdoldendorf

Hintergrund/Fragestellung: Trans* Menschen erleben im Gesundheitssystem verschiedene Formen der Diskriminierungen, wie nationale und internationale Studien belegen. Auch jenseits von geschlechtsangleichenden Maßnahmen führt dies dazu, dass Trans* Menschen Hemmungen haben, Dienstleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Ein wesentlicher Ursprung der Diskriminierungen liegt in der Stigmatisierung von Menschen, die nicht der heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit entsprechen. Für Trans* Menschen kann dies bedeuten, dass sie ohne Passing nicht ernst genommen werden, ihr Bedürfnis nach korrekter Ansprache ignoriert wird oder gar Leistungen nicht erhalten. So war es beispielsweise bis zum Sommer 2017 nicht möglich, gynäkologische Untersuchungen bei Personen mit männlichem Personenstand problemlos mit der Krankenkasse abzurechnen oder umgekehrt Menschen mit weiblichem Personenstand eine Prostatauntersuchung abzurechnen. Auch für die Versorgung von Menschen, die sich weder dem

weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen, sich also als nicht binäres Geschlecht oder intersexuell verstehen, gibt es bisher kaum individuelle und strukturelle Gewohnheiten in der passenden Ansprache. Hier ist durch das Urteil des Bundesverfassungsgericht, welches die Bundesregierung aufgefordert hat, bis Ende 2018 einen positiven Geschlechtseintrag für Menschen, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind, zu schaffen, ein Bedarf gegeben, sich auch im medizinischen Alltag auf die Bedürfnisse dieser Gruppe einzustellen.

Internationale Studien haben ergeben, dass gerade im Kontext von HIV und STI eine Unterversorgung von Trans*Menschen entstanden ist, weil diese seltener Testangebote aufsuchen oder Angebote finden, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingehen. In Deutschland liegen keine Daten vor, wie die Versorgung von Trans*Menschen speziell in Bezug auf HIV und STI aussieht. Es gibt weder Daten, wie stark Trans*Menschen von HIV und STI betroffen sind, noch wie sie bestehende Test- und Versorgungsangebote wahrnehmen.

Methoden: Im Vortrag soll der internationale und nationale Forschungsstand kurz skizziert und aktuelle Beispiele vorgestellt werden, wie Testangebote und Kampagnen sowie Materialien in Deutschland sich bemühen, Trans*Menschen zu berücksichtigen.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Trans*Menschen stelle eine vulnerable Gruppe dar, die aufgrund struktureller und individueller Diskriminierungen im Gesundheitswesen gefährdet ist, unzureichend versorgt zu werden. Ein wichtiger Baustein sind Sensibilisierungen der Akteur_innen im Gesundheitswesen, sodass diese insbesondere eine gelingende Kommunikation mit Trans*Patient_innen aufbauen können. Gerade beim Thema STI und HIV ist eine Vertrauensbasis wichtig, die es ermöglicht, sowohl über individuelle Risiken zu sprechen, als auch Untersuchungen durchzuführen. Daher sollen im Vortrag Anregungen mitgegeben werden, wie Kommunikation mit Trans*Menschen im ärztlichen Alltag rund um das sensible Thema gelingen kann. Besondere Berücksichtigung erfährt hierbei auch Kommunikation jenseits der Zweigeschlechtlichkeit.

V 32

Endokrinologische Aspekte bei Transsexualität

Benker G

Medicover MVZ, Bochum

Zum Begriff: Transident, Transgender, „Gender dysphoria“, „Geschlechtsidentitätsstörung“.

In Deutschland als Erkrankung nach SGB V anerkannt. Wir beschäftigen uns im Folgenden mit der Behandlung nach Abschluss der Pubertät. Zum Problem pädiatrischer Patienten (speziell medikamentöser Pubertätsstopp und medikamentöse Induktion) und Abraten von der Behandlung von präpubertären Kindern siehe die aktuelle Leitlinie [1].

Verlauf der Transsexualität:

- Früher (und jetzt noch in vielen Ländern, da „illegal“) nur Verdrängung möglich
- Heute: Beginn Stadium des Bewusstwerdens, „Identitätskrise“, depressive Reaktion, dann Selbstbehauptung, coming-out (Familie, Freunde, Schule, Bekannte)
- Es folgt der Alltagstest, psychotherapeutische/psychiatrische Begleitung
- Voruntersuchung (hormonelle Situation, Ausschluss Intersexualität, Karyotyp, Ausschluss von Kontraindikationen gegen die Hormontherapie)
- Nach Bestätigung der Diagnose durch den Therapeuten und Indikationsstellung: Hormonbehandlung
- Im Verlauf gerichtliche Personenstandsänderung (2 Gutachten). Vorteil: Übereinstimmung von äußerem Erscheinungsbild und Ausweispapieren, KV-Karte etc).
- Geschlechtsangleichende Operation (GAOP) wenn gewünscht und bezahlbar [1].
- Die meisten Betroffenen haben sich bereits gut informiert, einschl. Kliniken und Operateure.

„Verfahrensgrundlagen“

- Transsexuellengesetz – nur für den Personenstand.

- Keine Regelung für die medikamentöse oder chirurgische Therapie per Gesetz. „Nur“ Leitlinien (1) sowie die Standards of Care, Deutsche Standards, sowie Begutachtungsanleitung für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (Dr. Pichlo) – speziell geht es um die Mindestzeiten für Alltagstest, Psychotherapie und Hormontherapie vor GAOP.
- Die medikamentöse Behandlung ist „off-label“ und daher im Prinzip genehmigungspflichtig durch den Kostenträger, das bezieht sich vorwiegend auf die formalen Voraussetzungen.

Gutachten vor Hormontherapie:

Bestätigung der Diagnose (z.B. DSM-5 Kriterien [1]) und der Dauerhaftigkeit/Irreversibilität der Störung; keine psychiatrische Erkrankung, speziell keine Psychose, keine unrealistischen Erwartungen. Patient sollte in der neuen Rolle familiär/beruflich/gesellschaftlich integriert sein (Alltagstest). Kompetenz des Therapeuten in der Leitlinie definiert [1].

Gegengeschlechtliche Therapie F => M

- Zyklusunterdrückung – wenn gewünscht – z.B. mit Depo-Clinovir® oder Enantone® (aber dann viel mehr Injektionen), manchmal geht es mit Testosteron allein (aber nicht immer!). Entfällt nach der Hysterektomie.
- Testosterontherapie, beginnend mit einem Gel, vorsichtige Steigerung (NW Akne, männlicher Haarausfall).
- Langfristig z.B. Injektion von Nebido®, speziell im ersten Jahr unter regelmässiger Kontrolle wegen des allmählichen Testosteronanstiegs, Dosisintervall anpassen)
- Mastektomie als erste GAOP (nach Genehmigung). Ovarektomie sinnvoll aus Sicherheitsgründen.
- Fakultativ plastischer Genitalaufbau (Genehmigung, relativ teuer)
- Probleme bei der medikamentösen Therapie sind eher ungewöhnlich – die Erfolge der Therapie können sehr eindrucksvoll sein!

Gegengeschlechtliche Therapie F => M

- Androgensuppression (100-150 mg Spironolactone oder 5-10 mg Cyproteronacetat)
- Östrogentherapie – am besten mit einem Gel beginnen, und/oder Estradiolester. Die Therapie ist sehr viel schwerer zu kontrollieren wegen der niedrigen und sehr variablen Spiegel und der publizierten „Zielwerte“. In der Regel wird überdosiert [1].
- Problem: Die Ungeduld – es soll schnell gehen, aber die Brustentwicklung dauert 2-3 Jahre, Ergebnis häufig unbefriedigend. Wartezeit vor Genehmigung eines Brustaufbaus. Wunsch nach zusätzlichen Hormonen, bes. Progesteron.
- Die GAOPs sind deutlich einfacher und erfolgreicher als bei F => M.

Probleme: Zu wenig Therapeuten (sowohl Psychotherapeuten und Psychiater als auch Ärzte für die gegengeschlechtliche Hormontherapie), relativ lange Wartezeiten, Die Diagnose ist sehr subjektiv und kaum objektivierbar. Trotzdem sind Wünsche nach Abbruch der Therapie und Rückkehr zum früheren Geschlecht selten, kommen aber in Einzelfällen vor.

M => F Therapie (hormonell) ist deutlich problematischer als F =>M. Grund: Altersspanne bis hin zu Senioren, Begleiterkrankungen, Adipositas. Östrogene sind auch kritischer als Testosteron bzgl. Kontraindikationen (Thrombosen, Embolien) und Therapiedauer (lebenslang?). Zur Sexualität gibt es kaum Daten, viele leben in Partnerschaften, aber das Problem sexuell übertragbarer Erkrankungen existiert durchaus.

Die Langzeitergebnisse sind schlecht dokumentiert, aber vermutlich sehr variabel. Viele Patienten sind in der neuen Rolle (soweit man das beurteilen kann) sehr zufrieden. Manche bleiben chronisch unzufrieden, besonders in der M => F Situation. Viel hängt ab von der gesellschaftlichen Akzeptanz des Phänomens.

[1] Hembree WC et al., Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. JCEM 102; 2017: 1-35.

*Cosponsoring Associations: American Association of Clinical Endocrinologists, American Society of Andrology, European Society for Pediatric Endocrinology, European Society of Endocrinology, Pediatric Endocrine Society, and World Professional Association for Transgender Health.

V 33

STI – Übertragungswege in der Schwangerschaft

Siedentopf J

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geburtsmedizin

V 34

Erektile Dysfunktion, was der Nicht-Urologe wissen muss

Pilatz A

Universitätsklinikum Gießen, Klinik und Poliklinik für Urologie, Kinderurologie und Andrologie

Der Vortrag beschäftigt sich mit dem Thema der erektilen Dysfunktion. Neben der Erläuterung der Definition werden Grundlagen der Anatomie und Physiologie der Erektion vermittelt. Einen Schwerpunkt wird die Epidemiologie spielen, wobei besondere STI Risikogruppen (z.B. HIV) speziell dargestellt werden. Die Teilnehmer werden hiernach über die Ätiologie der erektilen Dysfunktion informiert und Assoziationen zu wichtigen Komorbiditäten und auch der Mortalität dargestellt. Gegenstand wird auch die Diagnostik der erektilen Dysfunktion sein. Schließlich wird der Vortrag eine Übersicht über die verschiedenen therapeutischen Optionen geben und anhand von ausgewählten Fallbeispielen eine ganz praxisnahe Entscheidungshilfe geben.

AV 35

Beratung zu sexueller Gesundheit und STI in der Hausarztpraxis

Voigt K¹, Riemenschneider H¹, Schübel J¹, Spornraft-Ragaller P², Bergmann A¹

¹Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät, Bereich Allgemeinmedizin/MK3

² Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Immunschwächeambulanz

Hintergrund: Nationale und internationale empirische Studien verweisen auf große hausärztliche Unsicherheiten bzgl. Beratung zu sexueller Gesundheit, STI-Prävention und -Früherkennung (1-3). Hausärzte berichten Kommunikationsbarrieren bzgl. Sexualitäts-/STI-Themen, die teils zur Vermeidung der STI-Patientenberatung in der Hausarztpraxis führen (4).

Fragestellung: Wie schätzen Hausärzte ihre Beratungskompetenz zu sexueller Gesundheit und STI ein?

Methoden: Eine schriftliche Befragung erfolgte bei der Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin im Juni 2016. Der vierseitige Fragebogen fokussierte auf die Selbsteinschätzungen zur STI-Beratungskompetenz, dem STI-Beratungsverhalten und dem STI-Testungsverhalten. Die Daten wurden mit SPSS 23.0 erfasst und mittels deskriptiver Analyseverfahren ausgewertet.

Ergebnisse: 47 von 63 teilnehmenden Hausärzten beteiligten sich an der Befragung. Fast alle Befragten (98%) bestätigten, Patienten präventiv zum Thema Sexualverhalten/STI zu beraten. 43% schätzten sich dafür als unzureichend ausgebildet ein. Signifikant mehr Ärztinnen (50 %) als Ärzte (21 %) schätzten sich als eher unzureichend ausgebildet ein (Z-Test, $p \leq 0,05$). Signifikant mehr Ärzte jünger als 40 Jahre (64,7 %) vs. älter 40 Jahre (31,0 %) gaben an, eher unzureichend für Beratungen zu Sexualverhalten und STI ausgebildet zu sein (Z-Test, $p \leq 0,05$). Reichlich ein Viertel der Befragten gab an, mindestens manchmal Beratungssituationen zum Thema Sexualverhalten/STI zu vermeiden, mehr als zwei Drittel vermeiden dies selten oder nie.

Schlussfolgerungen: Unsere Ergebnisse verweisen auf bestehende hausärztliche Kommunikationsbarrieren (Angst, Scham) im Umgang mit Patienten mit STI/STI-Verdacht. Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizinern sollte neben der Informationsvermittlung auf den Ausbau von Kommunikationskompetenzen zu den Themen sexuelle Gesundheit und STI setzen.

AV 36

Beratung als Schlüssel zu gelingender Diagnostik und Therapie von STI Beratungsstandards der DSTIG aus S2k AWMF-Leitlinie „STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie“

Köhler E

Arbeitsgruppe „STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie in der Sektion Sexuelle Gesundheit der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG)

Hintergrund: Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und wiederherzustellen, kommt der Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI) – inklusive HIV – besondere Bedeutung zu, einerseits um STI bestmöglich zu verhüten (Prävention, Prophylaxe) und andererseits auch betroffene sowie gefährdete Personen bestmöglich zu betreuen (Beratung, Diagnostik, Therapie).

Methode: Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Arbeitsgruppe „STI/STD: Beratung, Diagnostik und Therapie“ in der Sektion Sexuelle Gesundheit der DSTIG, entwickelt seit 2007 Standards, die stetig aktuell angepasst werden und 2015 in einer S2K AWMF-Leitlinie „STI/STD-Beratung, Diagnostik und Therapie“ veröffentlicht wurden. Die Leitlinien geben den Beratenden der unterschiedlichsten Settings praktische Hinweise und Tools an die Hand.

Ergebnisse: Grundvoraussetzungen für diese Empfehlungen zu Beratung sind einerseits Freiwilligkeit, Selbstverantwortlichkeit des Ratsuchenden, andererseits fachliche Kompetenz, Authentizität, Akzeptanz und Empathie der Beratenden in einem vertraulichen, diskreten Beratungssetting, was orts- und zeitmäßig gut erreichbar sein sollte. Beratung in besonderen Situationen fordert entsprechendes Handling. Ein Fokus liegt auf Beratungsanlässen unter epidemiologischen Aspekten. Die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden stehen immer im Vordergrund, auch ihre Entscheidung, keine Angaben während der Beratung zu äußern. Epidemiologischen Aspekte und Public Health Interessen können Letztgenannten u. U. entgegenstehen. Der Beratung zur möglichen Impfprophylaxe impfpräventabler STI (Hepatitis A, B und HPV) sollte ein fester Bestandteil einer STI-Beratung sein, ebenso die u.U. notwendige Partnertherapie.

Diskussion: Um die an den Beratenden herangetragenen multiplen Anliegen bewältigen zu können, sind die eigenen individuellen wie auch die Grenzen des Beratungssettings zu erkennen. Der Aufbau und die Pflege eines guten, vielfältigen Netzwerkes sind erforderlich, um gegebenenfalls auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden zugeschnitten, qualifiziert weiterverweisen zu können. Eine Beratung kann zeitintensiv sein, jedoch um ein Höchstmaß an selbstbestimmter Adhärenz und damit gelingende Prävention, Prophylaxe und erfolgreiche Therapie zu sichern, ist sie unumgänglich. Nur so kann nachhaltig eine tragende Beziehung zwischen Ratsuchendem und Beratendem etabliert werden, kann den Bedürfnissen des Ratsuchenden entsprochen werden, können STI-Ketten verhindert oder durchbrochen werden und kann damit sexuelle Gesundheit ein weiteres Stück verwirklicht werden.

AV 37

PrEP – ein Mittel in der HIV-Prävention auch für Frauen?

Langanke H

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln

Hintergrund/Fragestellung: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt die Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) zur HIV-Prävention für alle Menschen mit einem erhöhten Infektionsrisiko. Bei Männern, die Sex mit Männern haben, ist die PrEP-Einnahme bereits gut bekannt, nicht aber bei Frauen. Sie bilden unter den Menschen mit HIV eine Minderheit; das Robert-Koch-Institut beziffert ihren Anteil in Deutschland Ende 2016 mit 16.600 Diagnosen von insgesamt 88.400 und damit auf knapp 19 Prozent (Epid. Bull. 47/2017). Obwohl diese Frauen nicht als unmittelbare Zielgruppe für die HIV-Primärprävention gelten können, sind ihre Infektionswege Indikatoren für die Opportunität einer PrEP.

Methoden: Eine u.a. von der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) und der Gemeinnützigen Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG) durchgeführte Umfrage in 2016 hat ermittelt, wie Frauen das Thema HIV-PrEP betrachten, welches Wissen sie besitzen und welche Haltung sie zur PrEP haben. Die vom bundesweiten Netzwerk Frauen und Aids ermittelten Daten wurden mit denen aus der „Flash! PrEP in Europe (FPIE)“-Umfrage abgeglichen. FPIE ist eine europaweite Online-Umfrage, mit der das Wissen zu und das Interesse an PrEP in zwölf europäischen Ländern erhoben wurde. FPIE wurde im Juni und Juli 2016 in Zusammenarbeit mit zwei Universitäten und 17 NGO durchgeführt, darunter neben der DSTIG und der GSSG in Deutschland auch die Deutsche Aidshilfe. Die Teilnehmerinnen waren mindestens 18 Jahre alt und HIV-negativ oder kannten ihren HIV-Status nicht.

Ergebnisse: Von 690 befragten Frauen hatten 88 (12,7%) ein erhebliches Risiko für eine HIV-Infektion; von ihnen wussten nur 54 (61,4%) von der PrEP. Unter diesen Frauen waren 21 (38,9%) "definitiv" daran interessiert, die PrEP einzunehmen, nur eine davon (4,8%) nahm bereits die PrEP. Unter den Frauen, die trotz eines erheblichen Risikos "definitiv nicht/wahrscheinlich nicht" daran interessiert waren, die PrEP zu nehmen, fühlten sich 11 (68,8%) nicht von einer HIV-Infektion gefährdet, und 8 (72,2%) von ihnen sahen keinen Grund, ihr Schutzverhalten zu ändern.

Schlussfolgerungen: Diese Untersuchung zeigt, dass ein dringender Bedarf für Frauen an Informationen über und zur Verfügbarkeit von HIV-PrEP besteht. Die Studie zeigt, dass nur rund 60% der Frauen, die ein erhebliches Risiko für eine HIV-Infektion haben, bereits von der PrEP wussten. Solches Wissen sollte unbedingt weiter gestreut werden. ÄrztInnen, insbesondere in der Gynäkologie, und ApothekerInnen sollten über die neue und selbstbestimmte Möglichkeit zur HIV-Prävention aufklären, ebenso wie Aidshilfen und andere Beratungsstellen. Sowohl die DSTIG wie auch die GSSG sprechen sich klar für die Aufklärung von Frauen über die HIV-PrEP aus, um die sexuelle Gesundheit individuell und strukturell zu fördern. Die GSSG befürwortet zudem die kostenfreie Nutzung der PrEP für Frauen, deren finanzielle Möglichkeiten trotz der gesunkenen Preise nicht ausreichen.

V 38

PrEP aus der Sicht der Community

Danan E

PrEP-Aktivist

Die PrEP (HIV Prä-ExpositionsProphylaxe) hat sich in den letzten 2 Jahren auch in Deutschland endlich verbreitet, und ist seit Oktober 2017 erschwinglich geworden (für ein Teil der Bevölkerung mindestens). Dass die PrEP wirklich funktioniert, wird nicht mehr umstritten, aber es gibt trotzdem viel Verwirrung rund um die praktischen Aspekte: Zu wem soll ich mich wenden? Wo bekomme ich die PrEP? Wie viel kostet das? Was ist mit den ganzen Tests?

In diesem Vortrag erzählt Emmanuel über die aktuellen Beschaffungswege, worauf muss man achten, und zeigt welche Hürden noch überwunden werden müssen, um die PrEP für ALLE zugänglich zu machen.

V 39

Aktuelle PrEP-Studien

Streck H

Institut für HIV Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen

V 40

PrEP und STI 2018

Jessen H

Praxis Jessen²+Kollegen, Berlin

Präexpositionsprophylaxe (PrEP) mit oralem Tenofovir-disoproxilfumarat und Emtricitabin (TDF-FTC oder Truvada) hat sich in Studien als höchst wirksam in der Prävention von HIV-Infektionen bei MSM mit besonderer sexueller Exposition erwiesen. Die EU-Zulassung von Truvada als PrEP führte im Jahr 2016 in Deutschland vorerst zu einem Vakuum im Zugang, bedingt vor allem durch die Medikamentenkosten. Dies änderte sich Ende 2017 drastisch durch verschiedene Konzepte mit Pharma-Firmen und einer sogenannten „Blister-Apotheke“ sodass PrEP inzwischen eine immer mehr akzeptierte und praktizierte HIV-Präventionsmaßnahme geworden ist.

Auch in der Umsetzung der „90-90-90-Initiative“ wird der Beitrag von PrEP immer evidenter, vor allem in den Großstädten. Frühe Daten aus San Francisco deuten darauf hin, dass die Einführung einer Präexpositionsprophylaxe in Kombination mit anderen Strategien zu einer Abnahme der HIV-Inzidenz führt. Bis Ende 2016 nutzten dort schätzungsweise 30% der MSM die PrEP als Teil der "Getting to Zero"-Initiative. Über eine Abnahme der HIV-Diagnosen wurde auch in fünf STI-Kliniken in London berichtet (32% weniger im Zeitraum von Oktober 2015 bis September 2016 im Vergleich zu demselben Zeitraum zwischen 2014 und 2015). Dies wurde einer Kombination aus Testung, einem schnellen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (einschließlich „Treatment as Prevention“) sowie der PrEP zugeschrieben. Im Bundesstaat New South Wales in Australien konnte seit Beginn des PrEP-Implementierungsprojekts EPIC-NSW ein Drittel weniger der HIV-Neudiagnosen verzeichnet werden.

Diese Präventionsmaßnahme soll deshalb auch ein fester Bestandteil des Berlin Programms im Rahmen der Fast Track Cities Initiative, eines Sonderprogramms für >200 Großstädte weltweit für eine optimierte Umsetzung der 90-90-90 Ziele in stark betroffenen Zentren, werden.

Gleichzeitig mit der Implementierung von PrEP wurden Bedenken geäußert, dass deren Verwendung mit den Phänomenen wie Risikoausgleich oder Verhaltensdissipation einhergehen könnte. Dadurch würden die PrEP-Nutzer ein geringeres Risiko für eine HIV-Infektion wahrnehmen und damit potenziell risikoreichere Sexualpraktiken entwickeln und ihr Risiko für andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs) erhöhen könnten. Die neusten Studien bestätigen diese Vermutungen, sodass hohe Raten von STI unter den PrEP-Benutzern beobachtet werden, ebenso wie hohe Raten von kondomlosem Sex.

Andererseits ist die Gruppe der „PrEP-User“ die am besten untersuchte und ärztlich betreute Gruppe, die höchstwahrscheinlich mittel- und langfristig durch schnelle Diagnostik und Therapie die Prävalenz und damit die Epidemiologie der STIs günstig beeinflussen.

PrEP sollte auch in Deutschland endlich ein fester Bestandteil der Prävention werden und von den Krankenkassen übernommen werden.

AV 41

Kenntnisse und Einstellungen zur HIV Präexpositionsprophylaxe unter Männern, die Sex mit Männern haben – eine multizentrische Fragebogenstudie in Berlin

Werner RN¹, Gaskins M¹, Ahrens J², Jessen H³, Kutscha F⁴, Moszden R⁵, Sander D⁶, Schellberg S⁷, Schwabe K⁴, Wünsche T⁸, Dressler C¹, Nast N¹

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Division of Evidence Based Medicine in Dermatology (dEBM)

² Berliner AIDS-Hilfe e.V.

³ Praxis Jessen² + Kollegen Berlin

⁴ Schwulenberatung Berlin gGmbH

⁵ Fixpunkt Berlin e.V.

⁶ Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

⁷ Novopraxis Berlin GbR

⁸ Praxis Wünsche Berlin

Hintergrund / Fragestellung: Mit zunehmender Verbreitung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zeigen sich in einzelnen westlichen Metropolen erste Erfolge im Sinne einer reduzierten HIV-Inzidenz unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Die PrEP wird auch in Deutschland zunehmend von Patienten angefragt. Ziel dieser multizentrischen Fragebogenstudie ist es, Kenntnisstand und Einstellungen zur PrEP unter MSM in Berlin zu untersuchen.

Methoden: Es handelt sich um eine quantitative Querschnittsstudie unter MSM ≥ 18 Jahre, deren HIV-Status zum Zeitpunkt der Teilnahme negativ oder unbekannt war. Die Daten wurden unter Klienten von vier Berliner Test- und Beratungsangeboten für MSM sowie unter Patienten sechs verschiedener (HIV-Schwerpunkt-)Praxen erhoben. Hierzu wurde ein Fragebogen konzipiert, der Multiple-Choice-Fragen, u.a. zu den folgenden Themenbereichen, umfasst: Kenntnis und Informationsquellen, Bereitschaft zur Einnahme, Einstellungen zur Kostenerstattung. Desweiteren wurden Daten zum Sexualverhalten und soziodemographische Faktoren erhoben.

Ergebnisse: Von den 875 in den Studienzentren ausgegebenen Fragebögen wurden 473 ausgefüllt (Rücklaufquote 53,6%; Altersdurchschnitt 37,4, SD 11,9, Range 18-79). 65,3% der Teilnehmer gaben an, einen Universitätsabschluss zu haben, und 94,0% nannten Berlin als ihren Wohnsitz. 90,0% der Teilnehmer gaben an, bereits gewusst zu haben, was PrEP ist; von diesen stimmten 48,2% der Aussage eher oder voll zu, sich gut mit PrEP auszukennen. Teilnehmer mit STIs (17,4%) und ≥ 6 Analsexpartnern ohne Kondom (8,9%) in den letzten 6 Monaten nannten zu einem signifikant höheren Anteil ihren Arzt/ihre Ärztin als Informationsquelle (61,1% vs. 19,5%, $p < .001$). 81 Teilnehmer (17,2%) gaben an, PrEP bereits genutzt zu haben oder zu nutzen (unregelmäßig: 6,8%; on-demand: 2,3%; kontinuierlich: 8,1%). Die Mehrheit der PrEP-Nutzer gab an, sie von einem Arzt verschrieben bekommen (44,4%) oder importiert zu haben (35,8%). Von denjenigen, die PrEP bisher nicht nutzten (N=373), stimmten 42,4% eher oder voll der Aussage zu, PrEP gerne einnehmen zu wollen. In der vorläufigen statistischen Auswertung zeigten sich als Prädiktoren für den Wunsch nach Einnahme die Anzahl an Analsexpartnern der letzten 6 Monate, sowohl mit als auch ohne Kondom. Die Mehrheit der Teilnehmer (64,7%) sprach sich für eine Kostenerstattung für alle MSM aus, unabhängig vom HIV-Risiko.

Schlussfolgerungen: In der untersuchten Stichprobe zeigte sich ein hoher Anteil von Kenntnis und auch Einnahme der PrEP; dies kann u.a. auf einen möglichen Selektionsbias zurückgeführt werden. Wie in anderen Erhebungen zeigte sich auch in dieser Studie eine erhebliche Lücke zwischen dem Wunsch und tatsächlicher PrEP-Nutzung. Erfreulich erscheint, dass Teilnehmer mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion sowohl häufiger entsprechende ärztliche Informationen erhielten als auch selbst häufiger den Wunsch nach PrEP-Einnahme angaben.

AV 42

Hohe Rate sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben – erste Ergebnisse der MSM Screening Study in Deutschland, 2018

Jansen K¹, Tiemann C², Münstermann D², Ziesenis A-K², Steffen G^{1,3,4}, MSM Screening Study study group

¹ Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

² Labor Krone/Labcon-OWL, Bad Salzflen

³ Postgraduate Training for Applied Epidemiology (PAE), Robert Koch-Institut, Berlin

⁴ European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), ECDC, Stockholm

Hintergrund: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind oft asymptomatisch und bleiben ohne STI-Screening unentdeckt. Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind überproportional von STI betroffen. Ein regelmäßiges STI-Screening für MSM wird laut Leitlinie empfohlen, die Kosten aber nicht erstattet. Im Rahmen der Zulassung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) 2016 in Deutschland ist die systematische Erhebung von Daten zu STI bei MSM essentiell, um die Notwendigkeit von Screening-Angeboten beurteilen zu können.

Methoden: Von Februar bis April 2018 wurden im Rahmen einer multizentrischen Querschnitts-Studie MSM deutschlandweit in 13 infektiologischen Schwerpunktpraxen mit MSM-freundlichem Angebot mittels Urin und pharyngealem und rektalem Abstrich PCR-basiert auf *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Mycoplasma genitalium* (MG) und *Trichomonas vaginalis* (TV) getrennt nach Lokalisation getestet. Zusätzlich wurden Informationen zu Demographie, HIV-Status, Symptomatik, sexuellen Verhaltensweisen und PrEP-Gebrauch erhoben. Neben dem Anteil STI-positiv getesteter Studienteilnehmer berechneten wir prevalence ratios (PR) und 95%-Konfidenzintervalle (CI95%) zur Identifizierung von Risikofaktoren für das Vorliegen einer STI. Wir stratifizierten außerdem nach HIV-Status und PrEP-Gebrauch.

Ergebnisse: Bis zum 25.4.2018 nahmen 1.199 MSM an der Studie teil, davon waren 50,4% HIV-positiv. Das mediane Alter der Studienteilnehmer lag bei 39 Jahren [18-71], 73,3% wurden in Deutschland geboren. 82,6% gaben eine STI in der Vorgeschichte an.

Die Studienteilnehmer gaben im Median 5 [0-200] Sexpartner innerhalb der letzten sechs Monate an. 72,7% hatten Sex ohne Kondom in den letzten 6 Monaten, 28,0% gaben den Gebrauch von sogenannten Partydrogen vor/während der letzten sexuellen Handlung an.

Der Anteil von auf mindestens eine der vier STI positiv getesteten Studienteilnehmer lag bei 31,4% (CT 9,1%, NG 9,9%, MG 17,8%, TV 0,1%). 33,7% aller positiv getesteten Studienteilnehmer gaben STI-typische Symptome an.

Die STI-Prävalenz war erhöht bei Studienteilnehmern mit Angabe von mehr als 5 Sexpartnern in den letzten 6 Monaten (PR 1,7, CI95% 1,4-2,1), sowie mit Angabe von Sex ohne Kondom (PR 1,8, CI95% 1,5-2,1) und Drogengebrauch (PR 2,3, CI95% 1,8-3,0). Der Anteil STI-positiv getesteter MSM unterschied sich nicht signifikant zwischen HIV-positiven und HIV-negativen Studienteilnehmern (31,0% vs. 31,8%, p=0,764).

30,1% der HIV-negativen Studienteilnehmer gaben den Gebrauch einer PrEP an. Die mediane Anzahl der Sexpartner (12[1-200] vs. 5[0-100], p<0,5), der Anteil von MSM, die Sex ohne Kondom angaben (91,7% vs. 65,9%, p<0,05) und der Gebrauch von Partydrogen (42,9% vs. 26,6%, p<0,05) waren unter Studienteilnehmern mit PrEP-Gebrauch höher, ebenso der Anteil STI-positiv getesteter MSM (PR 1,8, CI95% 1,4-2,3).

Schlussfolgerungen: Die untersuchten MSM hatten ein hohes Risiko für CT, NG und MG. Zwei Drittel aller Infektionen waren asymptomatisch und wären ohne Screening nicht entdeckt worden. Sexuelles Risikoverhalten und STI-Positivrate standen in Zusammenhang mit PrEP. Die Kostenübernahme eines regelmäßigen STI-Screenings vor allem für PrEP-gebrauchende MSM durch die Krankenkassen wird daher empfohlen.

AV 43

Präexpositionsprophylaxe im „Walk In Ruhr“ (WIR)

Potthoff A^{1,2}, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Ahaus P^{1,2}, Kayser A^{2,3}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹ Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

² WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

³ Aidshilfe Bochum e.V., Deutschland

Hintergrund: Mit der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) steht seit 2017 eine zusätzliche Möglichkeit zur HIV-Prävention zur Verfügung.

Methoden: PrEP Interessierten, die zwischen 10/2017 und 3/2018 im WIR beraten wurden, wurden in die Auswertung eingeschlossen. Aufmerksam auf die Möglichkeit einer PrEP als HIV-Präventionsstrategie werden Personen mit einem hohen HIV-Infektionsrisiko, auch durch den Einsatz eines Online-HIV/STI-Risikotests des WIR Zentrums (<http://www.wir-ruhr.de/angebot/online-risikotest/>), gemacht. Alle PrEP Nutzer werden vor Beginn der Behandlung, nach 1 Monat und dann alle 3 Monate während der Dauer der PrEP Nutzung mittels eines Fragebogen befragt (u.a. Soziodemographie, Risikosituationen, Sexualverhalten). Die im Rahmen der medizinischen Untersuchung erhobenen klinischen Daten (HIV-Tests, Sexuell Übertragbare Infektionen [STI], Laborwerte, inklusive Kreatinin und GFR, sowie Nebenwirkungen) werden erfasst.

Ergebnisse: Es konnten 42 PrEP Interessierte (alle MSM) eingeschlossen werden. Die PrEP Nutzer waren im Mittel 37 Jahre alt (19-62). Sie hatten durchschnittlich 13 (1-100) Partner in den letzten 6 Monaten. 22% hatten vorher schon eine PrEP ohne ärztliche Begleitung durchgeführt. 11 hatten in der Vergangenheit eine Syphilis-, 6 eine Gonokokken- und 6 eine Chlamydieninfektion, 4 eine Mykoplasmeninfektion und 1 eine Trichomonasinfektion dokumentiert. 8 hatten Genitalwarzen. 10 hatten bereits eine PEP durchgeführt. 46% hatten zuvor keinen ausreichenden Impfschutz gegen Hepatitis A, 37% keinen Hepatitis B Impfschutz.

27 haben das 3 Monate Follow up abgeschlossen. In diesem Zeitraum traten 4 Gonokokkeninfektionen, 2 Syphilisinfektionen, 3 Chlamydieninfektionen, eine Hepatitis C Infektion und eine Mykoplasmeninfektion bei 5 Personen (max. 6 pro Person) auf. Die durchschnittliche Partnerzahl änderte sich nicht.

Diskussion: Im WIR wird das Angebot einer PrEP gut angenommen und Personen mit hohem HIV-Infektionsrisiko werden erreicht. Die Notwendigkeit engmaschiger Untersuchungen auf STI und die Chancen der Prävention durch die ärztliche Anbindung, insbesondere durch Impfungen, begleitet durch die Aidshilfe, werden durch dieses Kollektiv bestätigt.

V 44

STI in der gynäkologischen Praxis – vom Chlamydien-Screening bis zur Aktion „Roter Stöckelschuh“

Schumann C

Frauenärztin/Psychotherapie

Das Thema STI führt in der gynäkologischen Praxis weitgehend ein Stiefkind-Dasein, obwohl es so wichtig ist: Der Schutz vor STI, die adäquate Diagnostik und Therapie sind zentral für die sexuelle Gesundheit von Frauen. Nicht umsonst wurde z.B. im Jahre 2008 das Chlamydien-Screening eingeführt für alle Frauen < 25 Jahren – erreicht werden damit aber weniger als 10 Prozent! Ein anderer Aspekt: Viele Sexarbeiterinnen würden sich gerne von der Frauenärztin ihrer Wahl auch zu STI beraten lassen, wagen aber nicht sich zu „outen“, weil sie erfahrungsgemäß wenig Verständnis und Wissen erwarten. So wurde auf der Jahrestagung 2017 der DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe) die „Aktion Roter Stöckelschuh“ ins Leben gerufen, die mit einem entsprechenden Aufkleber die Akzeptanz der Praxis signalisieren soll.

In dem Vortrag liegt der Fokus auf dem Praxis-Alltag, es geht um das Vermitteln von Anstößen: Was sollte eine Frauenärztin/ ein Frauenarzt wissen über STI, wo mangelt es und wie kann man darüber reden.

V 45

STI und Männlichkeit

Stiehler M

Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Infektionen im Gesundheitsamt Dresden

Vorstand Wissenschaft der Stiftung Männergesundheit

Sexuell übertragbare Infektionen gehören zu den Top 5 der Erkrankungen weltweit. Täglich infizieren sich ca. 1 Mill. Menschen an einer STI. Sie sind – ob wir das gut finden oder nicht – Bestandteil sexueller Begegnungen. Dabei fallen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Von den meisten STI sind häufiger Männer betroffen. Und selbst dort, wo weltweit mehr Frauen als Männer mit einer STI infiziert sind, wird zumeist männliches Sexualverhalten dafür verantwortlich gemacht (UNAIDS).

Das lässt die Frage stellen, was spezifisch männliche Sexualität charakterisiert. Auf das Thema der STI bezogen lässt sich feststellen, dass männliche Sexualität statistisch von einer größeren Promiskuität und Risikobereitschaft gekennzeichnet ist. Dieser Befund ist über zeitliche, kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse hinweg bestandsfest, auch wenn die konkreten Ausprägungen ihren Ausdruck in den unterschiedlichen sozialen und kulturellen Lebenswelten finden.

In diesem Sinn gilt die Forderung der WHO, STI-Prävention auf spezifische Zielgruppen zu fokussieren und sich auf deren Lebenswirklichkeit zu beziehen, auch für die gesamte Gruppe der Männer. Es gilt, männliche Lebenswelten und spezifisch männliche Lebenssituationen zu identifizieren, sie zu akzeptieren und auf dieser Grundlage wirksame Präventionskonzepte gerade für den Bereich der Sexualität zu entwickeln.

Als positives Beispiel für die Einbeziehung männlicher Lebenswelten gilt die AIDS-Prävention für Männer, die Sex mit Männern haben. Hier haben die AIDS-Hilfen über die Jahre eine großartige Arbeit geleistet. Als negatives Beispiel lässt sich die derzeitige Prostitutionsdiskussion inklusive des Prostituiertenschutzgesetzes nennen. Solange diese Diskussion ohne Einbeziehung der Lebenswelt der Freier erfolgt, kann damit weder dem intendierten Schutzzweck nachgekommen noch der gesellschaftlich-politische Diskurs vorangebracht werden.

V 46

STI und männliche Diagnostik

Peters H

Urologische Gemeinschaftspraxis Bochum

V 47

Defizite in den Angeboten zur STI-Diagnostik für Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in Deutschland 2017

Schmidt AJ¹, Marcus U²

¹London School of Hygiene & Tropical Medicine

²Robert-Koch-Institut, Berlin

Einleitung: Sexuell übertragene Infektionen (STI), darunter anale/genitale Infektionen mit Gonokokken, Chlamydien, Syphilis sowie Kondylomata, beeinträchtigen die sexuelle Gesundheit besonders von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). In Zeiten oraler HIV-Chemoprophylaxe (PrEP) hat die Früherkennung asymptomatischer STI (Screening) an Bedeutung gewonnen. In der letzten grossen

europäischen Befragung schwuler Männer (EMIS 2010) berichteten nur 2% der in Deutschland lebenden über 40.000 Befragten (ohne bekannte HIV-Infektion) über ein vollständiges STI-Screening – im Vergleich zu über 20% in Grossbritannien oder den Niederlanden.

Methodik: Von Oktober 2017 bis Januar 2018 wurden über 130.000 MSM aus 50 Ländern in 33 Sprachen (EMIS 2017) anonym und online unter anderem zu ihrem Zugang zu STI-Serviceangeboten und zu ihrer letzten STI-Untersuchung befragt. Da Angebote zur sexuellen Gesundheit von MSM in den meisten Ländern auf lokaler Ebene organisiert werden, wurde ein Vergleich auf der Ebene von Bundesländern und Städten gewählt. Ein vollständiges STI-Screening wurde definiert als HIV-Test, weiterer serologischer STI-Test, sowie analer und urethraler Abstrich (oder statt letztem: Urintest).

Ergebnisse: Der Anteil der über 20.000 in Deutschland lebenden Befragten mit vollständigem STI-Screening in den letzten 12 Monaten lag 2017 bei 8% und reichte von 2% in Mecklenburg-Vorpommern bis 19% in Berlin. Im Städtevergleich folgten Leipzig mit 18%, Dresden mit 17%, Hamburg mit 14%, Düsseldorf und Hannover mit 10%, Köln mit 7%, und das Ruhrgebiet mit 6%. In Grossbritannien und den Niederlanden war der entsprechende Anteil viermal höher als in Deutschland.

Schlussfolgerungen: Erste Ergebnisse von EMIS 2017 liefern Hinweise auf eine deutliche Verbesserung der STI-Serviceangebote für MSM in den letzten sieben Jahren. Zwischen deutschen Städten und Bundesländern bestehen jedoch nach wie vor erhebliche Unterschiede. Weitere Anstrengungen sind notwendig, den Zugang zu STI-Screening bzw. die Vollständigkeit des Angebots weiter zu verbessern.

AV 48

Prevention of mother to child transmission of HIV/AIDS in a country with limited resources: acceptability and implementation at the Centre Médical de Ratoma, Guinea-Conakry

Diallo M¹, Baldé I², Barry A¹, Onivogui S³, Baldé O¹, Baldé M¹, Keita N¹

¹ Clinique universitaire de Gynécologie-Obstétrique Donka CHU Conakry Guinea.

² Clinique universitaire de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen CHU Conakry Guinea.

³ Centre médical communal de Ratoma

The objectives of this study were to:

- Determine pregnant women participation rate in the mother to child HIV transmission prevention program during their pregnancy.
- Assess the acceptability and the implementation of the mother to child transmission of HIV at the Centre medical Ratoma.

Patients and Methods: The mother and child health unit at centre médical communal Ratoma in Guinea-Conakry hosted the study. Pregnant women who accepted to be screened were included in this study. The study was prospective and descriptive and it lasted 6 months .It started on November 01, 2016 and finished on April 30,2017.

Results: 1224 pregnant women were sensitized to accept to be HIV screened and after counseling 1046 of them were screened i.e. 85.45 %. Out of these 1046 pregnant women 58 tested HIV positive i.e.5.5%.

The 20-24 age range was the most affected i.e.76.76 %; the 25-29 age range followed with 10.92 %. Liberal Women were the most affected (70.36 %); housewives, secondary school and university students came next with 28.98 %. In view of these screening results, pregnant women generally demonstrated a positive attitude with a 96.50 % acceptance. 73.51 % of HIV positive pregnant women were not happy to tell their partner about the screening result but 16.55 % were happy to tell someone in their environment about it. And 9.94 % accepted to inform their husband. 61.9 % of pregnant women mentioned sexual intercourse as the transmission channel and 30.40 % blamed blood transfusion channel. 0.68 % were reported as a result of mother to child transmission.

Exclusive breast feeding was noticed in almost all newly born babies i.e. 93.5 % for economic reasons. Their management was conducted in accordance with WHO B+ option.

Conclusion: The incidence of HIV infection in pregnant women remains high in our environment. We recommend that the implementation of WHO B+ be continued to get pregnant women screened HIV positive under life ARV tri-therapy. This could effectively reduce the infection rate in children.

V 49

Multi-Target-PCRs - neue Multi-Tool der STI- Diagnostik

RK Kulis-Horn, [Tiemann C](#)

MVZ Labor Krone GbR, Bad Salzuffen, Deutschland

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) basieren auf der Transmission unterschiedlicher bakterieller und/oder viraler Erreger. Der schnelle und verlässliche Nachweis relevanter Pathogene ist zum einen eine Grundvoraussetzung für eine effiziente Therapie, zum anderen wichtig für eine signifikante Bewertung des epidemiologischen Geschehens z.B. in Risikogruppen.

Neben einer Übersicht über die verfügbaren diagnostischen Konzepte soll anhand bereits ermittelter Daten und aus aktuellen Studien ein Überblick über die ersten Ergebnisse vermittelt werden, die mit den neuen „multi-tools“ generiert wurden.

Der mögliche Nachweis von beispielsweise 13 verschiedenen Erregern in einer Untersuchung (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, *M. hominis*, *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, *U. arvum*, *T. pallidum*, *H. ducreyi*, HSV-1 and -2, VZV und CMV – Allplex™ STI/GU) liefert bemerkenswerte Resultate in unterschiedlichen Patientenkohorten. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass z.B. der häufige Nachweis von Mischinfektionen, die unterschiedlichen Erregerdichten und die unterschiedliche klinische Relevanz der einzelnen Erreger im Kontext mit der individuellen Befundung ganz neue Herausforderungen an die Beurteilung der Befunde stellt. Dieses gilt insbesondere in Abhängigkeit vom Risikoprofil der untersuchten Kohorte.

Die klassischen Keime *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium*, und *T. vaginalis* zeigen zum Teil ebenso unerwartet hohe Prävalenzen wie auch die zusätzlich nachgewiesenen weiteren Erreger. Mischinfektion von bis zu 5 Pathogenen in einer Probe konnten häufiger beobachtet werden. Unterschiedliche Verteilungen zwischen Altersgruppen, Risikoverhalten und dem Geschlecht deuten sich an. Ein weiterer Vorteil des Workflows besteht neben dem hohen Automatisierungsgrad darin, dass unterschiedliche Probenotypen parallel oder im Pool untersucht werden können. In verschiedenen Settings (z.B. mittels Eigenentnahme) kann die Untersuchung dieser großen Erregerbandbreite niedrigschwellig und zielgruppenorientiert angeboten werden.

Unsere ersten Ergebnisse belegen zum einen den potentiellen Nutzen der multi-Target Nachweise für die Diagnostik von STIs und machen zudem deutlich, dass ein effizienter Einsatz nur mit modernen labortechnischen Methoden und Interpretationspfaden zu erreichen ist. Der Einsatz neuer Testverfahren zeigt, dass eine Ausweitung des üblichen Untersuchungsspektrums mit neuen, innovativen Untersuchungsmethoden effizient und verlässlich möglich ist. Die weltweit steigenden Zahlen sexuell übertragenen Erreger und die veränderten therapeutischen und präventiven Optionen machen es daher erforderlich, diese Methoden in eine sinnvolle diagnostische Routine einzubetten. In laufenden und zukünftigen Studien muss evaluiert werden, nach welchen Algorithmen dieses erfolgen sollte und wie die Resultate individuell und epidemiologisch zu interpretieren sind.

V 50

Point-of-Care Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen: Die PreYoungGo Studie

Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Potthoff A^{1,2}, Wach J^{2,3}, Kayser A^{2,4}, Kasper A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

1 Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

2 WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

3 Gesundheitsamt Bochum, Deutschland

4 Aidshilfe Bochum e.V., Deutschland

Hintergrund: Der Mangel an niedrighschwelligem Testmöglichkeiten sexuell übertragbarer Infektionen (STI), gepaart mit unzureichendem Wissen zur STI-Prävention, führte in den letzten Jahren zu einem starken Anstieg von STI-Neuinfektionen, insbesondere von Syphilis, Chlamydien und von Gonorrhoe. Eine wichtige Option um Testbarrieren zu senken und um Menschen, die über die Regelversorgung nur ungenügend erreichbar sind, anzusprechen, ist der Einsatz von Schnelltests, auch Point-of-Care-Tests (POCT) genannt. Diese ermöglichen, ohne aufwändige Laborausstattung, schnell und einfach an Ort und Stelle, eine ausreichende Sensitivität und Spezifität garantierend, ein Testangebot in niedrighschwelligem Settings anzubieten. Positiv getestete Patient*innen können innerhalb kurzer Zeit einer Therapie zugeführt und eine Weitergabe der Infektion vermieden werden.

Methoden: Im Rahmen der prospektiven, offenen PreYoungGo Studie, die im Walk In Ruhr (WIR) in Bochum durchgeführt wird, wurde bei asymptomatischen, sexuell aktiven Probanden (14-30 Jahre), neben dem Wissen zur STI-Prävention, die Prävalenz von *Chlamydia trachomatis* und *Neisseria gonorrhoeae* mittels eines Schnelltests ermittelt. Weiterhin wurde die Zeit bestimmt, im Vergleich zur Regelversorgung, in der die Studienteilnehmer*innen über das Testergebnis informiert und einer Therapie zugeführt wurden. Dies erfolgte mittels selbstentnommener Abstriche bzw. Urin an drei Lokalisationen (Rachen, Vagina, Urin bei Männern, Anus). Es wurde ein PCR-Schnelltestverfahren (Xpert® CT/NG, Fa. Cepheid) eingesetzt, mit dem das Ergebnis innerhalb von 90 Minuten vorlag.

Ergebnisse: Es nahmen 274 Probanden (47,8% ♀, 52,2% ♂) an der Studie teil. 71,3% hatten zum Studienzeitpunkt eine sexuelle Beziehung. 52,5% der Männer hatten Sex mit Männern. Bei 20 von 271 Probanden wurde eine Chlamydien-Infektion nachgewiesen (7,4%) und bei 7,4% eine Gonokokken-Infektion. Insgesamt hatten 12,9% ein positives Schnelltestergebnis.

90,3% der Studienteilnehmer*innen wurden innerhalb eines Tages über das positive Testergebnis informiert (Median: 2:55 Stunden [1:32 h - 20:30 h]). 52,9% der positiv-getesteten Studienteilnehmer*innen wurden am selben Tag, nach 24 Stunden 70,5% und nach 48 Stunden 82,3% der Probanden behandelt. 17,6% wurden nach drei Tagen oder länger (z. B. aufgrund von Wochenendpausen) therapiert. Die mittlere Zeit vom Test bis zur Behandlung betrug 0 Tage (0 - 6 Tage), im Vergleich zur Standard-Behandlung (6,5 Tage).

Schlussfolgerungen: Die Studienergebnisse zeigen eine hohe Infektionsrate mit Chlamydien und Gonorrhö (12,9%) bei asymptomatischen jungen Menschen. Dies bestätigt die Notwendigkeit niedrighschwellige Test- und Therapieangebote für junge Menschen zu entwickeln, um STI direkt (Median: 2:55 Stunden) diagnostizieren und therapieren zu können (Median: 0 Tage). Wichtig ist dabei, dass das Testangebot in ein Präventionskonzept eingebettet ist, das die Möglichkeit einer Partner Benachrichtigung anbietet, um Re-Infektionen zu verhindern. Ein solches Präventionskonzept hilft die STI-Infektionsraten, insbesondere in spezifischen Peer-Gruppen zu reduzieren und Infektionsketten konsequent zu durchbrechen.

V 51

Neue Distributionswege: STI-Einsendetests

Kulis-Horn RK, Tiemann C

MVZ Labor Krone, Bad Salzuflen, Deutschland

Seit einigen Jahren wird weltweit, auch in Westeuropa und Deutschland, ein Anstieg der Infektionen im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten (sexually transmitted infections, STI) beobachtet. Hiervon betroffen sind allgemein junge Erwachsene unter 25 Jahren, aber insbesondere Risikogruppen, wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und Sexarbeiter.

Mit den Mitteln der molekularen Diagnostik (z.B. *Real-Time-PCR*) ist die schnelle und zuverlässige Identifizierung der zugrundeliegenden bakteriellen und viralen Erreger aus einer Vielzahl von Probenmaterialien (z.B. Genitalabstriche oder Urin) möglich und erlaubt somit eine gezielte Behandlung. Durch den Einsatz von Testverfahren, bei denen in einer Reaktion gleichzeitig mehrere Erreger nachgewiesen werden können (*Multiplex-Assays*) sinken zudem die Kosten der molekularen Diagnostik zunehmend.

Niederschwellige Angebote sind notwendig, um diese diagnostischen Möglichkeiten einer möglichst großen Zahl an Patienten (insbesondere aus den Risikogruppen) zugänglich zu machen. Ein Angebot können STI-Einsendetests darstellen, bei denen der Patient selbst die Probe entnimmt und sie direkt an das zuständige Labor schickt, um dort die molekulare STI-Diagnostik mittels PCR durchführen zu lassen.

Vorgestellt werden die Erfahrungen mit einer ersten Variante eines solchen Einsendetests: Interessierten niedergelassenen Ärzten wurden vorgefertigte Entnahmesets für die STI-Diagnostik zur Verfügung gestellt. In dem Kit, das gleichzeitig für die postalische Rücksendung der Proben genutzt werden kann, sind alle Entnahmebestecke und Anforderungsscheine für die Untersuchung auf 13 STI-Erreger mittels *Real-Time-PCR* (Probenmaterial: Abstrich oder Urin) sowie optional die serologische Untersuchung auf HIV, HBV und Lues enthalten.

Die Auswertung der Ergebnisse der *Real-Time-PCR* von 250 Einsendungen lieferte einen ersten Überblick über die Prävalenzen einzelner STI sowie die Häufigkeit von Mischinfektionen unter den Patienten, die das Angebot eines solchen Tests wahrgenommen haben.

Der vorgestellte STI-Einsendetest ist derzeit noch für eine Entnahme unter medizinischer Begleitung konzipiert. Für die nahe Zukunft sind STI-Einsendetests in Vorbereitung, die eine vollständige Selbstentnahme (inklusive Kapillarblutentnahme) ermöglichen.

V 52

Gesetzliche Aspekte der HIV-Selbsttests

Kupfer G

Bundesministerium für Gesundheit, Referat 323

HIV- und andere Tests für sexuell übertragbare Infektionen werden in Deutschland von Allgemeinmedizinern, öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäusern sowie niedrigschwelligen Beratungs- und Teststellen angeboten. Trotzdem wissen in Deutschland nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts ca. 13.000 (14%) Menschen nicht von ihrer HIV-Infektion und HIV-Infektionen werden häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert.

In den vergangenen Jahren haben sich die Handhabung und Qualität der HIV-Selbsttests weiterentwickelt. Die WHO empfiehlt ihren Einsatz, um die HIV-Diagnoseraten zu steigern.

In Deutschland können HIV-Selbsttests aufgrund der geltenden Gesetzesgrundlage derzeit nicht an Laien abgegeben werden. Gesetzliche Aspekte und Begründungen für die entsprechende Regelung sowie notwendige Änderungen für eine mögliche Einführung von HIV-Selbsttests werden im Rahmen des Vortrags diskutiert.

AV 53

Molekular-basiertes Screening sexuell übertragbarer Erkrankungen (STD-Screening) in urogenitalen Proben

Pfisterer M, Boesl A, Dirschmid H, Offner F

Institut für Pathologie Feldkirch, LKH Feldkirch, Feldkirch, Österreich

Hintergrund/ Fragestellung: Ziel dieser Studie ist die Evaluierung der Leistungsfähigkeit des Flow-through Hybridisierungsassays GenoFlow STD Array (DiagCor, Hong Kong) im Vergleich zum in der Routinediagnostik eingesetzten Fluoreszenz-basierten DNA Microarray STI complete (Euroimmun AG, Deutschland) zur simultanen Detektion diverser sexuell übertragbarer Pathogene.

Methoden: 130 urogenitale Proben wurden nach automatisierter Nukleinsäure-Extraktion mittels QIASymphony SP (Qiagen, Deutschland) parallel mit beiden Untersuchungsverfahren analysiert. Die Ergebnisse beider Systeme wurden direkt miteinander verglichen. Diskrepante Ergebnisse wurden mittels anderer molekularer Nachweismethoden geprüft.

Ergebnisse: In 34,5 % (39/113) der Proben konnten mit dem Euroimmun Microarray und in 33,6 % (38/113) mit dem DiagCor Assay STD-spezifische Pathogene nachgewiesen werden. 65,5 % (74/113) wurden mittels Euroimmun Microarray, sowie 66,4% (75/113) mit dem DiagCor-System negativ getestet. 6,2% (8/130) der Proben zeigten ein invalides Testergebnis. 6,9% (9/130) wurden aus der statistischen Evaluierung aufgrund nicht vergleichbarer Testergebnisse ausgeschlossen. Im Vergleich zum Euroimmun- Array waren 1,77% (2/113) der DiagCor Testergebnisse falsch negativ. Daraus ergaben sich eine Sensitivität von 94,8 % sowie eine Spezifität von 98,6% mit einem negativen prädiktiven Wert (NPV) von 97 %, sowie einen positiven prädiktiven Wert (PPV) von 97%. Bezogen auf die jeweiligen Parameter ergaben sich für die folgenden Parameter folgende Übereinstimmungen: Ureaplasma urealyticum/Ureaplasma parvum (96,5%; (28/29)), Chlamydia trachomatis (85,7%; (7/6)), Neisseria gonorrhoeae (43%; (3/7)) und Mycoplasma hominis (43%; (3/7)). Herpes simplex-Virus Typ1/2 konnte lediglich mit dem Euroimmun Array detektiert werden (1/0). Treponema pallidum beinhaltet ausschließlich der Euroimmun Array, stattdessen werden Humane Papillomaviren von dem DiagCor Array detektiert.

Schlussfolgerung: Beide Nachweismethoden lassen sich einfach in der Patienten-orientierten Basisdiagnostik integrieren und zeigen eine vergleichbare Sensitivität und Spezifität. Eine Optimierung des Nachweises von N. gonorrhoeae und M. hominis beim DiagCor-System ist notwendig. Eine zusätzliche Unterscheidung von U. urealyticum und U. parvum sowie die Integration von T. pallidum (wie beim Euroimmun Microarray) wäre diagnostisch sinnvoll.

V 54

Komplexe Fälle aus der Praxis

Rasokat H¹, Schöfer H²

¹ Uniklinik Köln

² Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

Wenige anamnestische Angaben und ein eindrucksvolles klinisches Bild ermöglichen es dem geübten Dermatovenerologen in nicht wenigen Fällen eine treffende Blickdiagnose zu stellen. Bei vielen Patienten stehen jedoch zunächst die Auflistung möglicher Differenzialdiagnosen und deren effiziente und kostensparende Aufarbeitung bis zur definitiven Diagnose an. Auch schwierige Labor-konstellationen (z.B. in der Syphilisserologie) oder Therapieansätze in besonderen Situationen (Immundefizienz, Begleitmedikationen, Unverträglichkeit der Standardmedikationen) sind immer wiederkehrende Herausforderungen im Praxisalltag.

In dieser Quizveranstaltung fordern wir Sie zum aktiven Mitdenken/Mitarbeiten heraus: Es gilt anhand von Fragen/Fällen aus der Praxis den richtigen Weg zur Diagnose und zur adäquaten Therapie einzuschlagen. Testen Sie Ihr dermatovenerologisches Wissen!

AV 55

HIV-Serokonversion unter PrEP in Hamburg – die Notwendigkeit der Peri-PrEP

Claas J, Berzow D

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Hintergrund: PrEP ist eine effektive aber komplizierte Präventionsmethode. Die Literatur beschreibt Fälle von Serokonversion unter PrEP. Hier beschreiben wir den ersten uns bekannten Fall einer HIV-Serokonversion unter PrEP in Hamburg.

Fallbeschreibung: Ein 28-jähriger Mann konsultiert seit 2015 regelmäßig eine HIV-Schwerpunktpraxis zur HIV/STI Beratung und Testung. Es liegt zu keinem Zeitpunkt eine STI vor. Weitere Beratungs- und Therapieanlässe sind Pharyngitiden und Enteritiden. Ende 2017, nach mehrmaliger Thematisierung der PrEP bei Arztterminen und ausführlicher Aufklärung, entscheidet er sich für eine PrEP. Das HIV-Screening Anfang Januar 2018 ist negativ. Ende Januar wird das PrEP Rezept ausgestellt. Er gibt an, seit der letzten Blutabnahme keine Risikokontakte gehabt zu haben. Mit der Einnahme der PrEP beginnt der Patient aber erst 3 Wochen später. Der Patient litt Januar unter Diarrhoen, von denen er allerdings nicht berichtete. Interessanterweise sistierten die Diarrhoen kurz nach Einnahme der PrEP. Anfang März konsultiert er einen anderen Arzt wegen geschwollener Lymphknoten und erhält eine antibiotische Therapie. Drei Wochen nach Beginn der PrEP ist das HIV-Screening beim Schwerpunktarzt positiv (Stadium Serokonversion, HIV-RNA 35.000 cop/mm³). Gleichzeitig hat er eine Lues-Erstinfection. Der Tenofovir Spiegel ist im therapeutischen Bereich. Die Resistenztestung ergibt eine RT-Mutation (M184V) und eine Integrase-Mutation (S119R). Der Patient gibt jetzt an, in der Silvesternacht mehrfach sexuelle Risikokontakte gehabt zu haben.

Erfahrung: Dieser Fall bestätigt, dass der HIV-negative Status zu Beginn der PrEP essentiell ist für eine erfolgreiche PrEP und für die Vermeidung von Resistenzentwicklung, welche ggf. auch Implikationen für die öffentliche Gesundheit haben könnte. Besonders viel Zeit muss daher in die Erstberatung(-en) von Nutzer*innen investiert werden. Ziel ist, dass Nutzer*in und Fachpersonal gemeinsam den Zeitpunkt für einen PrEP-Start definieren, an dem das Risiko einer HIV-Infektion am geringsten ist. Hierfür müssen Nutzer*innen folgende Punkte mindestens verstehen und auf sich selbst beziehen können: Ansteckungswege (um mögliche Risiken selbst identifizieren zu können), das Problem der diagnostischen Lücke, und die Möglichkeit, sich zwischen negativem Testergebnis und Start der PrEP infizieren zu können. Des Weiteren sollte die Symptomatik einer Primärinfektion bekannt und die Wichtigkeit von Konsultationen von HIV-spezialisiertem Fachpersonal in dieser Phase betont werden.

Um die PrEP in Hamburg möglichst effektiv zu gestalten, haben sich HIV-Schwerpunktpraxen, Fachberatungsstellen und Schwerpunkt Apotheken zu einer informellen PrEP-Kooperation zusammengeschlossen. Die Kooperation trifft sich dreimal jährlich und hat unter anderem den PrEP-Check entwickelt. Als Reaktion auf den beschriebenen Fall empfiehlt die Kooperation verstärkt die ‚doppelte‘ Erstberatung: ausführliche Beratung bei einer Fachberatungsstelle gefolgt von einer zweiten ärztlichen Beratung, in der auch die PrEP verschrieben wird.

AV 56

Zervikale Abszesse im Rahmen eines Immunrekonstitutionssyndroms durch *Mycobacterium avium* bei zwei Patienten mit AIDS

Hobelsberger S¹, Helbig S², Kolditz M³, Linke J⁴, Spornraft-Ragaller P¹

¹Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

²Klinische Infektiologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

³Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

⁴Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

Einleitung: Immunrekonstitutionssyndrome (IRIS) im Rahmen der antiretroviralen Therapie AIDS-definierender Erkrankungen stellen nach wie vor eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Am bekanntesten sind solche Phänomene bei Toxoplasmose, Kryptokokkose, Mykobakteriosen (TBC, atypische Mykobakterien), CMV-Infektion, aber auch bei Kaposi-Sarkom und progressiver multifokaler Leukenzephalopathie. Man unterscheidet hierbei ein paradoxes IRIS mit Verschlechterung des klinischen Bildes einer bereits bekannten opportunistischen Infektion (OI) („paradoxic“ IRIS) von der Neudiagnose einer OI unter der antiretroviralen Therapie („unmasking“ IRIS).

Fallbericht: Wir berichten über 2 Patienten mit jeweils mehreren AIDS-definierenden Erkrankungen und disseminierter *Mycobacterium avium* complex (MAC) -Infektion, die im Verlauf ein -IRIS entwickelten, das sich unter anderem insbesondere durch zervikale Abszesse, sehr wahrscheinlich von Lymphknoten ausgehend, manifestierte. In einem Fall handelte es sich um ein paradoxes IRIS unter bereits 18-monatiger anti-mykobakterieller Therapie bei disseminierter atypischer Mykobakteriose. Histopathologisch zeigte sich eine epitheloidzellig-granulomatöse Entzündung mit ausgedehnten Nekrosen und Nachweis von *M. avium* Genomfragmenten, bei jedoch negativer mikrobiologischer Diagnostik. Der andere Patient entwickelte unter der antiretroviralen Therapie zunächst pulmonale Granulome mit kulturellem Nachweis von *M. avium* aus der bronchoalveolären Lavage („unmasking“ IRIS) und eine konsekutive poststenotische Pneumonie sowie wenige Monate später einen zervikalen Abszess. In beiden Fällen konnten histologisch keine eindeutigen Lymphknotenstrukturen nachgewiesen werden, wahrscheinlich, da keine vollständige Exzision erfolgte. Die Rückbildung der zervikalen Abszesse erfolgte trotz chirurgischer Entlastung jeweils langsam unter zwar geringer, aber langdauernder Sekretion und schließlich narbiger Abheilung.

Diskussion: IRIS durch MAC ist außerordentlich vielgestaltig und kann zu Granulomen, Lymphadenitis und Abszessen in allen Körperregionen, auch inneren Organen, führen, daneben auch zu Osteomyelitis, Nephritis und Meningitis. Neben anderen Komplikationen im Rahmen eines IRIS soll bei Lymphknotenmanifestationen im Rahmen von AIDS (z.B. Lymphom, Kaposi-Sarkom) auf das typische klinische Bild eines zervikalen MAC-Abszesses hingewiesen werden. Wenn auch die HIV-Neudiagnosen in Deutschland langsam zurückzugehen scheinen, ist nach wie vor mit komplizierten Erkrankungen im Vollbild AIDS zu rechnen, zumal wenn die Diagnose erst im Spätstadium gestellt wird (sog. late presenter).

AV 57

Tinea pubogenitalis profunda – eine Lifestyle-STI?

Baumann A¹, Hillen U¹, Buder S^{1,2}

¹ Klinik für Dermatologie und Venerologie, Vivantes-Klinikum Berlin Region Süd

² Konsiliarlaboratorium für Gonokokken, Vivantes-Klinikum Berlin Region Süd, Klinik für Dermatologie und Venerologie

Hintergrund: Seit einigen Jahren ist in Deutschland eine deutliche Zunahme von Tinea pubogenitalis profunda mit ausgeprägter Entzündungsreaktion zu verzeichnen. Erste Fallberichte waren

ausschließlich mit einer Reiseanamnese nach Thailand assoziiert. Zudem erfolgte bei allen Betroffenen eine Enthaarung des Intimbereichs. Mittlerweile wird die Infektion auch ohne Reiseanamnese beobachtet.

Anamnese und Klinik: Wir berichten über einen Patienten, der sich nach einer Reise mit Fieber und beeinträchtigtem Allgemeinbefinden vorstellte. Klinisch fand sich ein progredientes, unscharf begrenztes Erythem mit follikulär assoziierten, teils pustulösen, teils abszedierenden, sehr schmerzhaften Knoten im Bereich des Mons pubis, der Leisten und der Innenseiten beider Oberschenkel. Ambulant war bereits eine Therapie mit Amoxicillin eingeleitet worden.

Als aktiver Wassersportler und Saunagänger favorisiert er seit einigen Monaten die moderne Intimirasur. Außerdem reiste er regelmäßig wegen einer Psoriasis zu Badekuren ans Tote Meer. Dort hatte er auch sexuellen Kontakte zu einer Partnerin, die ähnliche Hautveränderungen entwickelt haben soll.

Diagnostik:

- Sonographie: Zeichen einer phlegmonös-subcutanen Entzündung
- Bakteriologie: Abstrich mit Erregeridentifikation und Empfindlichkeitstestung, geringes Wachstum der Hautflora, mäßiges Wachstum von *Staphylococcus aureus*, kein Nachweis des PVL-Gens mittels PCR
- Mykologie: nativ Nachweis von Pilzmyzel, kulturell Wachstum von *Trichophyton mentagrophytes*
- Histologie: superfizielle, perivaskuläre Dermatitis mit neutrophilenreichem Infiltrat und Nachweis von Pilzmyzel im Stratum corneum in der APAS-Färbung
- Labor: CrP-Erhöhung und Leukozytose, sonst unauffällig

Therapie und Verlauf: Stationäre Aufnahme zur Einleitung einer Therapie mit Ampicillin/Sulbactam 3 x 3 g tgl. i.v. und lokal desinfizierenden Schleiern. Nach Vorlage der Diagnostikergebnisse erfolgte die Umstellung der Therapie auf Terbinafin 250 mg 1xtgl. p.o. Der Patient wurde gebeten auf die Rasur zu verzichten. Eine klinische Besserung konnte nach 2 Wochen festgestellt werden. Bei der Kontrolle nach 6 Wochen bestanden noch Residuen und Hyperpigmentierungen. Die mykologische Kontrolluntersuchung war negativ.

Kommentar: Bei therapierefraktären Entzündungen im Genitopuberalsitus, insbesondere nach erfolgloser Antibiose, ist an eine tiefe Tinea zu denken. Zur mykologischen Diagnosesicherung müssen mitunter auch mehrfache Probenentnahmen erfolgen.

Entsprechend der seit 2017 gültigen Taxonomie der Dermatophyten, kann meist der zoophile Erreger *T. mentagrophytes* identifiziert werden. Klinisch auffällig ist die starke Entzündungsreaktion, die mit der Infektion einhergeht.

Für die Therapie sollten orale Antimykotika, wie Terbinafin, über mehrere Wochen eingesetzt werden. Die Übertragung erfolgt von Mensch zu Mensch, zumeist durch sexuelle Kontakte. Das gehäufte Auftreten genitopuberaler Mykosen ist als lifestyle - assoziierte Erkrankung zu werten. Neben einer Reiseanamnese, oft nach Südostasien, besteht immer eine Enthaarung des Genitalbereichs, was zu einem locus minoris resistentiae führt.

V 58

Lichen sclerosus

Kirtschig G

Universitätsklinikum Marburg

Der Lichen sclerosus (LS) ist eine chronische, entzündliche Hauterkrankung unklarer Ätiologie. Er kommt vorwiegend im anogenitalen Bereich, seltener extragenital vor. Die Diagnose wird oft spät gestellt, das heißt, Patienten berichten, dass die Symptome oder Veränderungen der Haut bereits seit Jahren bestehen, jedoch die Diagnose zunächst nicht gestellt wird. Eine späte Diagnosestellung und

somit späte Therapie kann schwerwiegende Folgen haben, da der LS im Genitalbereich zu Vernarbungen (z.B. mit Meatusstenosen bei Knaben, Kohabitationsproblemen bei Erwachsenen) und Karzinomen führen kann, die laut neuerer Untersuchungen durch eine frühe und konsequente, langanhaltende Behandlung bei einem großen Teil der Patienten verhindert werden können [1,2,3,4]. Man geht davon aus, dass bei genetischer Prädisposition durch noch unbekannte Trigger immunologische Veränderungen stattfinden, mit möglicherweise einer Th1-spezifischen Immunantwort, die zu einer chronischen Entzündung und Fibrosierung der Haut führen [5]. Ein besonderes Phänomen ist das Entstehen anogenitaler Plattenepithelkarzinome und intraepithelialer Neoplasien im Zusammenhang mit LS, welches bei circa 4% der Patienten beschrieben wird [4,36,51]. Typischerweise können in den Läsionen keine HPV-Typen der Hochrisikogruppe nachgewiesen werden. Klinische Studien weisen darauf hin, dass eine frühe antientzündliche Behandlung den Krankheitsverlauf positiv beeinflusst. Das Dilemma ist, dass initiale Symptome und Krankheitszeichen unspezifisch sein können und die Krankheit somit oft nicht frühzeitig erkannt wird. Das Wissen um diesen möglicherweise unspezifischen Beginn erhöht die Chance einer frühen Diagnose und Einleitung einer antientzündlichen, auf potenten topischen Steroiden basierenden Therapie. Patienten müssen über die Chronizität und die anhaltende Therapiebedürftigkeit aufgeklärt werden, da das Auftreten von Rezidiven, Vernarbungen und Karzinomen durch eine langfristige, intermittierende Behandlung mit potenten Kortikosteroiden geringer zu sein scheint.

- [1] Cooper SM, Gao XH, Powell JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? Arch Dermatol 2004;140:702-6
- [2] Casey GA, Cooper SM, Powell JJ. Treatment of vulvar lichen sclerosus with topical corticosteroids in children: a study of 72 children. Clin Exp Dermatol 2015;40:289-92
- [3] Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulval lichen sclerosus. A prospective cohort study of 507 women. JAMA Dermatol 2015;151:1061-7
- [4] Kirtschig G, Becker K, Günthert A, et al. Evidence-based (S3) Guideline on (anogenital) Lichen sclerosus. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015; 29:e1-43
- [5] Terlouw A, Santegoets LA, van der Meijden WI, et al. An autoimmune phenotype in vulvar lichen sclerosus and lichen planus: a Th1 response and high levels of microRNA-155. J Invest Dermatol 2012;132:658-66

V 59

Erkrankungen des äußeren weiblichen Genitale: STI und Differenzialdiagnosen

Schöfer H

Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

V 60

Reizthema Skabies

Sunderkötter C

Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie und Venereologie

In den letzten Jahren ist in Deutschland die Anzahl der Skabiesdiagnosen in die Höhe gegangen, auch wenn der Anstieg nicht in allen Regionen gleich ist und die absoluten Zahlen mit Vorsicht bewertet werden müssen (da man z. B. bei Verordnungszahlen beachten muss, dass pro Patient manchmal zwei oder mehr unterschiedliche Antiskabiosa verwendet werden). Die Gründe für einen Anstieg sind wahrscheinlich vielfältig. Für Haus- und v.a. Hautärzte sind die vielen Verdachtsfälle ein Reizthema. Eine Behandlung der Skabies unter Beachtung aller in der Leitlinie angegebenen Therapie- und Umgebungsmaßnahmen hat zuletzt auch bei vorher Therapie-resistent erscheinenden Patienten zum Erfolg geführt; dieser Umstand hat aber auch vergegenwärtigt, dass es viele Fehlermöglichkeiten geben kann. Es sollten daher keine eigenen Therapieschemata entwickelt, sondern systematisch vorgegangen

werden, unter Umständen über eine stationäre Behandlung. Falls einzelne Skabies-Stämme eine (bislang nicht bewiesene) Unempfindlichkeit gegen Permethrin aufweisen sollten, ist ein Therapieversagens auch auf Ivermectin äußerst unwahrscheinlich und dann eher ein Zeichen für das Vorliegen eines der oben angesprochenen Behandlungsfehler.

V 61

Akne inversa

Alter M

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Bei der Akne inversa handelt es sich um eine chronisch entzündliche Haut- und Systemerkrankung. Mit einer geschätzten Prävalenz von ca. 1% in Deutschland ist diese Erkrankung nicht selten. Die Diagnosestellung erfolgt jedoch weiterhin oft deutlich verzögert und erschwert die Behandlung der Erkrankung, die mit einem erheblichen Leidensdruck und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einhergeht. Die Diagnosestellung erfolgt anhand des klinischen Bildes (typische Hautveränderungen in typischer Lokalisation mit chronisch rezidivierendem Verlauf). Oft liegt eine familiäre Häufung vor, teilweise sind spezifische genetische Veränderungen bekannt. Die Erkrankung geht mit dem Nachweis von Zytokinen und Entzündungsmediatoren (z.B. IL-1 und TNFalpha) im betroffenen Gewebe aber auch in periläsionärer Haut einher, zudem können oft erhöhte Entzündungsparameter festgestellt werden, was die Bedeutung als eine Systemerkrankung betont. Zudem gibt es signifikant häufiges Auftreten von Komorbiditäten insbesondere aus dem chronisch entzündlichen Bereich (chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Spondyloarthropathien), die bei diesen Patienten eine besondere Aufmerksamkeit bedürfen, erfasst und behandelt werden müssen. Insbesondere in letzten Jahren hat sich das Verständnis der Erkrankung erheblich geändert von einem Bild einer lediglich auf die Haut beschränkten Erkrankung, welche fast ausschließlich operativ behandelt wird, hin zu einer den gesamten Patienten betreffenden Erkrankung, die ein multimodales und kombiniertes Behandlungsregime bedarf unter Anwendung antibiotischer, immunmodulierender und operativer Verfahren. Zudem sollte die massiv eingeschränkte Lebensqualität mit im Fokus stehen und eine ganzheitlich (z.B. auch psychosomatische) Mitbehandlung der Patienten angestrebt werden.

V 62

Differentialdiagnose anale Rötung („Roter Po, nicht nur Pso“)

Ehrchen J

Klinik und Poliklinik für Hauterkrankungen, Universitätsklinikum Münster

Die klinische Diagnose von Hautveränderungen im Gluteal- bzw. Analbereich ist durch die anatomischen Besonderheiten dieser Region gegenüber anderen Hautregionen deutlich erschwert. Hier können die Okklusionsbedingungen die typische Ausprägung der Hauterkrankung verändern, zum Beispiel fehlt oft die namensgebende Schuppung bei der Psoriasis. Die korrekte und insbesondere rechtzeitige Diagnostik wird zusätzlich dadurch erschwert, dass Hautveränderungen im Glutealbereich von den Patienten häufig erst spät bemerkt und noch später einem Arzt präsentiert werden.

Daher ist es wichtig, dass diese Körperregion von den untersuchenden Ärzten aktiv in den Untersuchungsgang einbezogen wird. Dabei ist die Glutealregion nicht nur wichtig für den Dermatologen. Auch für andere Fachkollegen kann sich ein Blick „unter die Unterhose“ lohnen um z.B. als Rheumatologe die typische gluteale Rhagade der Psoriasis zu entdecken, und so die Diagnose einer Psoriasisarthritis bei unklaren Gelenksbeschwerden zu erleichtern.

Im Gluteal- bzw. Analbereich bietet sich die nahezu komplette Differentialdiagnostik des übrigen Integuments mit den bereits erwähnten erschwerenden Untersuchungsbedingungen.

Als Regionstypische chronisch entzündlichen Erkrankungen können die Akne inversa oder der Lichen sclerosus et atrophicus angesehen werden. Bei der Akne inversa existiert neben der chirurgischen Therapie mit der anti-TNF Therapie eine neu zugelassene Therapieoption, deren praktischer Wert sich in den nächsten Jahren zeigen wird. Beim Lichen sclerosus ist die Therapie schwierig, neben externen Steroiden kommt insbesondere der off-label Therapie mit Calcineurininhibitoren eine große Bedeutung zu.

Ekzematöse Hautveränderungen im Anal und Glutealbereich können endogener Natur (Atopisches Ekzem) oder exogener Natur (Allergisches und Toxisches Kontaktekzem) sein. Beim Verdacht auf ein toxisches Kontaktekzem ist eine proktologische Abklärung wichtig. Typische Auslöser für ein allergisches Kontaktekzem sind Konservierungsmittel oder Duftstoffe in feuchtem Toilettenpapier, hier sollte daher eine entsprechende Epikutantestung erfolgen. Die Lokalthherapie ist aufgrund der okkludierenden Bedingungen erschwert, folgt aber den allgemeinen dermatologischen Grundsätzen („feucht auf feucht“).

Die Mitbeteiligung der Glutealregion ist typisch für die Psoriasis. Auch hier müssen bei der Lokalthherapie die anatomischen Besonderheiten berücksichtigt werden (z.B. höhere systemische Aufnahme der Wirkstoffe bei Vitamin D Analoga). Es steht uns aber erfreulicherweise eine stetig größer werdende Therapiepalette zur Verfügung.

Grundsätzlich muss jedem Untersucher klar sein, dass die rein klinische Diagnose im Gluteal- und Analbereich sehr schwer sein kann. Bereits die Einteilung der Hautveränderungen in die übergeordneten Krankheitskategorien (Entzündung, Infektion, Tumor) kann misslingen. Insbesondere Tumoren wie Plattenepithelkarzinome und der extramammäre Morbus Paget können leicht übersehen werden. Daher ist es notwendig, bei auch nur geringstem diagnostischem Zweifel oder schlechtem therapeutischem Ansprechen eine bioptische Sicherung der Hautveränderungen anzustreben.

V 63

Sexuelle Lebenswelten und Identitäten in der Einwanderungsgesellschaft

Sielert U

Institut für Pädagogik, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Gender, Sexualität und Migration sind im gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskurs emotional und politisch hoch aufgeladene Themen. Tatsächliche sexuelle Grenzverletzungen von Geflüchteten werden im Rahmen politischer Ausgrenzungsabsichten stereotyp auf ganze Religionsgruppen, Ethnien und Nationen hochgerechnet. Insgesamt erleben wir eine Sexualisierung von Migrationsdiskursen, die sich von den tatsächlichen Verhältnissen ablösen und nicht nur Fremdenangst und Vielfaltsskepsis schüren, sondern auch die Beeinträchtigung von sexueller Gesundheit zur Folge haben. Die wachsende Verunsicherung der Bevölkerung befördert Tendenzen eines Präventions- und Sicherheitswahns, der zur Einschränkung sexueller Vielfalt und Selbstbestimmung führen kann und sich auch auf das Gesundheitswesen auswirkt.

Die Verantwortlichen der Session machen sich zur Aufgabe, eine differenzierende und versachlichende Situationsbeschreibung anzubieten, Berührungspunkte zu verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufzuzeigen, Praxiserfahrungen zu reflektieren und Herausforderungen für Wissenschaft und Politik zu formulieren.

Die Session beginnt mit einem **Vortrag** von Prof. Dr. Uwe Sielert zum Thema „**Sexuelle Lebenswelten und Identitäten in der Einwanderungsgesellschaft**“, in dem der Sexualitätsbegriff, sexuelle Rechte und Gesundheit und die Pluralität sexueller Lebenswelten und Identitäten vorgestellt werden.

Sielert gehört zu den Herausgebenden des aktuellen Lehr- und Praxishandbuchs „Sexualität und Gender in der Einwanderungsgesellschaft – zivilgesellschaftliche und öffentliche Aufgaben“ (de Gruyter 2017).

Im Mittelpunkt der Session stehen Kurzstatements zu verschiedenen Handlungsfeldern und migrationssensiblen Projekten sowie eine themengeleitete Diskussion. Die Diskussion wird moderiert von:

Kurzstatements und Diskussion (Moderation: Harriet Langanke, Stiftung Sexuelle Gesundheit Köln und Sexualwissenschaftlerin an der Universität Malmö):

- Ulrike Sonnenberg-Schwan(Frauengesundheitszentrum München): Angebote zur sexuellen Gesundheit für geflüchtete Frauen
- Dr. Viviane Bremer / Mayamba Pierre (RKI): Erfahrungen aus der Betreuung von Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MISSA-Studie)
- Dr. Solmaz Golsabhi-Broclawski (MITK): Erfahrungen und Angebote des Instituts für transkulturelle Medizin Bielefeld
- Dr. Christine Winkelmann (BZgA): ZANZU – Erfahrungen mit einem interkulturellen Kommunikationsmedium zur sexuellen Gesundheit in Beratung und Unterricht
- Christina Witz (Institut für Sexualpädagogik): Erfahrungen aus der sexualpädagogischen Medienarbeit mit jungen Migrantinnen

Themen der Diskussion: Aktuelle Zugänge und Angebote zur sexuellen Gesundheit für Migrantinnen und Migranten.

Bedarfe: Was brauchen die Zielgruppen? – Konsequenzen für Forschung und Praxis

KS 64

Angebote zur sexuellen Gesundheit für geflüchtete Frauen

Sonneberg-Schwan U

Frauengesundheitszentrum München

Wenn auch schwerwiegende infektiöse Erkrankungen bei geflüchteten Menschen bis auf Einzelfälle nicht häufiger sind als in der Allgemeinbevölkerung, werden doch spezifische gesundheitliche Beschwerden häufig berichtet. Häufig sind unspezifische Beschwerden, vor allem Kopfschmerzen, aber auch weitere Schmerzzustände, Somatisierungsstörungen, Atemwegserkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angst, Nervosität, stressbedingte Symptome, Schlafstörungen, oder auch Drogen- und Alkoholmissbrauch.

Die gesundheitlichen Bedürfnisse geflüchteter Frauen unterscheiden sich darüber hinaus vielfach von denen von Männern. Viele sind haben Heimatland oder während der Flucht sexuelle Gewalt erlebt und leiden unter Traumatisierungen. Die Lebenssituation in Not- und Gemeinschaftsunterkünften bietet oft wenig Schutz vor sexualisierten Übergriffen.

Fragen rund um Kinderwunsch, Schwangerschaft und Verhütung betreffen viele Frauen. Nicht nur Unsicherheiten und Informationsbedarf, aber auch der vielerorts fehlende Zugang zu kostenlosen Verhütungsmitteln, aber auch zur Unterstützung bei unerfülltem Kinderwunsch macht für viele Frauen einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer reproduktiven Gesundheit unmöglich. Je nach Lebensphase treten weitere frauenspezifische Fragestellungen auf, z.B. zu Kindergesundheit, Ernährung, den Wechseljahren oder auch sexuell übertragbaren Infektionen.

Isolation und fehlende Kenntnisse des Beratungs- und Behandlungssystem erschweren den Zugang zu Unterstützungsangeboten. Auch die Folgen genitaler Verstümmelung/FGM erfordern sowohl Fachkenntnisse als auch spezialisierte Angebote, die häufig fehlen. Viele Frauen haben kaum Möglichkeiten, eigene Bedürfnisse oder gesundheitliche Fragen zu äußern. Gespräche über psychosoziale und medizinische Fragen können auch mit Unsicherheiten und Scham verbunden sein. Weitere Faktoren wie fehlende Kinderbetreuung, Sprachprobleme, unsicherer Aufenthaltsstatus, aber auch diskriminierende Behandlungen oder Behördenwillkür erschweren die Situation zusätzlich.

Ressourcen für den Einsatz geschulter Dolmetscherinnen oder Sprachmittlerinnen sind häufig nicht vorhanden.

In vielen Städten wurden in den vergangenen Jahren spezifische Gesundheitsangebote für geflüchtete Frauen entwickelt. Grundlage ist oft – gerade für kleine Einrichtungen mit hohem personellem Aufwand verbunden – die Änderung der Angebote zu einer „Geh-Struktur“. Gesundheitscafés, Gesprächskreise, Workshops mit Unterstützung von Sprachmittlerinnen können eine niedrigschwellige Möglichkeit sein, Frauen zu erreichen und Gespräche in einem geschützten Rahmen zu ermöglichen. Besonders hilfreich ist der Einsatz von muttersprachlichen Multiplikatorinnen oder Gesundheitsmediatorinnen, die aufgrund ihrer eigenen Migrations- und Integrationserfahrungen Brücken in die Aufnahmegesellschaft bauen können.

KS 65

Erfahrungen aus der Betreuung von Migrant/innen aus Subsahara-Afrika (MISSA-Studie)

Bremer V, Mayamba P

Robert Koch-Institut

Hintergrund/Ziele: Migrant*innen aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA) stellen hinsichtlich HIV eine vulnerable Gruppe dar und sind laut den Daten des Robert Koch- Instituts eine in Deutschland epidemiologisch relevante Gruppe. 10-15% aller HIV-Erstdiagnosen der letzten Jahre sind auf MiSSA-Gruppe zurückzuführen.

In den afrikanischen Communities gab es bislang nur begrenztes Wissen, falsche Wahrnehmung, und negatives Verhalten hinsichtlich HIV und STIs. Das Thema wurde tabuisiert, und die Betroffenen diskriminiert, stigmatisiert und isoliert.

Verschiedene Einrichtungen und Organisationen, wie zum Beispiel die Aidshilfe Essen e.V., engagieren sich im Bereich HIV/STIs und Migration, insbesondere für betroffene Migrant*innen aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA) mit spezifischen Projekten und bemühen sich das Thema in die Communities zu bringen.

Ziel der Projektarbeit der Aidshilfe Essen e.V. ist die Gesundheitsförderung und HIV-Prävention von Migrant*innen, besonders aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA).

Durch die Regelangebote und -strukturen waren Migrant*innen aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA) trotz Bedarf nicht zu erreichen. Klar war, dass der Zugang nur im partizipativen Ansatz erfolgreich sein kann. Mehrere Keypersons mussten zur Partizipation motiviert und gewonnen werden.

Projektbeschreibung: In Zusammenarbeit mit Robert Koch Institut und Gesundheitsämtern vor Ort konnten wir im Rhein-Ruhr-Gebiet eine Studie zu sexueller Gesundheit mit Migrant*innen aus Sub-Sahara-Afrika (MiSSA-Studie) durchführen. 25 Peer Researcher aus den Communities wurden rekrutiert und zum Thema HIV/STIs geschult.

Ziele der Studie:

- Identifikation von Infektionsrisiken durch HIV, STIs bei in Deutschland lebenden MiSSA,
- Abschaffung der Inanspruchnahme der vorhandenen HIV-, STIs-Testangebote,
- Ermittlung der Präventionsbedürfnisse,
- Entwicklung praxisrelevanter Empfehlungen für kultursensible Interventionen.

Erfahrungen: Ergebnisse der Studie:

- Verschiedene afrikanische Communities wurden erreicht,
- Zugänge zu den Communities erleichtert,
- Wissenstransfer hat stattgefunden,
- Befragungen (face-to-face, telefonisch, und selbst ausgefüllt) zu Themen Sexualität, HIV und STIs wurden drei Monate lang durchgeführt und 697 Fragebögen waren am RKI eingegangen.

Die MiSSA-Studie vom RKI hat die Partizipation von Peer Researchers aus den Communities und die flächendeckende Verbreitung des Themas HIV/STIs in den Communities sowie die Erreichbarkeit mehrerer Zielgruppen ermöglicht.

Nachhaltig sind einige Peer Researcher aus der MiSSA-Studie in Präventions- und Beratungsarbeit vor Ort und landesweit eingebunden.

Die Aidshilfe Essen e.V. zum Beispiel bietet neben der strukturellen Prävention in den Communities und Beratung auch Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit an. Mittlerweile ist die Aidshilfe Essen e.V. für Migrant*innen und Flüchtlingen aus Essen und Umgebung als Anlaufstelle bekannt.

KS 66

Erfahrungen aus der sexualpädagogischen Medienarbeit mit jungen Migrantinnen

Witz C

Institut für Sexualpädagogik

In der sexualpädagogischen Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen finden sich äußerst diverse Sozialisations- und Bildungsbedingungen. Ihre Bedeutung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit sollen anhand ausgewählter Themen kurz beleuchtet werden.

KS 67

Erfahrungen und Angebote des Instituts für transkulturelle Medizin Bielefeld

Golsabahi-Broclawski S

Medizinisches Institut für transkulturelle Kompetenz

Sexualität ist ein Grundbedürfnis unabhängig vom Geschlecht, Alter, Religion und Nation. Der Mensch ist durch sein Scham- was auch immer Scham sei und wie auch immer Scham definiert wird im Wandel der Zeit und Kulturen-konfrontiert mit seiner Wertevorstellung. Die transkulturelle Herausforderung im Bereich der Sexualität zu begegnen und eine Differenzierung zwischen Physiologie und Pathologie frei von Urteilen zu treffen ist der Fokus des Vortrages.

KS 68

ZANZU – Erfahrungen mit einem interkulturellen Kommunikationsmedium zur sexuellen Gesundheit in Beratung und Unterricht

Winkelmann C

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Das multilinguale Portal Zanzu existiert seit 2016 in 13 Sprachen und deckt den Bereich der sexuellen Gesundheit und Rechte umfänglich ab.

Das Portal wurde gemeinsam mit der belgischen Nichtregierungsorganisation Sensoa entwickelt und von einem internationalen Beirat begleitet. Es richtet sich in erster Linie an Multiplikatoren, die mit Menschen, die noch nicht lange in Deutschland leben und daher die deutsche Sprache noch nicht beherrschen, arbeiten.

Seit 2016 wird Zanzu in vielen Kontexten verwendet, insbesondere in Beratungsstellen und in der ärztlichen Praxis. Eine erste Evaluation hat durch die BZgA 2017 stattgefunden, bei der im Fokus die konkrete Anwendung des Portals in verschiedenen Beratungskontexten stand. Der Beitrag stellt die Ergebnisse der Evaluation vor und geht hier auf den Nutzen des Portals ein sowie auf die Herausforderungen in der Beratungspraxis.

V 69

Pornographienutzung und deren Auswirkung auf Partnerschaften Jugendlicher und junger Erwachsener: Ansätze und Befunde empirischer Forschung

Lemke R

Institut für Publizistik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die empirische Sozialforschung beschäftigt sich schon seit geraumer Zeit mit der Frage nach Nutzungsweisen und Wirkungen von Pornographie. Im besonderen Fokus der Forschung stehen dabei Jugendliche und jugendliche Erwachsene, weil angenommen wird, dass ihnen die Darstellungen von Sexualität in Pornographie im Prozess ihrer sexuellen Sozialisation als Quelle für sexuelles Wissen bzw. für Vorstellungen über Sexualität dienen können. Einerseits können Mediendarstellungen von Sexualität bei Jugendlichen – im Sinne der Kultivierungshypothese – Vorstellungen davon kultivieren, welche Handlungsweisen im Rahmen von Sexualität üblich und welche unüblich, welche verpflichtend und welche tabu sind. Andererseits ist nicht ausgeschlossen, dass Mediendarstellungen sich auch auf das Verhalten Jugendlicher auswirken. Die empirischen Sozialwissenschaften kommen daher ihrer Aufgabe nach, durch gesicherte Erkenntnis auf Sorgen der Bevölkerung und Politik zu reagieren, gesellschaftliche Fehlentwicklungen zu erkennen und Impulse für politisches und pädagogisches Handeln zu geben. Allerdings sind die Ergebnisse der empirischen Pornographieforschung alles andere als eindeutig. Die Gründe dafür liegen vor allem in unterschiedlichen Stichprobenarten (klinische vs. nicht-klinische Samples), unterschiedlichen Fragestellungen (Definition von Pornographie, Messung von Nutzung und Wirkungen im Rahmen eines Fragebogens) und unterschiedlichen Forschungsdesigns (Befragung vs. Messung; Ex-post-facto-Vergleiche vs. Experimentaldesigns und Längsschnittstudien). In dem Vortrag wird zunächst auf die forschungsethischen und –praktischen Herausforderungen von Pornographieforschung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingegangen. Daran anschließend werden relevante Erkenntnisse zur Nutzung und Wirkung vorgestellt, die im Anschluss gemeinsam kritisch eingeordnet und hinsichtlich der sich ergebenden Handlungsempfehlungen diskutiert werden sollen. Der thematische Schwerpunkt liegt dabei auf den Interaktionen von Pornographienutzung und Liebespartnerschaften.

Zur Vertiefung:

Lemke, R. & Tornow, T. (2018). Darstellungen von Sexualität in den Massenmedien: Ansätze, Theorien und Befunde inhaltsanalytischer Forschung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 31, 27-43.

Lemke, R. & Weber, M. (2016). Was wir über die Wirkung von Pornographie wissen (und warum wir vieles nicht wissen). In A. Schmidt (Hrsg.), *Pornographie. Im Blickwinkel der feministischen Bewegungen, der Porn Studies, der Medienforschung und des Rechts. (Schriften zur Gleichstellung, Bd. 42)* (S. 87-122). Baden-Baden: Nomos.

Weber, M., & Lemke, R. (2016). Der Pornostar als Vorbild? Aufwachsen im Zeitalter digitaler Pornografie. In D. Schulze & A. Stiebritz (Hrsg.), *Kulturen der Pornografie: Annäherungen an ein Massenphänomen* (S. 103-118). Trier: WVT.

V 70

Digitale Aufklärung: Dr. Google, wie funktioniert Sex?

Weiß K

Journalistin und Autorin, Berlin

Anonym, kostenlos, vielgestaltig: Dass sich fast alle Jugendlichen heutzutage zuerst ins Internet gehen, wenn sie Fragen zum Thema Sexualität und Körper haben, ist wenig verwunderlich. Schließlich diskutieren auch Erwachsene unter Pseudonymen in Internetformen schamlos über die Dinge, über die sich im Kollegen- oder Freundeskreis nur ungerne sprechen lässt.

Da Jugendliche aber eine besonders wissbegierige und loyale Zielgruppe sind wenn es um Liebe, Sex und Zärtlichkeit geht, haben Aufklärungsblogger – sogenannte Sex-Educator – schnell eine große

Fangruppe, die ihnen folgt und nach Interaktionsmöglichkeiten sucht. In meinem Vortrag möchte ich einen Überblick über die bekanntesten (nationalen und internationalen) Influencer im Aufklärungsbereich schaffen und ihre Arbeit erklären. Beispiele hierfür sind der Kanal „Auf Klo“ von Funk, das Projekt „61 Minuten Sex“, die amerikanische Youtuberin Laci Green, die humoristische Lindsey Doe (von Sexplanations), Trans-Aktivist_in Jackson Bird und viele weitere.

Dabei erkläre ich, wie sich Jugendliche und junge Erwachsene über „sexuelle Risiken“ (wie Verhütung und sexuell übertragbare Infektionen) informieren und auf welche Weise die Sex-Educator die Fragen ihrer Fans beantworten: Einige nehmen eine Art Schwesternrolle ein und stellen in Sozialen Medien viel Nähe zu ihren Followern her. Andere bedienen eine eher politisch-aktivistische Seite und klären zum Beispiel aus einer feministischen Perspektive heraus auf. Wieder andere nutzen Humor, um ihre Inhalte leicht verdaulich zu präsentieren.

Zudem zeige ich auf, welche Debatten gerade die Szene bewegen und welche Argumente wichtig sind. Falls gewünscht gehe ich auch gerne auf neuere Gesundheits-Produkte ein, die durch ein hippestes Styling vor allem jüngere Menschen, meistens Frauen, ansprechen sollen. Ein Beispiel hierfür sind die Werbeanzeigen von Thinx, die mit „period-proofunderwear“ quasi Tampons und Binden abschaffen wollen oder die Kondomfactory Einhorn, welche die Präservative im „veganen Design-Schlafröck“ anpreisen und Fairness und Nachhaltigkeit mit Freizügigkeit verbinden.

V 71

Sexualität im Internet gefährdet psychisch Kranke

Büsching U

Kinder- und Jugendarzt, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Bielefeld

Die digitale Revolution ist vor allem deshalb relevant, weil sie einen radikalen Umbruch in der Art der Kommunikation zwischen Menschen mit sich brachte. Seit Jahren wird eine intensive Diskussion darüber geführt, wie sich die Digitalisierung auf das Leben des Einzelnen auswirkt. Neben unzählige Chancen, birgt das Internet viele Gefahren für die Sicherheit und die Gesundheit.

Heute muss man nicht mehr zwangsläufig das Haus verlassen, um mit Menschen in Kontakt zu treten. In den meisten Fällen handelt es sich bei Kontakten in sozialen Netzwerken um bruchstückhafte bis belanglose Informationen, die „Internetfreunde“ sind keine stabile zwischenmenschliche Beziehung! Vor allem Jugendliche sind daher gefährdet, in eine soziale Ersatzwelt zu fallen, der jeglicher direkter (face to face) zwischenmenschlicher Kontakt abhandengekommen ist. Dies wirkt sich sowohl auf die soziale Kompetenz als auch auf das psychische Befinden aus und kann wohlmöglich psychiatrische Erkrankungen verschlechtern.

AV 72

Verbesserung der HIV-Therapietreue durch die Mobiltelefonentechnologie

Schneider A

Life4me.plus to fight AIDS, Hepatitis C and Tuberculosis, Lenzburg, Schweiz

Hintergrund: Die Einhaltung der Behandlung sowie die kontinuierliche Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkräften spielen eine wichtige Rolle bei der erfolgreichen HIV-Therapie. Heutzutage ist es möglich, dies mit Hilfe der Smartphone-Technologie zu erreichen. Life4me+, eine Handy-App, hilft die Kommunikation zwischen Ärzten und HIV-positiven Menschen herzustellen. Sie ermöglicht dem Patienten seine Medikamentenpläne bequem zu organisieren indem private und personalisierte Erinnerungen gesetzt werden. Die folgende Studie zeigte, dass die Adhärenz mit der Life4me+ Handy-App erhöht werden kann.

Methoden: Die Life4me+ App enthält eine Erinnerungsfunktion für Medikamenteneinnahme. Die Erinnerung wird nach dem Zufallsprinzip im Definitionsintervall ausgelöst und der Benutzer kann mit

"Ja" antworten (ich nahm Medikamente ein), "Nein" (ich nahm keine Medikamente) oder diese Erinnerung ignorieren. Die Antworten von 100 Benutzern von Life4me+ wurden nach 1 und 3 Monaten der Anwendung analysiert, um einen Hinweis auf die Einhaltung zu erhalten. Parallel dazu wurde eine Umfrage unter den Nutzern durchgeführt, in der gefragt wurde: "Glauben Sie, dass Ihre Einhaltung von Medikamenteneinnahme mit Hilfe der App verbessert wurde?"

Ergebnisse: Während des ersten Monats vergaßen die Benutzer 90 Mal zu antworten und 14 Mal nahmen sie keine Medikamente ein. Im dritten Monat vergaßen die Benutzer 42 Mal auf die Erinnerung zu antworten und 5 Mal nahmen sie keine Medikamente ein. Die rechnerische Verbesserung der Einhaltung um den dritten Monat betrug somit 54,8%. Die Umfrage wurde von 73% der Nutzer beantwortet; 32% von ihnen gaben an, dass die Einhaltung verbessert wurde.

Schlussfolgerungen: Nicht alle Benutzer waren bereits zu Beginn der Studie mit der Technologie für mobile Apps und der Reaktion auf Erinnerungen vertraut. Dies ist wahrscheinlich der Grund für die massive Verbesserung der Einhaltung der Aufzeichnungen in den ersten drei Monaten. Die Umfrage liefert genauere Daten über die Verbesserung der Einhaltung. Daraus kann geschlossen werden, dass die Einhaltung der HIV-Behandlung durch Technologien wie die mobile App Life4me+ gesteigert werden kann. Elektronische Systeme disziplinieren die Benutzer, das Medikament rechtzeitig einzunehmen.

AV 73

Datenlage zur Epidemiologie, Krankheitslast und Versorgung von Hepatitis B, D und C in Deutschland

Leendertz S^{1,2}, Steffen G¹, Sarma N¹, Beermann S^{1,2}, Thamm R^{1,2}, Bremer V¹, Zimmermann R¹, Dudareva S¹

¹Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

²Translationale Epidemiologie, Deutsches Zentrum für Infektionsforschung, Deutschland

Hintergrund:

Hepatitis B und C gehören zu den häufigsten Infektionen weltweit und können durch ihren chronischen Verlauf schwere Folgeschäden wie Leberzirrhose und Leberzellkarzinom nach sich ziehen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO fordert die weltweite Eliminierung von Virushepatitis bis 2030. Die epidemiologische Datenlage dieser Infektionen ist für Deutschland unklar. Um die Datenlücken, Forschungsbedarfe und Versorgungsdefizite zu identifizieren, wurde ein systematisches Review durchgeführt. Besondere Beachtung fanden dabei für beide Infektionen vulnerable Bevölkerungsgruppen.

Methoden: Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden zwischen Januar 2005 und März 2017 im Volltext publizierte englisch- und deutschsprachige Studien und Daten in den Literaturdatenbanken Embase, PubMed, Europe PMC, Scopus, Base Bielefeld und CC Med gesucht und durch zwei unabhängige Personen begutachtet. Zuerst wurden die Publikationen hinsichtlich Titel und Abstract auf möglichen Einschluss geprüft, in einem 2. Schritt auf der Ebene des Volltextes. Studien, die sich auf Deutschland beziehen und Informationen zu *Burden of Disease* (Prävalenz, Inzidenz, Übertragungswege, Verteilung der Genotypen, Ko-Infektionen mit anderen Hepatitis-Viren oder mit HIV, Lebensqualität und Folgen - akutes Leberversagen, Leberzirrhose, Hepatozelluläres Karzinom und Tod) oder Management (Impfung, Anzahl von Diagnosen, Therapien, Heilungen und Reinfektionen) enthalten, wurden extrahiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Von 99 eingeschlossenen Publikationen beinhalteten 80 für das Review relevante Inhalte zu HBV, 11 zu HDV und 60 zu HCV. Insgesamt wurden Informationen zu 303 Outcomes extrahiert.

Es wurden 39 bzw. 32 Outcomes zu HBV- und HCV-Prävalenz und 47 Outcomes zu HBV-Impfquoten in der Allgemeinbevölkerung Erwachsene (HBs-Ag-Prävalenz 0,3%; Anti-HCV-Prävalenz 0,2%-0,3%; HBV-Impfquote: 22,9%-32,9%), Allgemeinbevölkerung Kinder (0,2%; - ; 65,5%-91,0%), Klinische Populationen Erwachsene (0,2%-3,4%; 0,9%-3,6%; -), Gesundheitspersonal (0,4%; 0,0%; 63,6%-94,0%), Migrant*innen (2,3%-3,6%; 0,4%-2,3%; -), Therapienaive HIV-positive (4,5%; 10,6%; 11,5%),

MSM (1,7%; 8,2%; 47,5%-59,8%), Substituierte (1,3%; 68,0%; 19,0-49,0%), Drogengebraucher*innen (0,3%-2,5%; 42,3%-75,0%; 15,0%-52,0%) und anderen betroffenen Bevölkerungsgruppen extrahiert. Es wurde keine Evidenz zur Prävalenz und zu Impfquoten von Inhaftierten, Sexarbeiter*innen, Personen mit häufig wechselndem Sexualkontakt, Personen mit medizinischen Eingriffen und Personen mit Tätowierungen und Piercings gefunden. Weitere Daten werden aktuell detailliert ausgewertet.

Schlussfolgerungen: Durch das systematische Review konnten wir einen umfassenden evidenzbasierten Überblick über die aktuelle epidemiologische Lage der Virushepatitis in Deutschland erstellen sowie die Evidenzlücken für weiteren Forschungsbedarf identifizieren. Vor allem für die vulnerablen Gruppen Inhaftierte und Sexarbeiter*innen sollte zukünftig Evidenz zu Krankheitslast und Impfquoten generiert werden.

Der erstellte Überblick wird als Basis für die Überwachung der Eliminierungsziele der WHO und Deutschland für die Virushepatitis dienen.

V 74

Leitliniengerechte Behandlung genitaler Warzen

Gross G

Emeritiert, Professor für Dermatologie und Venerologie, Universität Rostock

V 75

HPV-induzierte Karzinogenese – Jenseits der Schleimhäute

Akgül B

Institut für Virologie, Universität zu Köln

Humane Papillomviren (HPV) sind kleine epitheliotrope DNA Viren, die in fünf Genera unterteilt werden. HPV-Typen des Genus Alphapapillomavirus (alphaHPV) werden in hoch- und niedrig-risiko Typen unterteilt. Erstere findet man in anogenitalen Karzinomen sowie in deren Vorstufen und in Oropharynxkarzinomen. Jedoch verursachen HPV nicht nur mukosale Tumore, sondern auch Plattenepithelkarzinome (PEK) der verhornenden Haut. Diese werden durch HPV des Genus Betapapillomavirus (betaHPV) induziert.

BetaHPV sind in der Allgemeinbevölkerung sehr weit verbreitet und besiedeln die menschliche Haut schon in den ersten Wochen nach der Geburt. BetaHPV werden durch das Immunsystem effizient in Schach gehalten, sodass die Virusvermehrung auf sehr niedrigem Niveau zu keinen klinischen Bildern führt. Bei Organtransplantierten jedoch, führt die iatrogene Immunsuppression zu einer gesteigerten Virusreplikation. Diese Patienten erkranken auch sehr viel häufiger am PEK als die gesunde Allgemeinbevölkerung. Interessanterweise unterscheiden sich die onkogenen Mechanismen der betaHPV von denen der hoch-risiko alphaHPV.

Es werden Ergebnisse vorgestellt, die in Zellkultur, organotypischen Hautkulturen und transgenen Mäusen die onkogenen Mechanismen der betaHPV belegen.

V 76

Molecular Typing of *Neisseria gonorrhoeae* Strains in Germany (2014 -2016) by *Neisseria gonorrhoeae* Multiantigen Sequence Typing (NG-MAST)

Banhart S¹, Buder S², Pilz T¹, Dudareva S³, Taminga T³, Guhl E², Graeber I², Bremer V³, Kohl PK², Jansen K³, Heuer D¹

¹ Unit 'Sexually Transmitted Bacterial Infections', Robert Koch Institute, Berlin, Germany

² German Reference Laboratory for Gonococci, Department of Dermatology and Venerology, Vivantes Hospital Berlin, Germany

³ Department for Infectious Disease Epidemiology, Robert Koch Institute, Berlin, Germany

Introduction: Worldwide, an increase in antimicrobial resistance (AMR) of *Neisseria gonorrhoeae* (Ngo) is observed threatening treatment and control of gonorrhoea. In Germany, Ngo infections are not reportable. The Gonococcal Resistance Network (GORENET) is a surveillance protocol to monitor trends in the antimicrobial susceptibility of Ngo in Germany and link this to epidemiological data and NG multiantigen sequence typing (NG-MAST) data to guide treatment algorithms and target future prevention strategies.

Goals: Monitor prevalence and trends of gonococcal sequencetypes in Germany (2014 to 2016) and analyse associations to AMR.

Materials and Methods: Between April 2014 and December 2016, 1069 Ngo were collected in the frame of GORENET. AMR was determined by E-test and 320 of the seisolates were typed by NG-MAST (Martin et al., 2004). Briefly, DNA was extracted and fragments of *porB* and *tbpB* were amplified by PCR. Fragments were purified and sequenced by Sanger sequencing. Sequencetypes (ST) were evaluated using the global database www.ng-mast.net. Genogroups were assigned as STs which shared one allele and exhibited >99 % homogeneity in the other allele.

Results: 320 isolates were typed (106 in 2014; 96 in 2015 and 120 in 2016). We detected 100 different STs from 200 isolates in 2014/15 and 77 different STs including 18 new STs in 2016. The most prevalent STs in 2014/15, were ST1407 (n=16), ST2992 (n=13) and ST2400 (n=8). In 2016, ST5441 (n=9) and ST387 (n=8) were the most prevalent STs. The genogroup G1407 decreased from 27 to 5. Furthermore, numbers of resistant isolates decreased.

Summary: The Ngo population in Germany appears highly diverse. In 2014/15, G1407 was most predominant in Germany. These STs have been associated with cefixime resistance. In 2016, prevalence of G1407 decreased and less resistance to cefixime was detected. Interestingly, prevalence of ST5541 and ST387 increased in 2016 suggesting that clonal replacement could contribute to the observed decrease in cefiximeresistance. To verify these results, increasing numbers of isolates should be tested.

References: Martin IM, Ison CA, Aanensen DM, Fenton KA, Spratt BG. 2004. Rapidsequence-based identification of gonococcal transmission clusters in a large metropolitanarea. *J. Infect. Dis.* 189:1497–1505.

V 77

Neue Therapieoptionen bei Gonokokken-Infektionen

Buder S¹, Jansen K², Kohl PK¹

¹ Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland

² HIV/ AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Keywords: Antibiotikaresistenz; Gonorrhoe; Multiresistenz; sexuell übertragbare Infektion

Hintergrund: Die dramatische Resistenzentwicklung bei *N. gonorrhoeae* ist ein globales Problem bei der Behandlung und Kontrolle der Gonorrhoe. Derzeit zeigt sich weltweit eine besorgniserregende Entwicklung, so dass man der Gefahr eines potentiell kaum therapierbaren, hochresistenten Erregers gegenübersteht. Neue Therapieoptionen sind notwendig, um sich dieser Situation zu stellen.

Methoden: Abgeleitet aus den internationalen, aktuellen Resistenz-Surveillance-Daten werden mögliche neue Therapieansätze vorgestellt. Neben älteren Antibiotikaregimen und Reserveantibiotika, sollen neue Derivate bekannter Antibiotika gewürdigt und neue Substanzklassen vorgestellt werden.

Ergebnisse: Ceftriaxon ist derzeit das letzte verbliebene, effektive Therapeutikum bei der Behandlung der Gonorrhoe. Momentan zeichnet sich für Azithromycin eine beunruhigende Resistenzentwicklung ab, so dass die duale Therapie gefährdet ist. Daten zu älteren Substanzen, wie Gentamycin und Spectinomycin werden ausgewertet. Mehrere aktuelle Studien befassen sich mit neuen

Therapiemöglichkeiten, darunter dem Ketolid Solithromycin, verschiedenen Fluorchinolonderivaten wie Delafloxacin, aber auch neuen Substanzklassen, wie den Topoisomeraseinhibitoren Zoliflodazin und Gepotidacin. Neue Ansätze in der Impfstoffentwicklung und alternative Studienprotokolle werden vorgestellt.

Zusammenfassung: Die Resistenzsituation bei *N. gonorrhoeae* erfordert neue Wege der Therapie, da die therapeutischen Optionen dramatisch begrenzt sind. Neue Ansätze der Behandlung werden vorgestellt und kritisch diskutiert.

V 78

Zusammenfassung des Leopoldina-Symposiums

Fabri M

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Uniklinik Köln

Vor fast einem Vierteljahrhundert wurde von Polly Matziger und Kollegen der bis dahin klassischen Theorie, dass das Immunsystem zwischen „selbst“ und „nicht-selbst/fremd“ unterscheidet, die *Danger Theory* gegenübergestellt. Ihre für die Wissenschaft revolutionären, aber durchaus nicht unumstrittenen Thesen beinhalten, dass das Immunsystem vielmehr zwischen „gefährlich“ und „harmlos“ differenziert. Seitdem haben sich neue Dimensionen unseres immunologischen Denkens eröffnet. Wir gehen heute davon aus, dass Immunzellen mit zahlreichen Rezeptoren ausgestattet sind, die eine Vielzahl von Gefahrensignalen, den sogenannten *Danger-associated molecular patterns* (DAMP), erkennen. DAMPs sind Bestandteile verschiedenster Moleküle (Proteine, DNA, RNA, Salze, etc.) die körpereigenen Ursprungs oder Pathogen-assoziiert sein können. Die Erkennung von DAMPs durch entsprechende Rezeptoren auf der Zelloberfläche oder auch durch intrazelluläre Rezeptoren ist auf der einen Seite eminent wichtig für die Aktivierung und Steuerung einer schützenden Immunantwort bei Gewebsschäden und Infektionen. Eine Fehlsteuerung dieser Prozesse auf der anderen Seite hat schwerwiegende gesundheitliche Folgen und spielt bei vielen entzündlichen Erkrankungen eine bedeutsame Rolle. Das Leopoldina-Symposium findet am Mittwoch (6.6.2018) ab 13.00 Uhr statt und wird sich mit den zentralen Aspekten dieses spannenden und hoch relevanten Forschungsfeldes beschäftigen. In der Zusammenfassung werden die Highlights des Symposiums noch einmal zusammengefasst.

Poster zum 63. Deutschen STI-Kongress 2018

06.-09. Juli 2018, Bochum, im Stadtpark

63. Deutscher STI-Kongress

STI AUF DER SPUR: VORBEUGEN, ERKENNEN, BEHANDELN

Zertifiziert durch:
Ärztammer Westfalen-Lippe **12 Punkte Kat. B**
Workshops jeweils **3 Punkte Kat. C**
Akademie für Infektionsmedizin e.V. **16 iCME Punkte**
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.



06.-09. Juni 2018
im Stadtpark Bochum



Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit

ADI-TD Arbeitsgemeinschaft für
Dermatologische Infektionen und Tropenkrankheiten
der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

Übersicht

- P1 Denecke A, Tunc K, Luyten A, Iftner A, Iftner T, Petry K: Die HPV-Impfung führt zum Verschwinden von Genitalwarzen bei jungen Frauen
- P2 Meštrović T, Kozina G, Neuberg M, Profozić Z: Suboptimal knowledge and awareness of human papillomavirus (HPV) infection among Croatian men attending sexually transmitted infection outpatient clinic
- P3 Lange U: Hebammen in der Versorgung HIV-positiver Frauen – Netzwerke zur Minderung von Zugangsbarrieren
- P4 Werner RN, Gaskins M, Ahrens J, Jessen H, Kutscha F, Moszden R, Sander D, Schellberg S, Schwabe K, Wünsche T, Dressler C, Nast A: Motivationen zur Einnahme der HIV Präexpositionsprophylaxe unter Männern, die Sex mit Männern haben – Ergebnisse einer multizentrischen Fragebogenstudie in Berlin
- P5 Appenroth MN: Trans*männer & Sexarbeit: Zwischen Risiko und Empowerment
- P6 Spöckner J: Auswirkungen von Crystal Meth auf die HIV- und Hepatitis C-Prävention bei MSM im Großraum München
- P7 Walter G, Claas J: Umsetzung der gesundheitlichen Beratung nach §10 ProstSchG in Hamburg
- P8 Bone S, Mokany E, Tas K, O'Donoghue M and Sunderland S: Implementierung von Mycoplasma genitalium Resistenztest in die Labordiagnostik
- P9 Gabor Dobos G, Oswald W, Behrens M: Prävalenz von asymptomatischen Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen in der Gruppe der MSM: Ergebnisse aus einem qualifizierten und niedrighschwelligem Checkpoint
- P10 Köster C, Karder K: Projekt "Freiwillige HPV- Schulimpfung"
- P11 Gillich J, Clement-Wachter, Langanke H, Piecha A, Sonnenberg-Schwan U: SHE – Strong, HIV-positive, Empowered Women – Das Selbsthilfe-Projekt für Frauen
- P12 Blöckl N, Ruzicic S, Jessen A, Jessen H: Mycoplasma genitalium: Prävalenz, Koinfektionen und Therapieerfolgsquote nach Erstlinienbehandlung in einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin.
- P13 Gängel H, Ruzicic S, Jessen A, Jessen H: Gehäuftes Auftreten anorektaler Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* Serovar L bei Patienten einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin: 2012-2017
- P14 Skaletz-Rorowski A, Potthoff A, Wach J, Kayser A, Kasper A, Brockmeyer NH: Die PreYoungGo Studie: Sexuell übertragbare Infektionen und Sexualverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Ruhrgebiet
- P15 Schlüter C, Kayser A, Kasper A, Matthes M, Potthoff A, Skaletz-Rorowski A, Brockmeyer NH: STI-Präventionskonzept des Walk In Ruhr - Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum

Abstracts zu der Posterausstellung

P1

Die HPV-Impfung führt zum Verschwinden von Genitalwarzen bei jungen Frauen

Denecke A¹, Tunc K², Luyten A³, Iftner A², Iftner T², Petry K¹

¹Klinikum Wolfsburg

²Abteilung für Epidemiologie, Helmholtz Institut, Braunschweig

³MVZ Kiel

Hintergrund: HPV ist die häufigste sexual übertragene Infektion weltweit. Die Immunisierung gegen HPV (darunter auch Typen 6 /11) führt zu einer dauerhaft erworbenen Immunität gegen Condylomata acuminata. Dieser Schutz erstreckt sich auch auf das nicht immunisiertes Kollektiv in der gleichen Population durch einen Kohortenschutz. Die benötigte Durchimpfungsrate für einen jeweiligen Populationsschutz ist von der Infektiosität des Erregers abhängig. Wieviel Prozent der Population gegen HPV geimpft werden muss, um die weitere Übertragung der Condylomata in der Population zu verhindern, ist momentan noch ungewiss.

Patienten/Methoden: Im Rahmen von WOLVES (Wolfsburg HPV epidemiological study) wurden Frauen, welche 1983/84, 1988/89 und 1993 bis 1994 geboren wurden und in Wolfsburg gemeldet waren zwischen 2009 und 2015 eingeschlossen. Die Patientinnen wurden jährlich untersucht. Für die HPV Bestimmung verwendeten wir den HC2-Test. Die Genotypisierung aller HPV positiven und 10% der HPV negativen Patientinnen erfolgte mittels PCR (SPF-10, LiPA).

Ergebnisse: Im Rahmen von WOLVES wurden zwischen Oktober 2009 und Januar 2016, 2229 Frauen untersucht. Die HPV-Immunisierungsrate der 26-27-jährigen Frauen stieg in dieser Zeit in Wolfsburg von 6,1 % in 2010 auf 18,4% in 2016 an. Die Impfrate der unter 22-jährigen hat sich im gleichen Zeitraum von 23,7% auf 48,2% mehr als verdoppelt. Parallel sank kontinuierlich das Lebensrisiko für Condylomata in der Population der 27-jährigen von 4,7% in 2010 auf 2,5% in 2015. Das Lebenszeitrisiko für das Auftreten der Condylomen bei sehr jungen Frauen (unter 22 Jahre) sank im gleichen Zeitraum von 1,8 auf 0,4%. Im Jahr 2017 sind in dieser Population keine Genitalwarzen mehr aufgetreten.

Schlussfolgerung: Wir beobachten in Wolfsburg einen deutlichen Rückgang der durch HPV bedingten Condylomata accuminata. Das wird auch durch die Daten der WOLVES Studie bestätigt. Die sinkende Inzidenz der Condylomata accuminata beweist einen wirksamen Kohortenschutz bereits bei geringer Durchimpfungsrate.

P2

Suboptimal knowledge and awareness of human papillomavirus (HPV) infection among Croatian men attending sexually transmitted infection outpatient clinic

Meštrović T, Kozina G, Neuberger M, Profožić Z

Background: Human papillomavirus (HPV) represents one of the most commonly diagnosed sexually transmitted infections (STI) in the world. Although there has been a surge of interest in HPV knowledge and awareness, most of the available literature focuses on women; conversely, studies in men are scarce, and those that exist show lower knowledge on HPV-related topics in comparison to women. This study aimed to determine level and correlates of adequate HPV knowledge among men from the capital of Croatia.

Methods: A cross-sectional study of 132 men that accompanied their female partners for HPV testing was conducted at an STI clinic located in Zagreb, Croatia. A previously described 15-item scale testing HPV knowledge was used, and satisfied knowledge base was defined as achieving at least 70% of

correct responses. Chi-square tests were employed to identify relationship between behavioural and demographic characteristics, as well as self-reported STIs with the level of HPV knowledge. Variables with statistical significance were appraised by means of logistic regression models.

Results: Adequate HPV knowledge was exhibited by 38.64% (51/132) of men included in the study. Although all of them were aware that HPV was an STI, only 47.73% knew that the virus can be transmitted by skin-to-skin contact, and 39.39% knew that some HPV types can disappear without treatment. Regarding the long-term consequences, although 80.3% of men knew that HPV can cause cervical cancer, only 45.45% and 22.72% of them were aware that it can cause penile and oral cancer, respectively. Only one factor was significantly associated with adequate HPV knowledge in age-adjusted models, and that was self-reported history of genital warts ($p < 0.01$).

Conclusions: Knowledge and awareness of HPV infection was suboptimal in Croatian men included in this study. Hence adequate interventions aimed to increase awareness and knowledge in men should be implemented as a way to curtail the spread of HPV and to promote preventive practices.

P3

Hebammen in der Versorgung HIV-positiver Frauen – Netzwerke zur Minderung von Zugangsbarrieren

Lange U

HSG Bochum – Studienbereich Hebammenwissenschaft, Bochum

Hintergrund: In Deutschland können Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Säuglingszeit auf ein breites Angebot an Hebammenleistungen zurückgreifen. Die Arbeit der Hebamme erstreckt sich dabei auf medizinische und psychosoziale Aspekte. Mögliche anamnestische Risiken und die psychosoziale Situation der einzelnen Frau beeinflussen den inhaltlichen Schwerpunkt des jeweiligen Kontakts, nicht aber die grundsätzliche Möglichkeit der Inanspruchnahme für alle Frauen und die Bedingungen für eine Kostenübernahme.

Als einzige Profession im Gesundheitswesen sind Hebammen neben der Klinik auch weitgehend im häuslichen Umfeld der Frau tätig. Da HIV positive Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplexe Herausforderungen zu bewältigen haben, profitieren sie in besonderem Maße von einer lebensweltlich orientierten Hebammenbetreuung. Trotzdem nutzen sie gesundheitsfördernde Angebote wie die von Hebammen seltener und sehen sich erschwerten Zugängen gegenüber. Wie auch andere medizinisch intensiv betreute Schwangere erfahren Zugangsbarrieren zu präventiven Angeboten wie der Geburtsvorbereitung, die für andere Frauen selbstverständlich sind und von denen sie nachweislich profitieren würden.

Ziele: Ausgehend von der These, dass eine Hebammenbetreuung die Wahrscheinlichkeit eines gelungenen Übergangs in die Elternschaft erleichtert, ist es ein Ziel des Konzepts, HIV positiven Frauen den Zugang zu dieser Betreuung zu ermöglichen. Auf Seiten der Hebammen und anderer Gesundheitsfachberufe sollen Vorurteile gegenüber HIV positiven Menschen abgebaut und die allgemeine Auseinandersetzung mit sexuell übertragbaren Erkrankungen gefördert werden.

Projektbeschreibung: Seit dem Jahr 2000 wird die Kommunikation zwischen Kliniken, Pflegenden, AIDS-Beratungsstellen und Hebammen in NRW ausgebaut. Ausgehend von der AIDS Beratungsstelle Wuppertal und dem ansässigen Hebammenverband wurde ein Konzept erarbeitet, um Hebammenleistungen in der Beratungsstelle bekannter zu machen. Dieses wurde nachfolgend auf interessierte Beratungsstellen und Hebammen anderer Städte und Kommunen in NRW ausgeweitet.

Jede der AIDS-Beratungsstellen strebt an, einen festen Stamm an Hebammen vermitteln zu können, die sich mit dem Thema HIV und Schwangerschaft auseinandergesetzt haben. Darüber hinaus wird die Fortbildung wichtiger Akteure im Gesundheitswesen, wie auch den Pflegenden auf den Wöchnerinnenstationen und den Auszubildenden, gefördert und regelmäßig wiederholt.

Erfahrungen: In einigen Städten können nahezu alle HIV positiven Frauen in der Zeit rund um die Geburt an Hebammen vermittelt werden. Das Wissen um das Thema HIV und Schwangerschaft konnte in der Gruppe der Hebammen und Pflegenden gefestigt werden.

P4

Motivationen zur Einnahme der HIV Präexpositionsprophylaxe unter Männern, die Sex mit Männern haben – Ergebnisse einer multizentrischen Fragebogenstudie in Berlin

Werner RN¹, Gaskins M¹, Ahrens J², Jessen H³, Kutscha F⁴, Moszden R⁵, Sander D⁶, Schellberg S⁷, Schwabe K⁴, Wünsche T⁸, Dressler C¹, Nast A¹

¹ Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Division of Evidence Based Medicine in Dermatology (dEBM)

² Berliner AIDS-Hilfe e.V.

³ Praxis Jessen² + Kollegen Berlin

⁴ Schwulenberatung Berlin gGmbH

⁵ Fixpunkt Berlin e.V.

⁶ Deutsche AIDS-Hilfe

⁷ Novopraxis Berlin GbR

⁸ Praxis Wünsche Berlin

Hintergrund/ Fragestellung: Die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wird in Deutschland zunehmend von Patienten angefragt. Es liegen wenige Daten zur Motivation für den Wunsch bzw. die tatsächliche Einnahme von PrEP vor. Ziel dieser multizentrischen Fragebogenstudie ist es, Einstellungen zur PrEP unter MSM in Berlin zu untersuchen.

Methoden: Die Methoden der vorliegenden Querschnittsstudie unter MSM ≥ 18 Jahre, deren HIV-Status zum Zeitpunkt der Teilnahme negativ oder unbekannt war, wurden in einem anderen Abstract beschrieben [AV41]. Zusätzlich zu den beschriebenen Multiple-Choice-Fragen enthielt der Fragebogen eine offene Frage: „Wenn Du überlegst, PrEP zu nehmen oder sie schon nimmst, was ist Deine Hauptmotivation dafür?“ Es wurden keine spezifischen Variablen vorgegeben; verschiedene Dimensionen nach Vorgabe der Teilnehmer wurden erfasst. Die meist sehr kurzen Antworten wurden entlang einzelner Sinneinheiten in Analyseeinheiten zerlegt. Zur Entwicklung der Kategorien wurden zwei Ansätze gewählt, die von zwei Auswertern unabhängig voneinander durchgeführt wurden: 1.) aus der Literatur wurden a priori Kategorien deduktiv hergeleitet; 2.) aus der Auswertung von 75 zufällig ausgewählten Antworten wurden Kategorien induktiv herausgearbeitet. Die in beiden Ansätzen entwickelten Kategorien wurden diskutiert und ein konsensuelles Kategoriensystem erstellt. Die anschließende Kodierung und summative Auswertung der Ergebnisse erfolgte unabhängig durch zwei Auswerter.

Ergebnisse: Von den 473 ausgefüllten Fragebögen enthielten 259 eine Antwort auf die Frage nach der Motivation. Die beiden unabhängigen Kodierungen zeigten ein hohes Maß an Übereinstimmung (Cohen's Kappa=.837). Die folgenden Kategorien wurden von mindestens 5% der Teilnehmer genannt:

- Sicherheit/ Schutz vor HIV-Infektion
 - Sicherheit/ Schutz vor HIV-Infektion (allgemein): 41.7%
 - PrEP als ‚zusätzlicher‘ Schutz: 15.1%
 - Selbst-attribuiertes HIV-Risiko: 7.3%
 - PrEP als Schutz bei kondomlosem Sex: 5.8%
- Einstellungen zur Kondomnutzung
 - Wunsch/ Intention, kondomlosen Sex zu praktizieren: 17.8%
- Erwartungen an Sexualität
 - Angst- bzw. Sorgen-freier Sex: 8.9%
 - Genussvollerer Sex (ohne Kondom): 6.2%
- Persönliches Wohlergehen und Gesundheit

- Reduktion von Angst oder Sorgen, sich mit HIV zu infizieren: 7.7%
- Wunsch, die Lebensqualität und/oder persönliche bzw. sexuelle Freiheit zu erhöhen: 7.3%

Weniger häufig genannte Kategorien umfassten: Schutz vor HIV während Episoden erhöhten Risikos (z.B. Alkoholkonsum, Urlaub); Autonomie und Selbstbestimmung; Schutz der Sexpartner und/oder Beziehung; Reduktion von schlechtem Gewissen; Probleme beim Kondomgebrauch; kondomloser Sex als zunehmende soziale Norm; Wunsch, HIV zu eradizieren.

Schlussfolgerungen: Die Angaben zur Hauptmotivation zur Einnahme von PrEP verweisen auf unterschiedliche Bereiche der körperlichen und geistigen Gesundheit, der HIV-Prävention, der Wahrnehmung und Erwartungen an Sexualität und umfassen emotionale, soziale und praktische Aspekte. Die Ergebnisse können die zielgerichtete Gestaltung von Informationskampagnen und der PrEP-Implementierung unterstützen.

P5

Trans*männer & Sexarbeit: Zwischen Risiko und Empowerment

Appenroth MN

Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund & Fragestellung: Auch wenn in den vergangenen zehn Jahren die Inklusion von trans*Themen und Fragestellungen in der Sozial- und Medizinforschung zugenommen hat, ist dennoch wenig über Personen bekannt, die sich nicht mit ihrem Geburtsgeschlecht identifizieren. Wo trans*inklusive HIV/AIDS-Forschung stattfand, bezog diese sich meist auf trans*weibliche Personen. Ein ähnliches Bild zeigen Fragestellungen rund um das Thema Sexarbeit. Trans*männliche und nicht-binäre Identitäten blieben in beiden Diskussion meist unberücksichtigt. Dieses Projekt fokussiert trans*männliche und FAAB1 nicht-binäre Identitäten in der Sexarbeit und deren Risiko einer Infektion mit STIs. Es geht um Fragen der Selbstidentifikation, Motivation zur Sexarbeit und welche Vorteile, aber auch welche Risiken von der Community selbst benannt werden. Die Ergebnisse dienen als Grundlage, die Sichtbarkeit und Inklusion in Forschung und Politik dieser bestimmten Gruppe zu erhöhen.

Methoden: Diese Arbeit basiert auf einer Literaturanalyse und einer deskriptiven Analyse einer Onlineumfrage, gerichtet an trans*männliche und FAAB nicht-binäre Sexarbeiter*, die von Dezember 2017 bis April 2018 geführt wird.

Ergebnisse: Wie Forschungsprojekte in den USA hervorbrachten, sind trans*Personen, trotz überdurchschnittlich guter schulischer/akademischer Bildung, vermehrt in geringen Einkommenschichten und Armutsverhältnissen zu finden. Zudem zeigt sich, dass trans*Personen häufiger Sexarbeit nachgehen. Fast jede_r fünfte Teilnehmer_in der US--Transgender Survey (n=27.715) hatte bereits Sex für Geld, Unterkunft und/oder Nahrungsmittel. Die Wahrscheinlichkeit mit HIV infiziert zu sein war für jene Teilnehmer_innen sechs Mal so hoch, verglichen mit jenen, die keiner Form von Sexarbeit nachgingen (James et al. 2016: 157 ff.). Die aktuelle Onlineumfrage (n=55; 64% trans*männlich; 34% nicht-binär) zeigt, dass 91% der Teilnehmenden männliche Kunden haben und besonders in der Ansteckung mit STIs ein Risiko sehen (Appenroth 2019).

Schlussfolgerungen: Häufigere Drogenabhängigkeit, Selbstbehandlung mit Hormonen, als auch ‚risikoreicheres‘ Sexualverhalten sind nur ein Bruchteil möglicher Faktoren, die ein gesteigertes Risiko einer HIV-Infektion bei trans*Identitäten bedingen. Der Mangel ökonomischer Ressourcen fördert eine Abhängigkeit von Sexarbeit, die eine weitere Gefahr für STIs darstellen. Besonders potenziert ist dies bei trans*Männern, die Sex mit männlichen Klienten haben. Hinzu kommt, dass aufgrund erlebter Diskriminierung im medizinischen Sektor, bzw. den fehlenden finanziellen Mitteln, trans*Personen Gesundheitsversorgung oftmals verspätet in Anspruch nehmen, wodurch Diagnosen von Infektionen erst zeitversetzt eintreten. Die Forschung hat bislang trans*männliche und nicht-binäre Identitäten zu lange außer Acht gelassen.

Literaturangaben:

Appenroth, M. (im Erscheinen, 2019) "Trans* Male Sex Workers" in John Scott, David Bimbi, Christian Grov & Victor Minichiello (Hrsg.) "Male Sex Work and Society: Volume 2", New York: Harrington Park Press

James, Sandy E.; Herman, Jody L.; Rankin, Susan;; Keisling, Mara; Mottet, Lisa & Anafi, Ma'ayan (2016)

"The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey", Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Abgerufen am 16. September, 2017. <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS--Full--Report--FINAL.PDF>.

¹ FAAB=Female assigned at birth; bei der Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet

P6

Auswirkungen von Crystal Meth auf die HIV- und Hepatitis C-Prävention bei MSM im Großraum München

Spöckner J

LMU – Klinikum der Universität München

Sei es in der Tageszeitung, der Fachpresse, im Fernsehen oder Boulevard – seit Jahren dominiert eine Droge die Medien – Crystal Meth! Sie, die Droge Crystal Meth, ist allgegenwärtig. Schon damals so gegenwärtig, dass sie während des zweiten Weltkrieges konsumiert wurde, um die Soldaten wach für den Kampf zu halten. Damals wurde Crystal noch als „Panzerschokolade“ bezeichnet, heute hingegen findet man die Begriffe „Tina“ oder „Ice“ als Synonyme für die Droge. Egal ob Banker, Akademiker, Jugendliche, Homosexuelle, der Nachbar von nebenan oder einfach nur drogenaffines Publikum – Crystal durchzieht alle Bevölkerungsschichten und Altersstrukturen. Und die Erhebungen über den Konsum zeigen auf, dass die Droge immer öfter konsumiert wird. Anfangs im deutsch-tschechischen Grenzgebiet vermehrt auftretend, durchzieht sie nun die ganze Bundesrepublik. Auch sind die Drogenlabore mittlerweile nicht nur in Tschechien zu finden, sondern auch bei uns oder den angrenzenden westlichen Nachbarländern. Die Suchtberatungsstellen und Schwerpunktpraxen schlagen in den Großstädten Alarm. Es wird händeringend nach geeigneten Therapien und nach mehr Anlaufstellen für das Crystal Meth konsumierende Klientel gesucht. Unter anderem versucht man im Raum München durch Player wie das „Sub - Schwul in München“ eine geeignete Beratungsstelle aufzubauen. Der erste Versuch die Stelle offiziell zu beantragen, umso auch öffentliche Gelder zu erhalten, ist gescheitert. Ein zweiter Versuch soll in den kommenden Wochen unternommen werden. Wissenschaftliche Erhebungen gibt es bisher wenige, allen voran im Raum München nicht. Die Droge hat oft unterschiedliche Konsummuster und Konsumziele zu Tage gefördert. In der schwulen Szene hat die Droge die Triebkraft, um bei sexuellen Handlungen ausdauerndere, schmerzfreihere und intensivere Kontakte zu ermöglichen.

Dies resultiert nicht selten mit einer erhöhten Neuinfektionsrate für HIV und Hepatitis-C. Besonders geeignete Präventionsansätze sind hier notwendig. Sei es in der Primär-, Sekundär-, oder Tertiärprävention. In der Doktorarbeit soll genau die Auswirkung von Crystal Meth auf die HIV- und Hepatitis-C-Prävention im Großraum München bei MSM näher betrachtet werden, umso erste wissenschaftliche Erhebungen für dieses Klientel zu erhalten.

Im ersten Schritt erfolgt eine quantitative Erhebung durch einen Fragebogen für Suchtberatungsstellen, Infektionsambulanzen und Arztpraxen mit der Schwerpunkttrichtung HIV und Hepatitis-C im Großraum München, der unter anderem die Frage klären soll, wo das Klientel bevorzugt ihre Anlaufstelle hat oder gar die Frage aufwirft ob das Klientel überhaupt eine Anlaufstelle hat.

Im Anschluss sollen durch die Entwicklung eines Fragebogens, abgestimmt auf die Ergebnisse aus der vorangegangenen Erhebung, die Männer befragt werden, die Crystal konsumieren und Sex mit Männern haben. Abschließend und damit den letzten Teil der wissenschaftlichen Erhebung bilden leitfadengestützte Interviews mit den Männern.

P7

Umsetzung der gesundheitlichen Beratung nach §10 ProstSchG in Hamburg

Walter G, Claas J

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Hamburg

Hintergrund: Das am 1.7.17 in Kraft getretene ProstSchG sieht eine Anmeldepflicht für alle Sexarbeiter*innen vor. Für die Anmeldung ist unter anderem der Nachweis einer innerhalb der letzten drei Monate durchgeführten gesundheitlichen Beratung zu erbringen. Die Gesundheitsberatung muss alle sechs Monate (bei Personen unter 21 Jahren) und alle zwölf Monate (bei Personen ab 21 Jahren) wiederholt werden.

Projektbeschreibung: Zur Umsetzung der Gesetzesvorgaben beschließt Hamburg den Aufbau einer neuen Beratungsstelle GESAH14 zur Durchführung der verpflichtenden Gesundheitsberatung unter dem Dach der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) und der fachlichen Leitung von CASAblanca (Centrum für Aids und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona). Die Anmeldung nach ProstSchG erfolgt getrennt bei der neu gegründeten Anmeldestelle FA-BEA*-Pro unter der Verantwortung des Bezirksamtes Altona, federführend für die Prozessbegleitung ist die BASFI (Behörde für Arbeit, Soziales, Familie, Integration). In die Planung zur Durchführung der Gesundheitsberatung eingeflossen sind vor allem langjährige Erfahrungen der niedrigschwelligen anonymen und freiwilligen Gesundheitsberatung für Sexarbeiter*innen und der HIV/ STI Präventionsberatung bei CASAblanca. Eine räumliche und personelle Trennung vom bestehenden anonymen Angebot nach §19 IfSG wurde für wichtig erachtet und realisiert. Die Beratungsstelle eröffnete an einem zentralen, gut zu erreichenden Ort in Hamburg und bietet nach Terminvereinbarung auch die Möglichkeit der gesundheitlichen Beratung mit Dolmetschenden. Die Beratung ist kostenlos. Die Erteilung der Beratungsbescheinigung erfolgt gemäß gesetzlicher Vorgaben voraussetzungslos entweder auf den Klarnamen oder einen Alias. Im Konzept der neuen Beratungsstelle wurde besonderen Wert auf Vertraulichkeit, die Anpassung der Beratung an die individuellen Bedürfnisse der beratenen Person, ein ruhiges Beratungssetting, Qualifikation der Mitarbeitenden und den Datenschutz gelegt. Unter diesen Umständen erscheint es möglich eine bestehende Zwangslage oder Notsituation zu offenbaren. Im Zentrum der verpflichtenden Gesundheitsberatung in Hamburg steht der Zugang zu seriöser Information über gesundheitliche Bedarfe, die die Themen der Krankheitsverhütung, Empfängnisregelung, Schwangerschaft und Risiken des Alkohol- und Drogengebrauchs einschließt. Dies beinhaltet bei Bedarf auch die Weiterleitung in andere soziale und medizinische Hilfeangebote für Sexarbeiter*innen. Der Zugang zum bestehenden Netzwerk kann auch auf diesem Weg beworben werden.

Erfahrung: Die fachliche Anbindung an CASAblanca kombiniert mit einer örtlichen und personellen Trennung wird als Erfolg betrachtet. Anfängliche Unsicherheiten und Skepsis des Klientels waren nur im ersten Beratungsmonat spürbar. Das Angebot von GESAH14 wird seit Eröffnung gut angenommen. Die Dauer der Beratung variierte stark nach Bedarf, in der Regel werden 45 Minuten benötigt. Insbesondere Einsteiger*innen sowie fremdsprachige Klient*innen benötigen eher längere Beratungen. Künftig wird es an zwei Tagen ein offenes Beratungsangebot ohne Termin geben. Eine Evaluation wird nach drei Jahren angestrebt.

P8

Implementierung von *Mycoplasma genitalium* Resistenztest in die Labordiagnostik

Bone S, Mokany E, Tas K, O'Donoghue M, Sunderland S

Speedx

Hintergrund/ Ziele: *Mycoplasma genitalium* (MG) ist eine wachsende STI, welche mit einer *nongonococcal* Urethritis oder Zervizitis verbunden ist. Die Behandlung von MG ist wegen der zunehmenden Resistenzen gegen verfügbare Antibiotika erschwert. Die größte Hürde für die Implementierung eines MG-Diagnostest in gängige STI-Tests, ist der komplexe Test- und

Behandlungsalgorithmus im Vergleich zu bereits bekannten bakteriellen STIs wie *Chlamydia trachomatis* (CT). Aktuelle Richtlinien besagen, dass MG in asymptomatischen Populationen mit niedrigem Risiko nicht untersucht werden sollte. Dies steht im Gegensatz zu den meisten bestehenden CT-Screening-Programmen.

Projektbeschreibung: Hier befassen wir uns mit der Implementierung von MG-Tests in bereits bestehende STI-Screening-Programme. Hierfür verwenden wir die aktuellen MG-Leitlinien aus den australischen STI-Verwaltungsrichtlinien. Immer mehr europäische Referenzlaboratorien geben an, dass sie diese Richtlinien als Vorlage prüfen werden. Wir werden ebenfalls einen effektiven Testprozess vorschlagen, welcher zu dem empfohlenen Behandlungsalgorithmus passt.

Erfahrungen: Zuerst müssen die Laboratorien die Anzahl der MG-Tests schätzen, welche sie benötigen werden. Für viele Kliniken werden dies weniger als 1000 MG-Tests pro Jahr sein. Die Verwendung eines Erkennungstests, welcher nur MG nachweist, nicht jedoch Antibiotika Resistenzen, würde den Arbeitsaufwand sowie die Kosten für das Labor unnötig erhöhen. Eine sinnvolle Alternative ist die Verwendung von Tests, die sowohl MG- als auch Makrolid-Resistenzen nachweisen. Sie ermöglichen die von den meisten Laboren geforderte Flexibilität. Der vorgeschlagene Labor-Workflow zeigt, dass die Durchführung einer PCR zweimal pro Woche dem Labor die Durchführung des MG-Tests mit minimalem Aufwand bzw. Ressourcenanforderungen ermöglicht.

P9

Prävalenz von asymptomatischen Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen in der Gruppe der MSM: Ergebnisse aus einem qualifizierten und niedrighschwelligen Checkpoint

Dobos G^{1,2}, Oswald W², Behrens M²

¹Klinik für Allergologie, Venerologie und Allergologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

²Mann-O-Meter e.V.

Hintergrund/Fragestellung: Die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) weist ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich höheres Risiko auf, sich mit HIV und anderen Geschlechtskrankheiten zu infizieren. Zudem erhöhen insbesondere Koinfektionen mit anderen STI's das Risiko, eine HIV-Infektion zu bekommen. Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen verlaufen häufig asymptomatisch. Allerdings ist die Datenlage zu deren Verbreitung in der Zielgruppe als eher unzureichend einzuschätzen. Das Mann-O-Meter, Berlins schwuler Checkpoint, bietet seit 2007 Tests auf HIV und weitere STI's an. Vorgestellt werden hier die Testergebnisse zu Chlamydien und Gonokokken aus den Jahren 2013-2017.

Methoden: Die Rekrutierung erfolgte in einem qualifizierten und niedrighschwelligen Setting. MSM konnten sich anonym und ohne Voranmeldung testen lassen. Vor dem eigentlichen Test fand eine Beratung durch einen Psychologen/ Psychotherapeuten statt, in welcher mögliche Infektionsrisiken ermittelt und eventuelle Beschwerden abgefragt wurden. Bei bestehenden Infektionsanzeichen wurden die Teilnehmer sofort an eine entsprechende Arztpraxis verwiesen. Bei asymptomatischen Probanden erfolgten pharyngeale- und urethrale Abstriche durch geschulten ärztlichen Personal sowie rectale Abstriche durch die Teilnehmer. Untersucht wurde eine gepoolte Auswertung der Abstriche mittels Real-time PCR (Hologic Test Inc). Die Daten der Teilnehmer bzw. die Testergebnisse wurden projektintern ausgewertet.

Ergebnisse: In 2016 stellten sich 1967 Teilnehmer an insgesamt 103 Testtagen bei Mann-O-Meter vor. Von ihnen wurden insgesamt 1041 gepoolte Abstriche entnommen. Davon wurden bei 84 (8,1%) Chlamydien- und 93 (8,9%) Gonokokken-Infektionen erkannt und in eine entsprechende Behandlung weitervermittelt. In 2017 ließen sich 2551 Teilnehmer testen. Bei 1568 Abstriche auf Chlamydien wurden 139 positive entdeckt (8,9%) und bei 1563 Abstrichen auf Gonokokken 164 infizierte (10,5%) identifiziert.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der MSM asymptomatische Chlamydien- und Gonokokken-Infektionen überdurchschnittlich häufig vorkommen. Da diese Träger die

Erkrankung weitergeben können, besteht ein dringender Handlungsbedarf. Gerade auch in bezug auf eine angemessene HIV-Prävention muß das Testangebot für diese spezifische Zielgruppe deutlich ausgebaut und um die Möglichkeit einer umgehenden Behandlung ergänzt werden, um die Infektionszahlen zukünftig reduzieren zu können. Zudem gewinnt eine frühe, möglichst zeitnahe Behandlung aufgrund der weltweit steigenden Antibiotikaresistenzen an Bedeutung.

P10

Projekt "Freiwillige HPV- Schulimpfung"

Köster C¹, Karder K²

¹preventa Stiftung, Mannheim

²Gesundheitsnetz Rhein Neckar, Mannheim

Hintergrund: Trotz umfangreicher Vorsorgeuntersuchungen ist der Gebärmutterhalskrebs eine der häufigsten Krebserkrankungen. Jährlich erhalten in Deutschland mehr als 4.600 Frauen diese Diagnose, über 1.500 sterben daran. Mehr als 90.000 Frauen werden operiert, um Gebärmutterhalskrebsvorstufen zu entfernen. Dabei könnten diese Zahlen erheblich niedriger sein, da sich das Erkrankungsrisiko durch eine HPV-Impfung deutlich reduziert. Nur knapp 30-40 % der Mädchen besitzen den vollen Impfschutz in Deutschland. In Hessen nehmen bisher nur etwa 20 % der Frauen die Chance einer vollständigen Impfung wahr, obwohl die gesetzlichen Krankenkassen seit 2007 grundsätzlich die Kosten im Alter zwischen 9 bis 17 übernehmen.

Projektbeschreibung: Das Projekt „Freiwillige HPV-Schulimpfung“ wird seit drei Jahren in Folge im Kreis Bergstraße durchgeführt und evaluiert. Seit 2017 wurden weitere Regionen mit dem Projekt betreut. Es setzt bei Grundschülerinnen der 4. Klassen an. Bei Elternabenden informieren projektbeteiligte niedergelassene Kinder-, Haus- oder Frauenärzte ausführlich über die Impfung und stehen für Fragen zur Verfügung. Nach der Aufklärungsarbeit können die Eltern ihre Töchter im Rahmen zweier Schulimpftage pro Schuljahr im Abstand von sechs Monaten von den projektbeteiligten Ärzten impfen lassen. Das Modellprojekt wird durch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) begleitend ausgewertet. Die Befragung richtet sich an die Eltern, das Schulpersonal und die beteiligten Ärzte.

Erste Ergebnisse: Die Evaluation zeigt, dass sich 94% der Eltern ausreichend informiert fühlten, um eine Entscheidung bezüglich der HPV-Impfung zu treffen. Schon jetzt zeigt sich unter anderem in der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung ein deutlicher regionsbezogener Anstieg der Impfraten bei Mädchen zwischen 9 und 11 Jahren. In einem vergleichbaren hessischen Landkreis, in dem weder die Informationsveranstaltung noch die Schulimpfung angeboten wurden, zeigt sich dieser Anstieg nicht. Die guten Ergebnisse gaben Anlass dazu 2017 die preventa Stiftung zu gründen. Mit Unterstützung der Dietmar Hopp Stiftung und dem Nobelpreisträger Prof. Harald zur Hausen entstand eine gemeinnützige Stiftung die sich insbesondere auf die Ausrottung HPV induzierter Tumore fokussiert.

Perspektive: Die „Freiwillige HPV Schulimpfung“ ist nachweislich der effektive Weg zur Zielgruppe und ist aus heutiger Sicht unerlässlich, um die HPV Impfrate im erforderlichen Maß zu steigern. Aktuell ist die Ausweitung auf weitere Gebiete bis hin zur Bundesebene das priorisierte Ziel. Das regionale Projekt im Kreis Bergstraße wird weitergeführt, um den Prozess stetig zu verbessern und damit die Kontinuität der HPV-Impfung in den beteiligten Schulen erhalten bleibt. Zur sicheren Etablierung und Ausweitung des Projektes werden Handlungsleitfäden und Informationsmaterialien ausgearbeitet. Diese werden den teilnehmenden Städten und Regionen zur Verfügung gestellt.

P11

SHE – Strong, HIV-positive, Empowered Women – Das Selbsthilfe-Projekt für Frauen

Gillich J, Clement-Wachter, Langanke H, Piecha A, Sonnenberg-Schwan U

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln

Hintergrund/Ziele: Von den rund 80.000 Menschen mit HIV in Deutschland sind nach Angaben des Robert-Koch-Instituts weniger als 20 Prozent Frauen. Sie leben oft vereinzelt, haben nicht immer Kontakt zu anderen Betroffenen und tragen dazu noch oft die Verantwortung für Kinder und die Familie. Nicht für alle sind die Angebote der Aidshilfen nutzbar. Um besser mit der HIV-Infektion leben zu können besteht dringender Bedarf an Programmen für Frauen zur Vernetzung, Stärkung und zum Zusammenhalt.

Projektbeschreibung: SHE ist ein europaweites Programm für Frauen mit HIV. Das englische Fürwort "she" (oder auf Deutsch "sie") weist darauf hin: es geht um Frauen. Als Abkürzung steht SHE für Strong, HIV-positive, Empowered Women. Im Deutschen also soviel wie: starke, HIV-positive, selbstbewusste Frauen. In Deutschland wird SHE von der GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit getragen. Das Programm nutzt den in der Selbsthilfe bewährten Peer-to-peer-Ansatz: Frauen mit HIV vermitteln anderen Frauen mit HIV ihr Wissen und bieten Unterstützung an. Das passiert in speziellen, niedrigschwelligen und kostenlosen Workshops, die dezentral in der gesamten Republik stattfinden, stets in Kooperation mit Arztpraxen, Ambulanzen oder Beratungsstellen. Die Themen der Workshops orientieren sich am Bedarf der Teilnehmerinnen und betreffen Fragen, die die Frauen beschäftigen. Das reicht von der Therapie-Treue im Alltag über den Umgang mit Stigmatisierung bis zur Frage „Wie sag ich's meinen Kindern?“. Zwölf Frauen, die offen mit HIV leben, wurden speziell als SHE-Trainerinnen ausgebildet und werden auch weiterhin fortlaufend qualifiziert und begleitet. Dazu nehmen sie mindestens einmal im Jahr an einer Train-the-Trainer-Fortbildung mit speziell qualifizierten Fachreferentinnen teil. Fachlich und beratend begleitet wird das Programm von der SHE-Faculty, einem Fachbeirat, der aus vier Frauen besteht. Die Workshops werden mit Flyern, durch persönliche Ansprache und in den sozialen Medien beworben. SHE präsentiert sich bei Veranstaltungen und nationalen und internationalen Kongressen.

Erfahrungen: Zwölf SHE-Trainerinnen haben in den Jahren 2016 und 2017 bundesweit insgesamt 53 SHE-Workshops geleitet und damit über 250 Teilnehmerinnen erreicht. Damit nahmen durchschnittlich 5 Frauen pro Workshop teil, mal zwei, mal zehn. Die Workshops werden mithilfe eines speziell entwickelten Fragebogens, den die Teilnehmerinnen am Ende des Workshops ausfüllen, evaluiert. Für 2016 und das erste Halbjahr 2017 hat eine Sozialwissenschaftlerin das Programm ausgewertet: Die große Mehrheit der Frauen empfand ihre Teilnahme am Workshop insgesamt als lohnend (97 % eher ja bis ja) und gaben an, dass die vermittelten Informationen für sie hilfreich waren (99 % eher ja bis ja).

P12

Mycoplasma genitalium: Prävalenz, Koinfektionen und Therapieerfolgsquote nach Erstlinienbehandlung in einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin.

Blöckl N, Ruzicic S, Jessen A, Jessen H

Praxis Jessen², Berlin

Hintergrund/Ziele: Neben den weitaus bekannteren STIs wie der Chlamydieninfektion, Gonorrhoe, Trichomoniasis und Syphilis bekommt die Infektion mit *Mycoplasma genitalium* (MG) in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit. Die Übertragung von MG erfolgt durch genitogenitale, genitoanale oder genitoorale Kontakte [1-3]. Die Prävalenz der MG-Infektion in der Bevölkerung wird bei Männern auf 1-4% und auf 1,0-6,4% bei Frauen geschätzt. Wesentlich höher sind die Prävalenzzahlen, die in den STI-Testzentren festgestellt werden (4-38%) [4]. Bei Männern kann eine MG-Infektion in einer Urethritis, Pharyngitis oder Proktitis resultieren oder verläuft asymptomatisch. Sie kann mit einem erhöhten Risiko

für eine HIV-Infektion gekoppelt sein. Das Testen auf MG erfolgt in Deutschland derzeit nicht routinemäßig. In Großbritannien wird die Erkrankung in der Regel syndromisch als *nicht-gonorrhöische Urethritis* behandelt. Sehr hohe Makrolid-Resistenz-Raten und häufige Behandlungsfehler deuten auf ein suboptimales Infektionsmanagement hin. Das Ziel dieser Studie ist deshalb, die Prävalenz, Koinfektionen und Therapieerfolgsquoten nach Leitlinienbehandlung in einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin zu untersuchen.

Projektbeschreibung: Aus der internen Datenbank der Praxis wurden für den Zeitraum vom 01.01.2013 bis 31.12.2017 über 800 Patienten identifiziert, bei denen die Diagnose A49.3 (Infektion mit MG) eingetragen wurde. Zusätzlich wurden für den gleichen Zeitraum die Laborergebnisse von insgesamt 20.185 Anforderungen ermittelt, bei denen auf MG an einem oder mehreren potenziellen Infektionsorten (pharyngeal, rektal, urethral) getestet wurde. Für alle getesteten Patienten sollen anonymisierte Daten erhoben werden, die sowohl Labor- als auch die klinischen Parameter beinhalten. Die bevorstehende Datenanalyse soll folgende Aspekte untersuchen: Prävalenz, Therapierate, Therapieart, Therapiedauer und Therapieerfolgsquote. Zusätzlich soll die Datenanalyse Hinweise liefern, in wie weit ein routinemäßiges Screening auf MG sinnvoll wäre. Im Weiteren soll herausgefunden werden, welche Symptome bei einer MG-Infektion in unserer Kohorte auftreten und wie häufig diese sind. Außerdem stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen MG-Infektion und HIV, besonders im Hinblick auf Symptome und Therapieerfolge, besteht. Des Weiteren wollen wir Rückschlüsse auf mögliche Resistenzen ziehen.

Erfahrungen: Die Ergebnisse dieser Studie soll die Problematik von MG-Infektionen in Deutschland verdeutlichen und aktualisieren. Sie sollen ggf. Teil von STI-Präventionsstrategien werden. Insbesondere ist dies wichtig für stärker exponierte Populationen wie Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), und *sex worker*.

P13

Gehäuftes Auftreten anorektaler Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* Serovar L bei Patienten einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin: 2012-2017

Gängel H^{1,2}, Ruzicic S², Jessen A², Jessen H²

¹Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin

²Praxis Jessen², Berlin

Hintergrund: Die *Chlamydia trachomatis* (CT) -Serovare L1-L3 verursachen invasive *Lymphogranuloma venereum* – Infektionen (LGV), die im Vergleich zu anderen CT-Serovaren einer längeren antibiotischen Behandlung bedürfen. Seit dem ersten Auftreten in Europa im Jahr 2003 und einer Reihe von Ausbrüchen in Netzwerken von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), nimmt die Anzahl der gemeldeten Fälle in den west- und mitteleuropäischen Ländern kontinuierlich zu. In Abwesenheit von gemeldeten Daten für Deutschland haben wir die LGV-Prävalenz und deren Prädiktoren der Zielpopulation (MSM) in einer infektiologischen Schwerpunktpraxis in Berlin untersucht.

Methoden: Wir führten eine retrospektive Datenanalyse aller getesteten Proben für CT über einen Zeitraum von 6 Jahren durch, von 2012 bis 2017. Die Proben wurden mittels anorektaler Abstriche gesammelt und alle CT positiv getesteten Abstriche wurden zusätzlich auf CT L1-L3 untersucht (PCR).

Ergebnisse: Es wurden insgesamt 12408 anorektale Abstriche auf CT-DNA getestet. Von diesen erwiesen sich 1397 (11,1%) als positiv. Die Anzahl der positiven Proben stieg kontinuierlich von 165 (12,4%, 2012) auf 405 (11,14%, 2017) an, die Inzidenz blieb jedoch nahezu gleich. Dies könnte teilweise mit der erhöhten Gesamtanzahl von Patienten und häufigerem Testen auf STIs erklärt werden. Der L1-L3-CT-Genotyp wurde in insgesamt 486 Proben identifiziert. Die maximale Prävalenz des L-Genotyps wurde 2014 festgestellt (79/1354; 5,8%). Betrachtet man nur positive CT-Proben, variierte die Prävalenz des L1-L3-Genotyps von 31,1% im Jahr 2016 (82/264) bis 42,0% im Jahr 2014 (79/188). Die Altersverteilung der gemeldeten bestätigten LGV-Fälle zeigte eine Häufung in den älteren Patientengruppen (> 35 Jahre), wie es auch in einigen anderen europäischen Ländern berichtet wurde.

Fazit: Unsere Daten stellen die größte epidemiologische Entwicklung von LGV in Deutschland dar. Die zunehmende Anzahl von Fällen des Genotyps L1-L3 zeigt einen dringenden Bedarf an effektiven Interventionen, die spezifisch auf die Gruppe der MSM gerichtet sein sollten. Ein STI-Screening in speziellen Zielpopulationen ist umstritten (die Krankenkassen in Deutschland bezahlen kein Screening), jedoch weisen unsere Ergebnisse deutlich auf eine Notwendigkeit zur Genotypisierung positiver CT-Rektalproben hin.

P14

Die PreYoungGo Studie: Sexuell übertragbare Infektionen und Sexualverhalten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Ruhrgebiet

Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Potthoff A^{1,2}, Wach J^{2,3}, Kayser A^{2,4}, Kasper A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹ Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

² WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

³ Gesundheitsamt Bochum, Deutschland

⁴ Aidshilfe Bochum e.V., Deutschland

Hintergrund: Sentineluntersuchungen zeigen eine hohe Prävalenz von Chlamydien-Infektionen und Gonorrhoe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Belastbare Zahlen gibt es jedoch nicht, da diese sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland nicht meldepflichtig sind. Im Rahmen der prospektiven, offenen PreYoungGo Studie soll das Wissen über Sexualität und STI und die Prävalenz von Chlamydia trachomatis und Neisseria gonorrhoeae bei asymptomatischen, sexuell aktiven Jugendlichen/jungen Erwachsenen ermittelt werden.

Die Studie wird im Walk In Ruhr (WIR) – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum durchgeführt, das als multiinstitutionelle Modelleinrichtung zur medizinischen und psychosozialen Versorgung einen niedrigschwelligen Zugang zu dieser Zielgruppe bietet.

Methoden: Zwischen 12/2016 und 02/2018 wurden 274 Probanden zwischen 14 und 30 Jahren in Schulen, Universitäten und im WIR rekrutiert. Die Ziele der Studie sind:

- Daten zum Sexualverhalten und zum STI-Wissenstand mittels Fragebogen zu erheben;
- Die Ermittlung der Prävalenzen von Chlamydien-Infektionen und Gonorrhoe mittels selbstentnommener Abstriche bzw. Urin an drei Lokalisationen (Rachen, Vagina, Urin bei Männern, Anus) bei asymptomatischen, sexuell aktiven Jugendlichen/jungen Erwachsenen. Es wird ein PCR-Schnelltestverfahren (Xpert® CT/NG, Fa. Cepheid) eingesetzt, mit dem das Ergebnis innerhalb von 90 Minuten vorliegt.
- Die Bestimmung der Zeit bis das Ergebnis dem Studienteilnehmer*in mitgeteilt wird bzw. der Studienteilnehmer*in einer Therapie zugeführt wird.

Ergebnisse: Es nahmen 274 Probanden (47,8% ♀, 52,2% ♂) an der Studie teil. 71,3% hatten zum Studienzeitpunkt eine sexuelle Beziehung. 52,5% der Männer hatten Sex mit Männern. Der überwiegende Teil besuchte eine Hochschule (61,1%), eine Berufsschule (20,2%) oder eine weiterführende Schule (6,8%). 40,1% hatten mit mehr als 10 Partner*innen im Leben Sex. 41,9% der Frauen und 66,7% der Männer hatten schon einmal Analverkehr. In den letzten 2 Monaten hatten 9,6% keinen Partner*in, 70,4% 1-2 Partner*innen, 14,4% 3-5 Partner*innen, 4,1% 5-10 Partner*innen und 1,5% mehr als 10 Partner*innen. Gesprächsbedarf über Sexualität bestand bei 28%, über STI bei 60%. 65% hatten sich schon einmal auf HIV testen lassen, dagegen nur ca. 30% auf eine weitere STI. 33% hatten schon einmal eine STI und 2,2% waren HIV-positiv.

Bei 7,4% Probanden wurde im Rahmen der Studie eine Chlamydien-Infektion nachgewiesen und bei 7,4% eine Gonokokken-Infektion. Insgesamt hatten 35 Studienteilnehmer*innen (12,9%) ein positives Schnelltestergebnis. Unspezifische Symptome wie Juckreiz gaben 15,8% der Probanden an, dies war jedoch für die Probanden kein Grund für einen Arztbesuch!

Schlussfolgerungen: Die Studienergebnisse zeigen eine hohe Infektionsrate mit Chlamydien und Gonorrhö (12,9%) bei asymptomatischen jungen Menschen. Dies bestätigt die Notwendigkeit von niedrigschwelligen Präventionskonzepten für junge Menschen (STI-Schnelltest, WIR-Partner Benachrichtigung, WIR-Online-Risiko-Test, WIR-Selbstentnahme-Kit) um diese direkt und effektiv zu erreichen. Wichtig dabei: die Testangebote für HIV mit STI zu koppeln!

P15

STI-Präventionskonzept des Walk In Ruhr - Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum

Schlüter C^{1,2}, Kayser A^{1,3}, Kasper A^{1,2}, Matthes M^{1,2}, Potthoff A^{1,2}, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Brockmeyer N^{1,2}

¹ Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin

² Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

³ Aidshilfe Bochum e. V., Bochum

Hintergrund: Die Zahl der sexuell übertragenen Infektionen (STI) in Deutschland steigt (1). Neue Präventionsangebote, die den Schutz vor HIV und STI kombinieren, werden dringend gebraucht und sind Teil der Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen STI (2). Diese sollten bedarfsgerecht, barrierefrei und zum Schutz vor Stigmatisierung idealerweise anonym nutzbar sein können. Eingebunden werden diese Maßnahmen im WIR durch die Health Adviser.

Methoden: Das innovative Präventionskonzept des Walk In Ruhr (WIR) fußt auf vier, vom WIR entwickelten, parallelen Präventionsstrategien:

Der STI-Online-Risikotest gibt seit Dezember 2017 Besucher*innen des WIR und weiteren Interessierten die Möglichkeit, anonym, kostenlos und unkompliziert ihr eigenes Risiko für eine STI zu überprüfen und gleichzeitig hilfreiche Informationen zu erhalten. Der Test wird unter risikotest.wir-ruhr.de auf der Homepage angeboten und kann sowohl zu Hause als auch per Tablet im WIR von Interessierten genutzt werden.

Die Online-Partnerbenachrichtigung stellt ein sicheres anonymes und kostenloses System bereit, die eigenen Sexualpartner*innen über ihr STI-Infektionsrisiko zu informieren. Die Online-Partnerbenachrichtigung wird unter <http://www.wir-ruhr.de/angebot/partner-benachrichtigung/> auf der Homepage des WIR angeboten und kann mittels eines Token genutzt werden. Dieser wird von WIR Mitarbeiter*innen vergeben. Der Versender ist das WIR, der/die Nutzer*in bleibt anonym.

Die HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP) kann seit 2017 zu einem Selbstkostenpreis von 52€ zur Verfügung gestellt werden. Zu Beginn steht für den Interessierten eine Beratung in der Aidshilfe Bochum, sowie anschließend eine Kontrolle der Laborwerte und anschließende ärztliche Beratung vor der Verordnung an. Nach einem Monat findet ein erster Folgetermin statt, anschließend werden Folgetermine im 3 Monats Rhythmus vereinbart.

Das STI-Selbstentnahme-Kit bietet eine barrierefreie Möglichkeit zum Test auf STI. Das Kit ermöglicht Tests auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydia trachomatis sowie Mykoplasma genitalium. Nutzer*innen können sich zu Hause Abstriche sowie Blut und Urinproben entnehmen. Nach der Einsendung an das beteiligte Labor, Krone, werden die Ergebnisse durch eine*n Arzt/Ärztin des WIR mitgeteilt. Das Kit wurde vom WIR in Zusammenarbeit mit Labor Krone und der Aidshilfe NRW entworfen. Der Start wird im 2. Quartal 2018 erfolgen. Der Selbstkostenpreis beträgt 32€ pro Kit.

Als Klammer des Präventionskonzeptes werden Health Adviser*innen ausgebildet. Diese klären das Anliegen des/der Besucher*in, leisten eine Risikoreduktionsberatung und weisen auf die Präventionsangebote hin.

Ergebnisse: Die Nutzung des STI-Online-Risikotests wird fortlaufend hinsichtlich des Risikoverhaltens evaluiert. Die Nutzer*innen bleiben dabei anonym. Die Online-Partnerbenachrichtigung findet vollkommen anonym statt. Eine Datenauswertung erfolgt nicht. Die PrEP Nutzung wird mittels Erst- und

Follow-Up-Fragebögen fortlaufend evaluiert. Unter anderem hinsichtlich Compliance, Zufriedenheit mit dem Angebot, sozialem Hintergrund und Sexualverhalten. Stand 3/17 konnten 42 PrEP Interessierte eingeschlossen werden, 27 haben das 3 Monate Follow-Up abgeschlossen. Das STI-Selbstentnahme-Kit wird ab Beginn durch eine pseudonyme Fragebogen-gestützte (Online) Evaluation des Nutzungsverhaltens und Sexualverhaltens, der Zufriedenheit mit dem Angebot und dem sozialen Hintergrund der Nutzer, mit Erst- und Follow-Up Befragung, begleitet.

Schlussfolgerungen: Das Präventionskonzept des WIR ermöglicht Menschen, auch anonym, sich möglichst früh über STI zu informieren, sich und andere zu schützen und sich ggf. möglichst früh behandeln zu lassen.

[1] Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland - Die aktuelle epidemiologische Lage Bremer et al. Bundesgesundheitsblatt 2017 · 60:948–957 DOI 10.1007/s00103-017-25 90-1

[2] BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen; BMG 2016;

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschuren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf

Leopoldina- Symposium 2018

Gefahr im Verzug:

Danger Theory bei Infektionen und Entzündungen

06. Juni 2018, Bochum, im Stadtpark



Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

Gefahr im Verzug:
Danger Theory bei Infektionen und Entzündungen

Mittwoch, 6. Juni 2018
GASTRONOMIE IM STADTPARK, BOCHUM
13:00 bis 19:00 Uhr

Zertifiziert durch:
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.
Akademie für Infektionsmedizin e.V. (6 iCME Punkte: Kategorie C)
Ärztammer Westfalen-Lippe (6 Punkte: Kategorie A)



LEOPOLDINA-SYMPIOSIUM

Leopoldina-
Symposium zum
STI-KONGRESS 2018
DER DSTIG
www.sti-kongress2018.de
6.-9. Juni 2018



DSTIG
Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit

Gefördert durch:
Bundesministerium
für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Übersicht der Vorträge

- LV 1 Land W: Die große weite Welt der DAMPs
- LV 2 Heil M: Positives DAMPs - HIV-1 Feedback: Ein Teufelskreis von der Originalinfektion bis zur Etablierung viraler Reservoirs
- LV 3 Gilliet M: DAMPs und Haut
- LV 4 Ranf S: Immune Sensing of Lipopolysaccharide in Plants and Animals: Same but Different
- LV 5 Kumari S: Cell Death and the Regulatory Network of DAMPs in Skin Inflammation
- LV 6 Parmentier S: Origin and Consequences of Necroinflammation
- LV 7 Schmidt B: DAMPs and PAMPs in HIV-1 infection: how to block chronic immune activation
- LV 8 Peschel A: DAMPs und PAMPs in Staphylococcus-host Interaction

Abstracts zu den Vorträgen

LV1:

Die große weite Welt von DAMPs

Land W

Department of Genetic Engineering, Strasbourg, Frankreich

DAMPs ist die Abkürzung für die englische Bezeichnung "Damage-Associated Molecular Patterns". Es handelt sich um Moleküle, die normalerweise in der Zelle "versteckt" sind und so vom Immunsystem nicht erfasst werden, aber bei jedem Zellstress und/oder Gewebeschaden emittiert werden. Die DAMPs können als der Kern des sogenannten Gefahren-/Schädigungsmodells in der Immunologie angesehen werden, das besagt, dass unser Immunsystem primär nicht gegen "Fremd" (z.B. Viren, Bakterien) gerichtet ist, sondern gegen jedweden Zellstress / Gewebeschaden. Es sind die DAMPs, die dem angeborenen Immunsystem dann diese "gefährliche" infektiöse oder sterile Schädigung signalisieren. Erstmals von uns in 2003 beschrieben, werden DAMPs von Erkennungsrezeptoren auf oder in einer Zelle des angeborenen Immunsystems erkannt (englisch: PRRs = Pattern Recognition Receptors). Nach Erkennung der DAMPs durch die "PRRs" sind die Zellen aktiviert und bauen sodann eine angeborene Immunantwort auf, die als eine infektiöse oder sterile Entzündung diagnostiziert wird. In Gegenwart von fremden Antigenen, beispielsweise viralen/bakteriellen Antigenen oder veränderten eigenen Antigenen (Autoantigenen) entwickelt sich aus dem Entzündungsgeschehen eine adaptive Immunantwort.

DAMPs haben eine ambivalente Funktion: in adäquaten Mengen lokal emittiert, dienen sie der lebenserhaltenden Abwehr von Infektionen oder anderen schädigenden sterilen Einflüssen. Werden sie aber im Exzess und systemisch produziert, führen sie zu unkontrollierten überschießenden pathologischen Entzündungsprozessen und Immunreaktionen, die sogar tödlich verlaufende Krankheiten verursachen können.

Die weltweite Erforschung der DAMPs in den vergangenen 10 Jahren hat enorm zugenommen und daher zur stetigen Modifizierung ihrer Klassifizierung geführt. Derzeit kann man 4 Kategorien, unterteilt in 11 Klassen, unterteilt in 37 Subklassen unterscheiden, die kurz vorgestellt werden sollen.

LV2:

Positives DAMPs - HIV-1 Feedback: Ein Teufelskreis von der Originalinfektion bis zur Etablierung viraler Reservoirs

Heil M

Department of Genetic Engineering, CINVESTAV-Irapuato, Irapuato, Guanajuato, Mexico

Das Human Immunodeficiency Virus (HIV-1) nutzt verschiedenste Immunreaktionen zum eigenen Vorteil. Entzündliche und immunaktivierende Prozesse sind bereits für die erste massive Virusreplikation im Darmgewebe von zentraler Bedeutung. Die Zerstörung HIV-1 infizierter Zellen ebenso wie Pyroptose - ein programmierter, lytischer 'bystander' Zelltod - setzen den gesamten Zellinhalt frei und induzieren die Bildung von Interferon- 1β und IF-18 und von pro-inflammatorischen Cytokinen, wodurch weitere Immunzellen wie z.B. CD4⁺ T-Zellen rekrutiert und aktiviert werden. Neuste Arbeiten zeigen nun, wie körpereigene Gefahrensignale zu diesem Teufelskreis aus Infektion, Zelltod, Entzündung und nachfolgender Rekrutierung weiterer HIV-1-susceptibler Immunzellen beitragen[1].

DAMPs (damage-associatedmolecularpatterns) sind evolutionär konservierte Moleküle wie zum Beispiel ATP und DNA-assoziierte Proteine wie Histone und Chaperone, und selbst die eigene DNA, welche Zellschaden anzeigen, wenn sie als extrazelluläres ATP (eATP), extrazelluläre DNA (eDNA) oder cytoplasmatische, doppelsträngige DNA (dsDNA) auftreten [2]. Das Binden von DAMPs an Toll-like

Rezeptoren (TLRs) und DNA-Rezeptoren (AIM2, cGAS, IFI16 und NLRP3) aktiviert dendritische Zellen zu antigen-präsentierenden Zellen sowie AIM2- und NLRP3-Inflammasome und, nachfolgend, die massive Produktion von IF-1 β , IF-18 und Cytokinen. Fatalerweise sind AIM2, cGAS, IFI16 und NLRP3, auch genau die Sensoren, welche retrovirale cDNA erkennen und daher zur pro-inflammatorischen Reaktion in HIV-1 infizierten Zellen führen.

In Pflanzen wurde kürzlich gezeigt, dass die Immunreaktion direkt mit der Konzentration der eingesetzten eDNA korreliert und dass arteigene DNA eine stärkere Immunreaktion auslöst als artfremde DANN [3] [4]

Die Übertragbarkeit dieser Beobachtungen auf den Menschen bleibt nachzuweisen. Gerade die Beobachtung einer Konzentrations-abhängigen Immunstimulierung lässt aber die massive Freisetzung zelleigener DNA aus pyroptischen Zellen im HIV-1 infizierten Gewebe in einem ganz anderen Licht erscheinen. Darüber wurde in Studien an HIV-1 infizierten Personen eine verstärkte Expression von TLRs und Inflammasom-formenden DNA-Rezeptoren nachgewiesen, während DAMPs die Sensibilität für HIV-1 und für bakterielle Moleküle wie Lipopolysaccharide und Flagellin erhöhen. Letzterer Effekt ist vermutlich für die pro-inflammatorischen Prozesse im Darm HIV-1 infizierter Personen und den nachfolgenden Übertritt bakterieller Produkte in den Blutstrom verantwortlich, welche den Übergang zur systemischen Infektion ermöglichen und erheblich zur chronischen Entzündung und Immunaktivierung beitragen, die auch bei Patienten unter antiretroviraler Therapie beobachtet werden.

Dank ihrer immunstimulierenden Effekte sind DAMPs frühe molekulare Alarmsignale mit zentraler Bedeutung für Immunität und Wundheilung. Im Falle von HIV-1 werden sie jedoch zu Signalen, die das "Taxi für den blinden Passagier HIV-1" herbeirufen und damit mehr Schaden als Nutzen verursachen. Es bleibt zu prüfen, ob die Modulierung oder Blockade DAMPs-gesteuerter Signalkaskaden zukünftig Therapien ermöglicht um vor allem die HIV-1-assozierten Entzündungen gezielt zu behandeln.

[1] Heil, M. & Brockmeyer, N.H. (submitted). *Trends Immunol.*

[2] Heil, M. & Land, W. (2014). *Front. Plant Sci.* 5, art. 579.

[3] Barbero, F. *et al.* (2016). *Internat. J. Mol. Sci.* 17, 1659.

[4] Duran-Flores, D. & Heil, M. (2018). *Brain Behav. Immu.* publ. online 16 October 2017, doi: 10.1016/j.bbi.2017.10.010.

LV3

DAMPS und Haut

Gilliet M

LV4

Immune Sensing of Lipopolysaccharide in Plants and Animals: Same but Different

Stefanie R

Emmy Noether group leader, Technical University of Munich, TUM School of Life Sciences Weihenstephan, Phytopathology

Innate immunity, triggered after recognition of microbe-associated molecular patterns (MAMPs) by specific host receptors, is crucial for animals and plants. Cell surface components such as lipopolysaccharide (LPS), peptidoglycan and flagellin are typical MAMPs as they are vital for microbial survival and common to whole microbial classes. LPS, in particular the endotoxic lipid A moiety, of Gram-negative bacteria is sensed as MAMP in mammals through different extra- and intracellular LPS receptors.

Recently, we found that the receptor-like kinase LORE (LipoOligosaccharide-specific Reduced Elicitation), which belongs to the plant-specific class of bulb-type lectin S-domain-1 kinases (SD1-RLKs), mediates sensitive perception of *Pseudomonas* LPS in *Arabidopsis* [1]. The lipid A moiety from *Pseudomonas* LPS alone is sufficient to induce LORE-dependent immune responses [1].

Interestingly, LORE specifically senses *Pseudomonas* and *Xanthomonas* but not the typical enterobacterial LPS e.g. of *Escherichia coli*. In mammals, on the contrary, enterobacterial LPS is the most potent immune activator, whereas *Pseudomonas* LPS is only a weak agonist due to structural differences within the lipid A. Thus, both mammals and plants evolved to sense LPS via its lipid A moiety but, apparently, with distinct epitope specificities and through structurally unrelated receptors.

[1] Ranf S, Gisch N, Schaeffer M, Illig T, Westphal L, Knirel YA, Sanchez-Carballo PM, Zähringer U, Hückelhoven R, Lee J, and Scheel D., *Nature Immunology* 2015, 16(4), 426

LV 5

Cell Death and the Regulatory Network of DAMPs in Skin Inflammation

Kumari S, Lin J, Kim S, Van T-M, Wachsmuth L, Polykratis A, Pasparakis M

Abteilung für Genetik, Universität Köln

CECAD Research Center, Institute for Genetics, Universität Köln

Regulated cell death is important to maintain tissue homeostasis. Necroptosis is a regulated form of cell death and requires the proteins, Receptor Interacting kinase (RIPK)-1, -3 and mixed lineage kinase domain-like pseudokinase (MLKL). RIPK1 controls inflammation and inhibits or promotes cell death. To study the role of RIPK1 in skin homeostasis, we generated epidermal keratinocyte-specific RIPK1 knock out (RIPK1^{E-KO}) mice. The RIPK1^{E-KO} mice developed skin lesions postnatally that by the age of 4-5 weeks resulted in severe inflammatory skin disease. The skin inflammation in RIPK1^{E-KO} mice are characterized by non-cell autonomous epidermal hyper-proliferation, infiltration of immune cells and upregulation of inflammatory mediators. We identified increased numbers of apoptotic and necrotic keratinocytes in the epidermis of RIPK1^{E-KO} mice and reasoned that keratinocyte death could trigger inflammation. To specifically inhibit necroptosis, we generated RIPK1^{E-KO} mice lacking *Ripk3* or *Mkl1* gene, which are essential for necroptosis. We found that the double deficient, RIPK1^{E-KO}; *Ripk3*^{-/-} or RIPK1^{E-KO}; *Mkl1*^{-/-} mice did not show keratinocyte necrosis and did not develop inflammatory skin lesions, demonstrating that inhibition of necroptosis prevented skin inflammation. To study the mechanism of RIPK3/MLKL-dependent inflammation in RIPK1^{E-KO} mice, we hypothesized that in the absence of RIPK1, RIPK3 interacted with another RHIM domain containing protein to induce necroptosis and consequently the inflammation. Z-DNA-binding protein 1 (ZBP1) is a RHIM domain containing protein, which has been implicated in inducing necroptosis in virus-mediated infections. We found upregulation of ZBP1 in the skin of RIPK1^{E-KO} mice. To address whether ZBP1 is involved in RIPK3-mediated necroptosis and inflammation in RIPK1^{E-KO} mice, we generated double deficient, RIPK1^{E-KO}; *Zbp1*^{-/-} mice. Deficiency of ZBP1 prevented the inflammatory skin lesion development, upregulation of cytokines and chemokines, infiltration of immune cells and death of keratinocytes in the skin of RIPK1^{E-KO} mice at the age of 4-5 weeks compared to RIPK1^{E-KO} mice, which develop severe skin lesions at this age. Our study identified a crucial role of epithelial RIPK1 signaling in the maintenance of skin homeostasis and the prevention of skin inflammation through RIPK3/MLKL/ZBP1-dependent necroptotic signaling pathway.

LV 6

Origin and Consequences of Necroinflammation (Necroinflammation – Der Ursprung der DAMPs)

Parmentier S und Linkermann A

Innere Medizin / Nephrologie, Abteilung Nephrologie Medizinische Klinik III, Uniklinikum Dresden

When cells undergo necrotic cell death in pathophysiological settings *in vivo* they release highly immunogenic intracellular molecules and organelles into the interstitium and thereby represent the strongest known trigger of the immune system. A growing body of literature suggests that necrosis is a

regulated and genetically determined process (RN, regulated necrosis). The best characterized RN-pathways are necroptosis and ferroptosis, both of which can be pharmacologically prevented. This presentation focuses on RN-pathways as the origin of necroinflammation. Necroptosis and ferroptosis, and other RN-pathways have been evolutionary conserved most likely because of their differences in immunogenicity. As the inevitable consequence of necrosis, all cells release damage associated molecular patterns (DAMPs) that have been extensively investigated over the last two decades. Analysis of necroinflammation allows characterizing specific signatures for each particular pathway of cell death. While all RN-pathways share the release of DAMPs in general, most of them actively regulate the immune system by the additional expression and/or maturation of either pro- or anti-inflammatory cytokines/chemokines. It is our future research ambition to define the relative contribution of each RN-pathway to certain pathophysiological conditions, such as acute kidney injury, myocardial infarction, stroke, autoimmunity, sepsis and cancer.

LV 7

DAMPs and PAMPs in HIV-1 infection: how to block chronic immune activation

Schmidt B

Institut für Mikrobiologie und Hygiene, Klinische Virologie und Infektionsimmunologie

LV 8

DAMPs and PAMPs in Staphylococcus-host Interaction

Peschel A

Interfaculty Institute of Microbiology and Infection Medicine, Eberhard Karls Universität Tübingen

The innate immune system recognizes conserved 'microbe-associated molecular patterns' (MAMPs) some of which are sensed by G protein-coupled receptors (GPCRs) and lead to chemotactic leukocyte influx. Recent studies indicate that these processes are crucial for host defense and rely on a larger set of chemotactic MAMPs and corresponding GPCRs than previously thought. Bacterial formylated peptides, enterococcal pheromone peptides, staphylococcal peptide toxins, the *Helicobacter pylori* peptide HP(2-20), and bacterial fermentation products stimulate specific GPCRs. On the other hand, some bacterial pathogens produce chemotaxis inhibitors. How the various chemoattractants, receptors, and antagonists shape antibacterial host defense represents an important topic for future research.

Interdisziplinäres Networking für die Millennials 2018

07. Juni 2018, Bochum, im Stadtpark



Deutsche STI-Gesellschaft
Gesellschaft zur Förderung der
Sexuellen Gesundheit

Donnerstag, 7. Juni 2018

GASTRONOMIE IM STADTPARK, BOCHUM
13:30 bis 19 Uhr

Deutscher STI-Kongress: Interdisziplinäres Networking für die Millennials

Vorträge, Fallbeispiele, Diskussionen

Zertifiziert durch:

Deutsche AIDS-Gesellschaft e. V.
Ärztammer Westfalen-Lippe (4 Punkte: Kategorie A)



Geleitet durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Katholisches Klinikum Bochum
St. Elisabeth-Hospital
St. Elisabeth-Hospital

UKRU3
Klinikenverbund Bochum

Übersicht der Vorträge

- MV 1 Langanke H, Koppe U: Sind Dating-Apps ein Risikofaktor für STI?
- MV 2.1 Mais A: Safer Sex – (K)ein Thema bei Jugendlichen?
- MV 2.2 Schweitzer J: Sexuelle Sozialisationsprozesse von nicht-heterosexuellen Jugendlichen
- MV 3 Drews A: Emanzipation und traditionelles Frauenbild beim Sex

Abstracts zu den Vorträgen

MV1

Sind Dating-Apps ein Risikofaktor für STI?

Langanke H, Koppe U

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln

Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin

Online-Dating existiert seit den 1990er Jahren und war zunächst in bestimmten gesellschaftlichen Subgruppen sehr verbreitet. Beispielsweise sahen Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), darin eine Möglichkeit, Gleichgesinnte auch abseits von Treffpunkten in größeren Städten zu treffen [1]. Auch in der Sexarbeit wurden Online-Plattformen früh für das Verabreden sexueller Begegnungen genutzt [2]. Schnelle Internetverbindungen und neue mobile Endgeräte erlaubten den Anbietern, ihre Zielgruppen zu erweitern. Dating-Apps haben sich in den letzten Jahren als fester Bestandteil des Online-Datings auch für die breite Allgemeinbevölkerung etabliert.

Es gibt zahlreiche Apps für unterschiedliche Zielgruppen, bezogen auf sexuelle Orientierung, Dating-Absichten, bestimmte Vorlieben und auch Altersgruppen. Mit zunehmender Verbreitung des Online-Datings wuchsen Bedenken, dass dies mit einem höheren Risiko für sexuell übertragbare Infektionen (STI), gerade auch für junge Menschen, einhergehen könnte.

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeichnen kein eindeutiges Bild: im Rahmen des englischen „National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles“ wurde beobachtet, dass Menschen, die angaben, Partner online zu suchen, häufiger kondomlosen Sex mit ≥ 2 Partnern sowie höhere Partnerzahlen berichteten [3]. Eine Studie mit MSM in Amsterdam konnte in multivariablen Modellen keinen Effekt von Online-Dating auf die Häufigkeit von ungeschütztem Analverkehr feststellen [4].

Allen Studien ist gemein, dass sie aufgrund der Zeitverzögerung durch Analyse und Publikation Situationen abbilden, die wegen der rasanten digitalen Entwicklung möglicherweise nicht mehr aktuell sind. Daher sollten diese Fragestellungen fortlaufend untersucht werden.

Digitale Medien erweitern auch die Möglichkeiten, die Zielgruppen mit maßgeschneiderten Botschaften zur sexuellen Gesundheit, insbesondere auch zu STI-Prävention und -Versorgung, zu erreichen und zudem Teilnehmende für Studien in diesem Themenfeld zu motivieren.

[1] Grov *et al.*, *J Sex Res*, 2014;51(4):390-409

[2] Langanke, Ross, *Int J STD AIDS*. 2009 Jan;20(1):4-8

[3] Cabecinha *et al.*, *Sex Transm Infect*, 2017;0:1-11

[4] Heijman *et al.*, *BMC Infectious Diseases* (2016) 16:288

MV 2.1

Safer Sex – (K)ein Thema bei Jugendlichen?

Mais A

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.

Safer Sex sollte für Jugendliche im 21. Jahrhundert eigentlich selbstverständlich sein, denn nie war es einfacher, zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort an nützliche Informationen zu diesem Thema zu kommen. Aber genau hier liegt das Problem: Wegen der Vielzahl verfügbarer Informationen zum großen Themenkomplex „Sexualität“ überschätzen viele Jugendliche ihr Wissen, obwohl sie besonders in Bezug auf STI oft nur über lückenhafte Kenntnisse verfügen. Diese Fehleinschätzung führt dazu, dass ihnen die Risiken verschiedener Sexualpraktiken gar nicht bewusst sind und sie deshalb auch keine Notwendigkeit sehen, sich weitergehend zu informieren. Das Wort „Verhütung“ benutzen sie in

den meisten Fällen im Zusammenhang mit „Schwangerschaftsverhütung“. Ein Grund, warum mit zunehmender Anwendung der „Pille“ als Verhütungsmethode die Kondomnutzung abnimmt. Auch durch den bereits in sehr jungen Jahren weitverbreiteten Konsum pornografischer Darstellungen aller Arten werden Jugendliche oft schon lange bevor sie eigene sexuelle Kontakte aufnehmen, mit eher riskanten Formen der Sexualität konfrontiert. Kondome oder andere Botschaften zu Safer Sex kommen in den Pornos nicht vor. Allgemein wird erwartet, dass Schule Wissen zu STI vermittelt. Dort wird aber meistens nur HIV/AIDS thematisiert. Haben Jugendliche darüber hinaus noch Informationsbedarf zu STI, verlassen sie sich oft auf Internet und Chats, ohne die Verlässlichkeit und Seriosität der erhaltenen Inhalte, Botschaften und Meinungen beurteilen zu können. Deshalb engagieren sich Ärztinnen und Ärzte der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) schon seit vielen Jahren deutschlandweit an Schulen für eine altersentsprechende, wissenschaftlich fundierte und diversity orientierte Wissensvermittlung zu den verschiedenen Themen rund um die sexuelle Gesundheit – inklusive Safer Sex. Im Vortrag wird den Fragen nachgegangen: Wie aufgeklärt und informiert sind Jugendliche? Was wollen Jugendliche wissen und wie kann für sie relevantes Wissen verständlich und nachhaltig anwendbar vermittelt werden? Wie erreicht man die unterschiedlichen Bildungsniveaus, Kulturen, Geschlechter und Interessen? Hierzu werden sowohl Daten aus den Projektevaluationen der ÄGGF und der Studie zur Jugendsexualität 2015 der BZgA präsentiert als auch Erfahrungen aus dem ÄGGF-Settingansatz Schule mit tausenden von ärztlichen Informationsstunden jährlich.

MV 2.2

Sexuelle Sozialisationsprozesse von nicht-heterosexuellen Jugendlichen

Schweitzer J

Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Das Phänomen der Jugendsexualität ist mittlerweile gut erforscht. Vorliegende Studien zeigen eindrücklich, dass sich Jugendsexualität auch im 21. Jahrhundert ganz überwiegend im Rahmen exklusiver heterosexueller Beziehungen vollzieht und sich zudem durch eine ebensolche Liebesorientierung, geringe Schwankungen des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr sowie eine hohe Verantwortlichkeit bei der Verhütung auszeichnet. Unter anderem sind hier die kontinuierlichen Arbeiten der BZgA, die Jugendliche zu ihrem Sexualverhalten befragt, als die umfassendsten Studien zu dieser Thematik zu nennen. Allerdings ist die Befragung deutlich hetero- und cis-normativ aufgebaut, denn die Beschränkung auf ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ ist ebenso wenig hinreichend wie das Sample an Homo- und Bisexuellen aussagekräftig. Vergleichbare empirische Studien für lesbische, schwule und bisexuelle Jugendliche existieren bisher nicht. Andere Untersuchungen zeigen aber, dass das Aufwachsen von nicht ausschließlich heterosexuellen Jugendlichen durch vielfältige Ablehnungs-, Missachtungs- und Diskriminierungserfahrungen in ihren sozialen Umfeldern gekennzeichnet ist (Timmermanns 2017 u.a.; Krell/Oldemeier 2017). Obgleich diese Erfahrungen mit der sexuellen Sozialisation der Jugendlichen korrespondieren, stellt eine qualitative Analyse von sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Handlungspraxen von LSB-Jugendlichen bis dato ein Desiderat dar. Die vorzustellende Untersuchung nimmt diese Forschungslücke zum Ausgangspunkt und geht mithilfe biographisch-narrativer Interviews und Gruppendiskussionen der Frage nach, wie nicht-heterosexuelle Jugendliche ihre persönliche Auseinandersetzung mit ihrer Sexualität rekonstruieren.

Literatur:

- Krell, Claudia/Oldemeier, Kerstin 2017: Coming-out - und dann...?! Coming-out-Verläufe und Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und queeren Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Leverkusen
- Timmermanns, Stefan/Thomas, Peter M./Uhlmann Christine 2017: Dass sich etwas ändert und sich was ändern kann Ergebnisse der LSBT*Q Jugendstudie „Wie leben lesbische, schwule, bisexuelle und trans* Jugendliche in Hessen?“

MV3

Emanzipation oder traditionelles Frauenbild beim Sex

Drews A

Dipl.-Päd. Sexualwissenschaften, Hamburg

Wir sind heute so aufgeklärt wie keine Generation vor uns. Wir wissen auf dem Papier ganz genau, wie Sexualität funktioniert. Doch zu wissen, wie etwas funktioniert, bedeutet noch lange nicht, dass wir es auch verstehen oder, viel besser noch, fühlen oder darüber reden können. Oder dass wir überhaupt wissen, was wir wirklich wollen. Verhütung und Safer Sex top, Kenntnisse über die eigene Lust flop.

Bevor junge Frauen heute ihre ersten sexuellen Erfahrungen sammeln, werden sie konfrontiert mit Erwartungen, Moralvorstellungen und dem ganz normalen gesellschaftlichen Leistungsdenken. Das ist soweit nichts Neues. Hinzu kommt jedoch eine Flut an Magazinen, Internetportalen, Reportagen oder Ratgebern, in denen sie lesen und sehen können, wie „richtiger“ Sex funktioniert und was sie alles können müssten. Gar nicht zu sprechen von einschlägigen Medien und deren bildhaften Darstellungen. Dies trifft im Übrigen natürlich auch auf Männer zu. Es stellt sich zudem die Frage, was Emanzipation im Zusammenhang mit Sexualität überhaupt bedeutet. Ist, wer alles mitmacht und keine Tabus kennt, emanzipiert? Oder eher verloren jenseits der eigenen Grenzen?

Körperlichkeit ist ein weiteres großes Thema. Inwieweit kennen Frauen ihr eigenes Genitale? Inwieweit kennen sie ihre eigenen Erregungsquellen? Inwieweit sind Nacktheit und Lustgefühle auch heute noch mit Scham verbunden? Und welche Rolle spielen die Begrifflichkeiten? Wie spricht eine Frau über ihre Wünsche, wenn in den meisten Fällen schlichtweg die Worte fehlen? Und ist es emanzipatorisch, wenn immer noch der Mann als der Hauptverantwortliche für den weiblichen Orgasmus betrachtet wird?

Im Mainstream-Porno werden Frauen weiterhin als willige, vor Lust schreiende, den Mann bedienende Lustobjekte dargestellt. Wie wirkt sich das auf die weibliche Selbstwahrnehmung aus? Welche Mythen über die weibliche Sexualität beeinflussen junge Frauen auch heute noch? Es sei nur erinnert an die Unterteilung in klitorale und vaginale Orgasmen, die bis heute Frauen und Männer davon abhält, zu sehen, was sich direkt vor ihrer Nase befindet. Letzteres im übertragenen Sinne. Und wenn so viele Frauen beim penetrativen Sex nicht zum Orgasmus kommen, wäre es dann nicht emanzipatorisch, diese Form von Sex zu hinterfragen anstatt Frauen als defizitär zu betrachten?

Als positiv zu betrachten sind aus meiner Sicht Strömungen, die es jungen Frauen erlauben, mit sich selber in Kontakt zu kommen und die eigenen Wünsche zu erkunden. Slow Sex, Tantra oder Achtsamkeit finden immer mehr Raum auch bei jungen Menschen. Auf sexpositiven Partys wird in den Großstädten mit Geschlechterunterschieden gespielt. Auch dabei hebt sich das traditionelle Frauenbild auf. Treue wird in monogamen Beziehungen auf der einen Seite hochgeschätzt. Polyamore Liebesbeziehungen gestehen auf der anderen Seite auch Frauen die gleichen Rechte zu. Bleibt zu hoffen, dass sich diese Vielfalt an Möglichkeiten erhält und Frauen (wie auch Männer) diese Reise zur eigenen Lust selbstbestimmt antreten.

IMPRESSUM

Deutsche STI-Gesellschaft e.V. (DSTIG)

Sitz der Geschäftsstelle:

Besucheradresse:

Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

Postanschrift:

WIR „Walk In Ruhr“ im St. Elisabeth-Hospital

Bleichstraße 15; 44787 Bochum

E-Mail: info@dstig.de

Homepage: www.dstig.de

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Präsident der DSTIG

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
der Ruhr-Universität Bochum

E-Mail: n.brockmeyer@derma.de

Curriculäre STI-Fortbildung. Jetzt anmelden!

gemeinsames Curriculum der Ärztekammer Berlin und Ärztekammer Westfalen-Lippe

Sexuelle Gesundheit und Sexuell übertragbare Infektionen (STI)

für Ärzt*innen

BLENDED-LEARNING-ANGEBOT

32-Stunden-Intensivkurs

I. Präsenz-Termin

Samstag 8. September 2018

in Bochum

II. Präsenz-Termin

Freitag/Samstag 12/13. Oktober 2018

in Bochum

Anmeldung und weitere Informationen über: Christoph.Ellers@aekwl.de



akademie
für medizinische Fortbildung
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

in Zusammenarbeit mit
der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

