Hautarzt 2021 · 72 (Suppl 1):S1–S22
<https://doi.org/10.1007/s00105-021-04839-9>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021

Abstracts des 65. Deutschen STI-Kongresses – virtuell – vom 5./6. Februar 2021

„Liebe in Zeiten von COVID-19“

Inhaltsverzeichnis

Abstracts zu den Vorträgen

Einführungsveranstaltung
Session 1: Epidemiologie und Prävention
Session 2: Sexualität und psychische Gesundheit
Session 3: Resistenzen und STI-Diagnostik
Session 4: STI-Klinik
Session 5: Sexualität und sexuelle Gesundheit
Session 6: Prävention
Session 7: Freie Vorträge
Session 8: HIV & Hepatitis – die Unzertrennlichen?

Abstracts zum virtuellen Posterwalk

Kongresspräsident*innen:
Dr. Viviane Bremer (MPH), Berlin; PD Dr. Thomas Meyer, Bochum
Korrespondenzautor für das Supplement:
Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer

Abstracts zu den Vorträgen

Einführungsveranstaltung

E1 Sexuelle Gesundheit der Allgemeinbevölkerung (GeSiD)

Matthiesen S

Institut und Poliklinik für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Die GeSiD-Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ (www.gesid.eu) hat erstmalig anhand einer repräsentativen Stichprobe der Erwachsenenbevölkerung (18–75 Jahre) umfassende Daten zur sexuellen Gesundheit erhoben. Dazu wurden zwischen 2018 und 2019 insgesamt 4955 Personen per face-to-face Interviews mittels einer zweifach geschichteten Zufallsstichprobe befragt. Die Teilnahmequote beträgt 30,2 %; das Durchschnittsalter war 46,3 Jahre.

Für den Vortrag wurde aus dem breiten Themenspektrum der GeSiD-Studie die Frage nach dem Wissensstand zu STI und der Kommunikation über STI herausgegriffen, denn sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind ein relevanter Risikofaktor für die sexuelle Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung. Es geht darum, die Bekanntheit und den Wissensstand zu neun STI: HIV/Aids; Syphilis; Gonorrhoe/Tripper; Hepatitis B; Genitaler Herpes; Filzläuse; Chlamydien; Genitalwarzen und Trichomoniasis in der deutschen Bevölkerung zu analysieren.

Es wird gezeigt, dass das Wissen über HIV/Aids zwar in allen Altersgruppen weit verbreitet ist, aber andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) deutlich weniger bekannt sind. Besonders wenig informiert zeigen sich ältere Menschen und Befragte mit niedrigem Bildungsstand. Die regionale soziale Benachteiligung (Deprivationsindex) sowie eine familiäre Migrationsgeschichte sind ebenfalls negativ mit dem Wissen über STI korreliert. Bei den sexualitätsbezogenen Faktoren hat die bisherige Anzahl der Sexualpartner den stärksten Effekt: Eine höhere Anzahl von Sexualpartnern hängt mit einem besseren Wissensstand zusammen. Gut informiert zeigen sich darüber hinaus Personen, die ihre sexuelle Orientierung nicht als heterosexuell beschreiben sowie Personen, die schon einmal an einer STI erkrankt waren.

Zur Diskussion steht, warum heterosexuelle Erwachsene in Deutschland immer noch unzureichend über die Risiken, an einer STI zu erkranken, informiert sind. Zielgruppenspezifische Anstrengungen zur Verbesserung des Wissens über STI werden dringend benötigt, um die Inanspruchnahme von Primär- und Sekundärprävention bei sozial benachteiligten Gruppen zu verbessern.

von dieser Regelung nicht ausgenommen. Extra-genitale Abstriche sind aktuellen Schweizer Richtlinien zufolge nicht empfohlen. Im STAR-Trial wurden STI-Prävalenzen und damit zusammenhängende Faktoren bei Frauen mit multiplen Sexualpartnern mit/ohne Sexarbeit untersucht.

Methoden: Zwischen Januar 2016 und Juni 2017 wurde im Rahmen des schweizweiten STAR-Trials Männern und Frauen mit 3 oder mehr Sexualpartnern (in den letzten 12 Monaten) kostenlose STI-Tests angeboten, sowie Folgeuntersuchungen 6 und 12 Monate später. Bei jedem Besuch kamen Multiplex-PCR (N. gonorrhoeae, C. trachomatis, T. vaginalis, M. genitalium) für gepoolte Abstriche (Pharynx, Meatus/Vagina, Anus) zum Einsatz sowie Antikörpertests für HIV und T. pallidum; bzw. für Hepatitis B/C beim Erstbesuch.

Ergebnisse: Daten von 490 Sexarbeiterinnen (inklusive 17 Transfrauen) und 92 anderen Multipartner-Frauen wurden ausgewertet. Etwa die Hälfte aller Frauen in beiden Gruppen lebte in einer festen Partnerschaft. Bisher unbekannte HIV-Infektionen wurden bei 0,2 % vs. 0,0 % gefunden; TP-Antikörper bei 5,9 % vs. 0,0 %. Behandlungspflichtige (damalige Empfehlungen) STI: Aktive Syphilis 1,2 % vs. 0,0 %; N. gonorrhoeae 4,9 % vs. 0,0 %; C. trachomatis 6,3 % vs. 5,4 %, T. vaginalis 10,4 % vs. 0,0 %; M. genitalium 6,7 % vs. 6,5 %. Bei einer von vier Sexarbeiterinnen vs. einer von neun anderen Frauen fand sich mindestens eine dieser STI. 15,8 % vs. 3,8 % hatten eine Vorgeschichte von Hepatitis B, 45,5 % vs. 22,8 % keine Immunität (HBs-AB <10 IU/l). Zwei Sexarbeiterinnen hatten HCV-Antikörper (0,4 %) – beide ohne HIV-Koinfektion. Die STI-Inzidenz bei Sexarbeiterinnen lag bei insgesamt 35 % pro Jahr, allerdings mit großen Konfidenzintervallen (Beobachtungszeit: 25 Personenjahre); inzidente HIV-Infektionen wurden nicht gefunden. Kein Zusammenhang bestand zwischen inkonsistentem Kondomgebrauch (letzte drei Monate) für Vaginal-/Analsex; unabhängige Risikofaktoren waren Gruppensex (aOR = 2,1; 95 %-CI: 1,1–4,0), ein Alter unter 25 Jahren (aOR = 3,7; 95 %-CI: 1,6–8,9), bzw. Tätigkeit im Sexgewerbe unter einem Jahr (aOR = 2,7; 95 %-CI: 1,3–5,3).

Schlussfolgerungen: HIV und HCV scheinen bei Sexarbeiterinnen in der Schweiz kein relevantes Public-Health-Problem darzustellen; profitieren würde diese Population hingegen von Impfungen gegen Hepatitis B. Weiter fanden sich hohe Raten an nicht-viralen STI, deren unmittelbare Behandlung die Weitergabe an Kunden oder feste Partner verringern könnte. Ein kostenloses oder zumindest kostengünstiges Angebot für regelmäßige anlassunabhängige STI-Untersuchungen für Sexarbeiterinnen wäre in der Schweiz als wirksame Public-Health-Maßnahme zu empfehlen.

(Publiziert in englischer Sprache bei *Swiss Medical Weekly*, <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20393>)

Session 2: Sexualität und psychische Gesundheit

S2/1 Sexualität, psychische Erkrankungen und Trauma

Signerski-Krieger J

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Sexualität spielt für die Lebenszufriedenheit eine bedeutende Rolle. Neben der sexuellen Befriedigung dient Sexualität auch dazu, unsere Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Nähe und Akzeptanz zu stillen. Für eine zufriedene Sexualität ist es notwendig, Grundfertigkeiten im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation zu beherrschen. Gerade bei psychischen Erkrankungen kommt es in diesen beiden Bereichen zu erheblichen Defiziten, was u. a. die erhöhte Prävalenz von sexuellen Funktionsstörungen bei psychischen Störungen erklärt. Gleichzeitig ist aber zu bedenken, dass sexuelle Funktionsstörungen die soziale Interaktion und Kommunikation negativ beeinflussen und somit psychische Symptome auslösen bzw. verstärken können. Auch umgekehrt konnte beobachtet werden, dass in einigen Fällen eine Verbesserung der sexuellen Funktion auch mit einer Verbesserung der psychischen Symptomatik einhergeht. Zusätzlich kann eine Traumatisierung in dieses Wechselspiel zwischen psychischer Störung, interpersoneller Kommunikation und Sexualität ein-

Session 1: Epidemiologie und Prävention

S1/1 Der Schweizer STAR-Trial – Evaluation von Zielgruppen für STI-Screening bei Frauen mit und ohne Sexarbeit

Vernazza P¹, Rasi M¹, Ritzler M², Dost F³, Stoffel M³, Aebi-Popp K^{4,5}, Hauser CV⁶, Esson C⁶, Lange K⁴, Risch L², Schmidt AJ^{1,7}

¹Division of Infectious Diseases and Infection Control, Cantonal Hospital St. Gallen, Schweiz; ²Risch Medical Laboratories, Buchs, Schweiz;

³Gynaecological consultation, Walk-in Clinic Kanonengasse, Städtische Gesundheitsdienste Zürich, Schweiz; ⁴Ladycheck, Basel, Schweiz;

⁵Department of Infectious Diseases, Bern University Hospital, University of Bern, Schweiz; ⁶PROFA – Consultations in Sexual Health, Renens, Schweiz;

⁷Communicable Diseases Division, Swiss Federal Office of Public Health, Bern, Schweiz

Hintergrund/Fragestellung: In der Schweiz werden Routineuntersuchungen auf Sexuell Übertragene Infektionen (STI) nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt; Kosten für einen sinnvollen Checkup liegen bei ca. 700 Franken, das entspricht kaufkraftbereinigt etwa 560 €. Auch Gruppen mit hohem STI-Risiko, z. B. Sexarbeiterinnen oder MSM, sind

greifen sowie als separater Faktor die Sexualität negativ beeinflussen. In dieses komplexe Wechselspiel greifen zusätzlich noch einige Psychopharmaka mit ein, die ihrerseits sexuelle Schwierigkeiten auslösen können. Typische Beispiele dafür sind Antidepressiva (z. B. Citalopram, Venlafaxin) und Antipsychotika (z. B. Risperidon, Amisulprid), welche oftmals Erektionsstörungen und sexuelle Lustlosigkeit als unerwünschte Arzneimittelwirkungen zur Folge haben.

Session 3: Resistenzen und STI-Diagnostik

S3/1 Ringversuch zur Qualitätssicherung der Antibiotika-Empfindlichkeitstestung von *Neisseria gonorrhoeae* in deutschen Diagnostiklaboren

Selb R^{1,2}, Jansen K¹, Eckardt M³, Tamminga T¹, Guhl E⁴, Graeber I⁴, Gassowski M⁵, Dudareva S¹, Heuer D⁵, Buder S^{4,5}

¹Abteilung für Infektionsepidemiologie, FG34, HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ²European Public Health Microbiology Programme (EUPHEM), European Centre for Disease Prevention and Control, (ECDC), Stockholm, Schweden; ³Abteilung für Infektionsepidemiologie, Postgraduiertenausbildung für angewandte Infektionsepidemiologie (PAE), Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ⁴Konsiliarlabor für Gonokokken, Fachgebiet Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ⁵Abteilung für Infektionskrankheiten, FG19 Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Die Gonorrhoe ist die zweithäufigste sexuell übertragbare Erkrankung in der Europäischen Union. Ein ernsthaftes Problem stellt die zunehmende Antibiotikaresistenz des Erregers dar. Das deutsche Gonokokken-Resistenz-Netzwerk (GORENET) führte im Juni 2018 einen Ringversuch in deutschen Diagnostiklaboren durch, um die Qualität der Antibiotika-Empfindlichkeitstestung in diesen Laboren zu bewerten. Des Weiteren wurden Einzelheiten zu verwendeten Laborprotokollen erfragt, um den Einfluss unterschiedlicher Laborparameter auf die Ergebnisse der Empfindlichkeitstestung zu untersuchen.

Methoden: Im Ringversuch wurden fünf *N. gonorrhoeae*-Stämme auf ihre Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim, Ceftriaxon, Ciprofloxacin und Penicillin getestet. Die ermittelte minimale Hemmkonzentration (MHK) wurde im Anschluss mit den Konsensuswerten aus dem Konsiliarlabor verglichen, wobei Abweichungen innerhalb einer Verdopplungsstufe vom Referenzwert (± 1 Stufe) akzeptiert wurden. Daten zur verwendeten Labormethodik (z. B. Nährmedium, Inkubationstemperatur, CO₂-Konzentration, Dauer der Inkubation) wurden mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben. In linearen Modellen und „Conditional inference trees“ (CTI) wurde der Einfluss der Methodik auf die Testergebnisse statistisch berechnet.

Ergebnisse: Am Ringversuch nahmen 21 Labore aus dem GORENET teil. Für Ciprofloxacin lag bei 96 % der Proben keine Abweichung, oder maximal eine Abweichung von einer Verdopplungsstufe zwischen den ermittelten MHK-Werten der teilnehmenden Labore und den Konsensuswerten des Konsiliarlabors vor. Für Cefixim war dies bei 88 % der Proben der Fall, für Ceftriaxon bei 85 %, für Penicillin bei 79 % und für Azithromycin für 70 % der Proben. Die Testprotokolle der einzelnen Labore waren divers und nicht immer konform mit den Empfehlungen von EUCAST und der Standardliteratur. Beispielsweise wurden unter anderem nicht empfohlene Selektivmedien zur Testung verwendet. Die statistische Analyse mittels linearer Modelle ergab, dass die Inkubationszeit der Kulturen während der Testung einen signifikanten Einfluss auf das Testergebnis hat. Eine Inkubationszeit unter 23 h war mit geringeren MHK-Abweichungen vom Konsensuswert assoziiert. Zudem ergab die Analyse, dass die Inkubation der Kulturen bei einer CO₂-Konzentration von 5 % vorteilhaft gegenüber jener bei 3 % war. In der CTI-Analyse wurde zusätzlich zur Inkubationszeit und zur CO₂-Konzentration die Luftfeuchte als wichtiger Parameter

ermittelt, wobei über 60 % Luftfeuchte mit geringeren Abweichungen vom Referenzwert assoziiert war.

Schlussfolgerungen: Je nach Antibiotikum waren 70–96 % aller in den Laboren durchgeführten Empfindlichkeitsmessungen im Konsensus mit dem Konsiliarlabor. Die verwendeten Laborprotokolle waren sehr unterschiedlich und können einen Einfluss auf das Messergebnis haben. Die Entwicklung deutschlandweit einheitlicher Verfahrensanweisungen („Standard Operating Procedures“) für die Antibiotikaempfindlichkeitstestung von *N. gonorrhoeae* können die Diagnostik im Bereich der Antibiotika-Resistenz bei Gonokokken weiter verbessern und sollten, gestützt auf EUCAST-Empfehlungen und den Ergebnissen dieser Studie, entwickelt werden.

S3/2 *Neisseria gonorrhoeae* und *Mycoplasma genitalium* –Persistenz und Resistenz bei STI-Problemerregern

Buder S

Konsiliarlabor für Gonokokken, Fachgebiet Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

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 potenziell kaum therapierbaren, hochresistenten Erregers gegenübersteht (multidrug-resistant *Neisseria gonorrhoeae*, MDR-NG).

Aktuelle Resistenz-Daten aus dem deutschen Surveillance-Programm GORENET (Gonokokken-Resistenz-Netzwerk) und internationale Daten zeigen derzeit eine überwiegend niedrige Resistenzsituation für das first line-Therapeutikum Ceftriaxon (in Deutschland 0–0,5 %). Jedoch gibt es international beunruhigende Einzelfallberichte über Therapieversagen. Die Rate der Azithromycin-Resistenz bei Gonokokken nimmt deutlich zu (in Deutschland zwischen 4–20 %), was die duale Therapie zunehmend in Frage stellt und eine Monotherapie unmöglich macht. Multiresistenzen und high-level Resistenzen werden, auch aus Deutschland, zunehmend beschrieben.

Aufgrund seines plastischen Genoms ist auch das Bakterium *Mycoplasma genitalium* in der Lage, Einzel- und Multiresistenz auszubilden. Internationale Untersuchungen beschreiben ähnliche Trends, jedoch mit zum Teil starken Abweichungen. Die oft empfohlenen Tetracycline sind nur bedingt gegen *M. genitalium* wirksam. Derzeit wird die Ausprägung von Makrolidresistenz, und damit die eingeschränkte Einsetzbarkeit von Azithromycin, mit Sorge beobachtet. Seltener wird eine Fluorchinolon-Resistenz beschrieben, wodurch jedoch eine Alternativtherapie mit Moxifloxacin nicht mehr möglich ist. Erreger mit Resistenz gegen Moxifloxacin zeigen zudem oft auch eine Makrolidresistenz und eine eingeschränkte Wirksamkeit von Doxycyclin. Für Deutschland existieren Daten aus einer regionalen Testserie. Hierbei waren bei einer ausgewählten Patientengruppe in fast 80 % Makrolid-Resistenz-assoziierte Mutationen und in 13 % Chinolon-Resistenz-assoziierte Mutationen nachweisbar.

Neben symptomatischen Infektionen sind für beide Erreger asymptomatische Infektionen bekannt, die oft unerkannt bleiben und persistieren können. Aetiopathogenese und Pathomechanismus von Persistenz sind bisher nur bedingt untersucht und unzureichend bekannt. Daher sind Aussagen zur Persistenz schwierig. Valide Daten zum Verlauf von unbehandelten Infektionen stehen für beide Erreger nur eingeschränkt zur Verfügung, wobei Untersuchungen für *M. genitalium* überwiegen. Ergebnisse einer aktuellen Literaturrecherche werden vorgestellt und kritisch diskutiert.

S3/3 *Mycoplasma genitalium* resistance against macrolides and fluoroquinolones in a Berlin MSM cohort

Ehret R*, Breuer S, Obermeier M

MVZmib AG, Medizinisches Infektiologiezentrum Berlin, Germany

Background: Due to high rates of sexual transmitted infections (STI) reported especially in the MSM community there is a rise in awareness and

in testing. *Mycoplasma genitalium* (MG) is one important cause of non-gonococcal urethritis and emerging antibiotics resistance is a major concern. Standardized NAT tests are favored for this hard to culture bacterium in routine diagnostics. We tested here the Allplex™ MG&AziR and the new moxifloxacin-resistance MoxiR Assay (Seegene) on MG positive samples.

Materials/methods: Screening MSM for MG from urethral/anal swabs or urine was performed with the Hologic Panther system (Aptima *Mycoplasma genitalium*). 163 MG positive samples were then tested for macrolide resistance with the MG&AziR Assay and 48 of those tested for moxifloxacin resistance. The AziR Assay detects and differentiates the SNP mutations A2058C/G/T and A2059C/G/T of the 23S rRNA gene region V of MG and the MoxiR Assay detects mutations G259A/C/T, G248A/T and A247C in the ParC gene.

Results: 68.1 % ($N=111/163$) and 70.8 % (34/48) of MG positive screened samples were also positive in the MG&AziR and MoxiR Assay, respectively. In a very high proportion of these samples 82.9 % ($N=92$) Azithromycin resistance mutations could be detected. A2059G was the mutation detected with the highest frequency (78.3 %; $N=72$) followed by A2058G (18.5 %; $N=17$). Three samples had an A2058T mutation (3.3 %). No sample showed an A2058C or A2059C/T mutation. Six samples additionally showed Moxifloxacin resistance (3 × G248A each 2 × G259A and G248T). For one sample only a Moxifloxacin resistance mutation was detected. Overall a Moxifloxacin resistance rate of 20.6 % was detected.

Conclusions: Due to the very high sensitivity of the TMA test not all of the MG positive pretested samples were positive with the Allplex assay. 78.3 % of resistant samples showed the A2059G mutation leading to resistance against Azithromycin and Josamycin. As access to Pristinamycin is limited in Germany the usual second line option is Moxifloxacin. 4 of 25 samples positive for A2059G mutations additionally had a Moxifloxacin resistance. Resistance guided therapy is crucial for sufficient treatment success and addition of molecular resistance testing against Fluoroquinolones is an additional requirement.

Session 4: STI-Klinik

S4/1 TOC – Wann bei welchem Erreger?

Potthoff A^{1,2}

¹Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

Kontrolluntersuchungen (Test of cure = TOC) werden von den internationalen Fachgesellschaften nach Therapie von sexuell übertragbaren Infektionen empfohlen. Hierbei muss je nach Erreger ein ausreichender Abstand eingehalten werden, um falsch-positive Untersuchungen zu vermeiden. Während der Erfolg der Gonokokkentherapie schon nach wenigen Tagen mittels NAAT untersucht werden kann, sollte bei *Mycoplasma genitalium* mindestens 3 Wochen und bei Chlamydien 6 Wochen gewartet werden. Die Kontrolluntersuchungen der Syphilis können insbesondere bei Reinfektionen und HIV-Koinfektion schwierig zu interpretieren sein. Bisher werden TOC oft nicht systematisch durchgeführt. Aufgrund der zunehmenden Antibiotikaresistenz ist die Kontrolle des Therapieerfolges bei *Mycoplasma genitalium* besonders wichtig. Auch später durchgeführte Kontrolluntersuchungen (Retest) können dazu genutzt werden, das individuelle Risiko des Erwerbs von sexuell übertragbaren Infektionen zu beeinflussen, z. B. über die Erhaltung von PrEP-Adhärenz.

S4/2 Treatment of mycoplasma genitalium infections

Mordhorst I^{1,2*}, Potthoff A^{1,2}, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany; ²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Germany

Background: High prevalences of drug resistant mycoplasma genitalium infections (MGI) have been described. Data on epidemiology or treatment of MGI with or without HIV in Germany is scarce.

Methods: Out of 1200 screened, 72 persons (16 f, 56 m) who attended “Walk In Ruhr” for STI screening between 08/2018 and 07/2019 were tested positive for MGI and were integrated in this evaluation. Oral, genital and anal swabs were taken and analyzed for MGI using commercial nucleic acid amplification technology. 69 persons had a documented therapy (3 lost (2 f, 1 m)).

Results: 25 of 72 (8 f, 17 m) persons with positive MGI complained about symptoms. Of those 10 persons (2 f, 8 m) had a coinfection with another STI, preferred gonorrhea. 29/72 persons (2 f, 27 m) are HIV positive. 17 of 69 treated persons (1 f, 16 m) got a first line therapy with azithromycin over 5 days (500 mg 1st day, 250 mg over 4 days). 52/69 treated persons (13 f, 39 m) received a first line single shot therapy with azithromycin 1,5 g. 12/17 persons with a first line therapy over 5 days came for test of cure (TOC) (0 f, 12 m). 6/12 were tested negative for MGI, 6/12 were still positive for MGI.

45/52 persons with a single shot therapy came for TOC (9 f, 36 m). 29/45 were tested negative (8 f, 21 m), 16 were tested positive (1 f, 15 m). In 3 women and 18 men out of all 69 treated persons we found a coinfection of either gonorrhea, syphilis, chlamydia or trichomonas vaginalis, so they got a combined therapy with azithromycin (single shot or 5 day combined with another antibiotic). 18 persons with coinfections came for TOC (2 f, 16 m). 12 tests (2 f, 10 m) showed a negative result for MGI, 6 tests (0 f, 6 m) were still positive.

Limitations: No tests for resistance were made during the period of testing.

Conclusion: Screening for *Mycoplasma* infections should be performed in all attendees of sexual health clinics. Often there are no symptoms or symptoms because of another STI-coinfection so that mycoplasma genitalium is more of a random diagnosis. The TOC showed that almost 2/3 were successfully treated after the first line therapy but the rest remained still positive for MGI. Due to the lack of resistance tests, it can only be assumed here that resistance to azithromycin is present in MGI in our population. Reinfection may also be suspected due to the longer interval up to the TOC but is not likely. More studies, especially with a focus on resistances in MGI, should be carried out.

Session 5: Sexualität und sexuelle Gesundheit

S5/1 Wer nicht hören kann will fühlen – zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit bei gehörlosen Jugendlichen

Basilowski M^{1,2*}, Signerski-Krieger J³, Wirtz A^{1,2}, Langanke H⁴, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

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

²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁴GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Vorurteile, Stigmatisierung sowie Diskriminierung und Scham belasten in unserer Gesellschaft die Zugänge zu sexueller Bildung und somit die sexuelle Gesundheit und die Gesundheit im Allgemeinen. In Folge von Kommunikationsbarrieren zum medizinischen Hilfesystem zeigen sich bei Menschen mit Hörminderung gehäuft Wis-

senslücken zum Thema Gesundheit, woraus schlechtere Zugänge zu Prävention und Behandlung, unzureichende Nachsorge und damit insgesamt schlechtere Behandlungsergebnisse resultieren. Im Rahmen einer qualitativen Pilotstudie wurde die Versorgungssituation gehörloser Jugendlicher und junger Erwachsener im Hinblick auf die sexuelle Gesundheit erhoben. Durch Tiefeninterviews und eine Fokusgruppe mit Fachkräften, Experten, Entscheidern und Dolmetschern wurde die aktuelle Lage der Versorgung analysiert, Barrieren und Versorgungslücken identifiziert, und konkrete Anregungen zur Verbesserung der IST-Situation erarbeitet.

Methode: Die qualitative Untersuchung umfasste explorative Interviews und eine Fokusgruppe mit unterschiedlichen Akteuren der Versorgungslandschaft. Diese wurden ausgewählt entsprechend ihrer Funktion für die untersuchte Zielgruppe: unterschieden wurde zwischen Fachkräften, die im direkten Kontakt mit den Zielgruppenmitgliedern arbeiten, und Experten mit Fachwissen über die Zielgruppe (medizinischer oder wissenschaftlicher Background). Die Interviews wurden als offene, narrative Tiefeninterviews konzipiert und durchgeführt. Fragetechniken dieser Interviewführung wurden im Vorfeld entwickelt und fachlich diskutiert. Interviewleitfäden fixierten Themenschwerpunkte orientiert an der Lebenswelt-Definition: Wohnen, Lernen, Freizeit, Versorgung, Gesundheit und Sexualität.

Ergebnisse: Die qualitative Inhaltsauswertung der Gespräche mit Fachkräften, Experten und gehörlosen jungen Menschen verweist auf deutliche Defizite in der frühen Vermittlung adäquater Begrifflichkeiten zu sexuellem Erleben und sexueller Gesundheit beim Erlernen der DGS, sowie fehlende Curricula zu deren einheitlicher Vermittlung. Im medizinischen Versorgungssystem, aber auch in der direkten (schulischen) Lebensumwelt werde das Thema der sexuellen Gesundheit dann aus Gründen von geteilten Tabus und Scham, fehlenden Begriffen und Kommunikationshürden meist umgangen. Dies münde in fehlender Aufklärung, lückenhafter Anamnese im medizinischen Kontext, fehlendem Greifen von Präventionsangeboten, sowie in einer erhöhten Vulnerabilität für Erkrankungen (STIs), ungewollten Schwangerschaften oder sexuellen Übergriffen/sexueller Gewalt.

Schlussfolgerungen: Jungen Menschen mit Hörminderung sollte ein zugeschnittenes Bildungsangebot im familiären und schulischen Sektor zur Verfügung gestellt werden. Informationen sollten sowohl in analoger (Lehrmaterialien in einfacher Sprache) als auch in digitaler Form (Gebärdenvideos) zur Verfügung zu stehen. Zusätzlich zu Aspekten wie Prävention von STIs oder sexuellem Missbrauch sollte der Fokus auch auf die Ressource Sexualität und sexuelle Gesundheit gelegt werden. In der ärztlichen Praxis müssen sich Behandler der Herausforderung der Kommunikation mit Dolmetschern, digitalen und technischen Hilfsmitteln stellen. Behandelnden muss bewusst sein, dass die Kommunikation insgesamt mehr Zeit benötigt, dass es zu Missverständnissen kommen kann und möglicherweise nicht alle Informationen zielgerichtet erhoben und vermittelt werden können.

S5/2 STI: Schulisch selten Thematisierte Inhalte. Erste Evaluationsergebnisse des Schulprojekts zur „Primär- und Sekundärprävention von Sexuell übertragbaren Infektionen (STI)“ der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V.

Mais A¹, Isensee B², Klapp C¹, Kramer H¹

¹Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung (ÄGGF) e. V.; ²IFT-Nord

Unzureichendes Wissen zum Tabuthema STI führt in der Konsequenz zu riskantem Sexualverhalten und einer Zunahme an Infektionen. Studien belegen den Zusammenhang zwischen riskantem Sexualverhalten und mangelnder Bildung. Mangelndes Wissen muss dabei als Risikofaktor für die erhebliche Unterschätzung der Übertragungsrisiken relevanter Krankheiten sowie deren möglicherweise schwerwiegenden Folgen angesehen werden. Jugendliche gehören zur Hauptbetroffenengruppe von STI. Es ist also ein wichtiger Präventionsfaktor, diese jungen Menschen frühzeitig effektiv zu informieren. Dazu sind niedrigschwellige, aufsuchende Angebote im Setting Schule besonders geeignet. Die ÄGGF e. V. hat deshalb 2017 mit Unterstützung von BZgA und PKV ein bundesweites Schulprojekt

mit dem Ziel gestartet, das Wissen zu STI zu verbessern und die Handlungskompetenz der Jugendlichen auf vielfältiger Ebene zu stärken: über das Einschätzen von Übertragungsrisiken, geeigneten Schutzmöglichkeiten, dem Erkennen von Symptomen bis hin zu Beratungsmöglichkeiten und Partner*innenkommunikation. Dazu wurde eine ärztliche STI-Unterrichtseinheit an Schulen im Sinne von Good-Practice erstellt, modellhaft erprobt und vom IFT-Nord begleitend evaluiert. Fragestellungen der Evaluation waren:

- Stand der STI-Prävention im schulischen Setting
- Wie sollen Maßnahmen zur STI-Prävention im schulischen Setting gestaltet sein, um eine hohe Akzeptanz und Wirksamkeit zu ermöglichen?
- Wie wird eine ärztliche Informationsstunde zu STI bewertet?
- Wirkt sich die Teilnahme an einer ärztlichen Informationsstunde auf das Wissen der Schüler*innen aus?

Befragt wurden Schüler*innen, Lehrkräfte und Ärzt*innen.

Schlussfolgerung:

- Das Wissen über STI ist bei Jugendlichen defizitär. Dies kommt in der Wahrnehmung der Lehrkräfte und Ärzt*innen sowie in den Befragungen der Schüler*innen vor einer schulischen Aufklärungsmaßnahme zum Ausdruck.
- Diese ärztliche Informationsstunde steigert das Wissen signifikant.
- In der Schule wird beim Thema STI häufig auf HIV/AIDS fokussiert, andere relevante STI werden vernachlässigt.
- Lehrkräfte erklären diese Diskrepanz auch mit mangelnder Thematisierung in der eigenen Aus- und Fortbildung.
- Weitere Hemmnisse für schulische STI-Aufklärung: mangelnde zeitliche Ressourcen, fehlende Kompetenz, geringe Vertrautheit mit dem Thema seitens der Lehrkräfte.
- Eine externe Unterstützung durch Fachkräfte zur Verringerung bzw. Bewältigung von Umsetzungshürden, zur Erhöhung der Kompetenz sowie der Glaubwürdigkeit und Offenheit der Schüler*innen halten Lehrkräfte für notwendig und wünschenswert.
- Ärzt*innen der ÄGGF bieten eine solche Expertise und Unterstützung, die sowohl in der Wahrnehmung der Lehrkräfte als auch der Schüler*innen hohe Akzeptanz erfährt.

Session 6: Prävention

–

Session 7: Freie Vorträge

S7/1 Behandlungsergebnisse der Therapie einer Syphilis-Infektion

Vehring J¹, Sammet S¹, Maischack F¹, Heintschel von Heinegg E², Schadendorf D¹, Esser S¹

¹Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; ²Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Hintergrund: Die Inzidenz von Syphilis-Infektionen, besonders bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), ist in Deutschland weiterhin hoch. Nur wenige prospektive randomisierte Studien untersuchen die Wirksamkeit der Syphilis-Behandlung. In der Literatur werden je nach Lues-Stadium Therapie-Versagerquoten von bis zu 30 % beschrieben.

Methoden: Wir führten eine monozentrische, retrospektive Analyse von Ergebnissen der Syphilis-Therapie aus der HPSTD-Ambulanz der Universitäts-Hautklinik Essen von Januar 2013 bis April 2018 durch. Die Studie schließt HIV-positive (HIV+) und HIV-negative Patienten mit einer Syphilis und vollständig dokumentierten klinischen und serologischen Verläufen inklusive VDRL- und IgM-Titer über mind. 12 Monate oder bis zum Behandlungserfolg ein. Der vollständige Behandlungserfolg wurde definiert durch das Verschwinden der Syphilis-assoziierten Symptome, einen vierfachen Abfall der Lipoid-AK-Titer (VDRL oder RPR) und durch

Abb. 1 | S7/1 ▲ Kaplan-Meier-Kurve der Ansprechraten im VDRL-Titerabfall

die Negativierung der IgM-Antikörper während des einjährigen Follow-ups.

Ergebnisse: Es wurden 226 Patienten (97,8 % Männer, 92,5 % MSM, 84,1 % HIV+) mit 312 neuen Syphilisfällen während des Beobachtungszeitraums und einem Durchschnittsalter von $41,46 \pm 11,0$ Jahren zu Studienbeginn untersucht. Die Fälle präsentierten sich als primäre (13,2 %), sekundäre Syphilis (30,8 %), frühe latente Syphilis (44,2 %), späte latente Syphilis (9,9 %) oder Neurosyphilis (1,9 %). In 28,5 % der Fälle wurde die Erstdiagnose einer Syphilis gestellt. 51,3 % aller Fälle wurden mit einer einmaligen i. m. Injektion mit 2,4 Mio. IE Benzathin-Benzylpenicillin und 26,3 % mit drei Injektionen über drei Wochen behandelt. 6,1 % erhielten Doxycyclin 2×100 mg/Tag p. o. für zwei Wochen, 4,5 % wurden mit Ceftriaxon 1×2 g/Tag und 1,6 % mit Penicillin G 3×10 Mio. IE/Tag, beide i. v. für 14 Tage therapiert. 0,6 % erhielten Ceftriaxon 1×2 g/Tag i. v. für 21 Tage oder eine sonstige Kombinationstherapie (6,1 %). Nach einjährigem Follow-up wurde bei 97,8 % eine Heilung der Syphilis-assoziierten Symptome dokumentiert. 90,4 % hatten eine vierfache Abnahme im Nicht-treponemenspezifischen Antikörpertiter und bei 74,4 % trat eine Negativierung der IgM-Antikörper auf. Nach den definierten Kriterien wurde in 71,5 % der Fälle nach einem Jahr ein vollständiger serologischer und klinischer Behandlungserfolg erzielt. In der Gruppe der HIV+ Patienten dokumentierte man nach 12 Monaten einen vollständigen Behandlungserfolg in 72,6 % der Fälle. Bei den HIV-negativen Patienten lag dieser Erfolg bei 64,3 %.

Schlussfolgerungen: Die stadiengerechte Therapie einer Syphilis-Infektion ist sowohl bei HIV+ als auch bei HIV-negativen Patienten nach klinischen und serologischen Kriterien effektiv.

S7/2 Beta-hämolisierende Streptokokken und ESBL-produzierende Enterobakterien in Analabstrichen HIV-positiver homosexueller Männer

Plettenberg P¹*, Kuhlendahl F², Stoeher A², Burchard A², Buggisch P², Petersen J², Fenner T³, Meyer T⁴, Plettenberg A²

¹Asklepios Medical School, Hamburg, Deutschland; ²ifi – Institut für interdisziplinäre Medizin, Hamburg, Deutschland; ³Labor Dr. Fenner und Kollegen MVZ, Hamburg, Deutschland; ⁴Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Für HIV-positive homosexuelle Männer wird empfohlen, abhängig vom Risikoverhalten alle 6–12 Monate STI-Checks durchzuführen. Gelegentlich kommt es vor, dass in den Abstrichen beta-hämolisierende Streptokokken oder ESBL produzierende Enterobakterien (ESBL-PE) gefunden werden. Oft stellt sich dann die Frage, welche Bedeutung diese Erreger bei diesem speziellen Kollektiv haben. Wir haben die Häufigkeit von beta-hämolisierenden Streptokokken und ESBL-PE bei asymptomatischen HIV-positiven homosexuellen Männern untersucht.

Weiter gingen wir der Frage nach, ob es Hinweise für eine sexuelle Übertragung dieser Erreger gibt.

Methoden: Im Zeitraum 2014–2015 wurden am ifi-Institut für interdisziplinäre Medizin 251 HIV-positive homosexuelle Männer ohne klinische Symptome in die Studie aufgenommen. Die Studienteilnehmer füllten einen Fragebogen aus und entnahmen selbstständig Analabstriche. Die Proben wurden unter anderem auf ESBL-PE und beta-hämolisierende Streptokokken untersucht. Mit dem Fragebogen wurden Geburtsjahr, Geburtsland, Art der sexuellen Beziehung, Gonorrhoe oder Syphilis in der Vorgeschichte, Häufigkeit von Kondomgebrauch und Sexualverkehr sowie Anzahl der Partner mit ungeschütztem Sexualverkehr während der letzten sechs Monate in Erfahrung gebracht.

Ergebnisse: Die Männer waren im Mittel 46 Jahre alt. 84 % waren in Deutschland geboren. 25 % lebten in einer treuen und 31 % in einer offenen Beziehung. 44 % waren Single. 49 % verwendeten regelmäßig Kondome, 40 % unregelmäßig. 11 % hatten während der letzten sechs Monate keinen Sexualverkehr. Beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppen A–G wurden in 33 % (82/250) der Analabstriche nachgewiesen. Hierbei handelte es sich in 85 % (70/82) um Streptokokken der Gruppe B (GBS); dies entspricht 28 % (70/250) des Gesamtkollektivs. ESBL-PE wurde in 4 % (10/250) gefunden. Bei Patienten ohne Sexualverkehr während der letzten sechs Monate wurden beta-hämolisierende Streptokokken in 16 % (4/25) gefunden, bei Patienten mit Sexualverkehr in 37 % (77/211), ($p=0,046$). Für GBS beträgt das Verhältnis 30 % versus 16 % ($p=0,167$). Für die anderen Parameter des Fragebogens (z. B. Kondomgebrauch, Häufigkeit von Sexualpartnern) wurden keine Korrelationen mit dem Erregernachweis gefunden. Für statistische Auswertungen zu ESBL-PE war die Fallzahl zu gering.

Schlussfolgerungen: In dem Kollektiv asymptomatischer homosexueller HIV positiver Männer wurden beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe A–G in 33 %, GBS in 28 % und ESBL PE in 4 % der Analabstriche nachgewiesen. Für asymptomatische homosexuelle HIV-positive Männer haben wir keine vergleichbare Untersuchung in der Literatur gefunden, ansonsten entsprechen diese Daten denen anderer Kollektive. Beta-hämolisierende Streptokokken wurden signifikant häufiger bei Patienten mit Sexualverkehr gefunden als ohne. Dies kann als Hinweis für eine sexuelle Übertragung angesehen werden. Für die anderen mit dem Fragebogen erhobenen Parameter wurden jedoch keine Korrelationen festgestellt.

S7/3 Partner*innen-Benachrichtigung bei STI in Deutschland: Erfahrungen und Bedarfe aus Nutzer*innensicht

Schu M*, Enders K

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

Hintergrund/Fragestellung: In der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen wird PB besondere Bedeutung zugemessen, wenn es darum geht, „Infektionsketten zu unterbrechen“. Um nun die Situation in Deutschland genauer einschätzen zu können und Handlungsbedarfe zu identifizieren, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Situationsanalyse zu PB in Auftrag gegeben. Im Fokus stehen dabei PB im Rahmen anonymen Testmöglichkeiten bei Chlamydien, Gonorrhoe und Syphilis. In der im Jahr 2019 durchgeführten Studie wurden erstmals in größerem Umfang Erfahrungen und Bedarfe von Nutzer*innen erhoben.

Methoden: Die Untersuchung folgte einem mehrstufigem Erhebungs- und Auswertungsverfahren:

1. Systematische Literaturrecherche zu Forschungsergebnissen zu PB sowie zu Empfehlungen und Leitlinien
2. Qualitative Untersuchung der Umsetzung von PB in Deutschland durch Fachgespräche mit 45 Praktiker*innen in 16 Teststellen in acht Groß- und Mittelstädten
3. Untersuchung der Sichtweisen von Nutzer*innen in den 16 Teststellen durch Fragebogenerhebungen (N=721) und fragebogengestützte Interviews vor Ort (N=168)

Ergebnisse: Von den befragten Nutzer*innen berichten 30 %, dass sie schon mal von Sexualkontakten zu einer STI-Gefährdung informiert wurden, darunter 45 % der befragten MSM, aber nur 16 % der Heterosexuellen. Jedoch gab lediglich ein Zehntel der Befragten an, schon einmal im Rahmen der Testberatung zu PB beraten worden zu sein. Die meisten befragten Nutzer*innen geben an, auf jeden Fall über ein STI-Risiko informiert werden zu wollen, egal auf welchem Weg. Fast alle würden auch selbst im Infektionsfall Sexualkontakte informieren, allerdings mit abnehmender Beziehungsintensität weniger. Als hemmende Faktoren für eine Benachrichtigung wurden fehlende Kontaktdaten benannt, Angst vor Entdeckung (von Fremdgehen oder sexueller Orientierung), vor Konsequenzen oder Stigmatisierung. 80 % der Befragten wünschen sich Beratung zu Möglichkeiten der PB, bspw. dazu wann, wie, wo sie ihre Sexualkontakte informieren sollen. Sie wünschen sich Informationsmaterial und vertiefte Beratung bis hin zu Formulierungsvorschlägen und dem Einüben von Gesprächssequenzen. Wichtig ist ihnen dabei, auch konkrete Hilfemöglichkeiten aufzeigen zu können – auch für nicht krankenversicherte Partner*innen. Der Beratungsbedarf ist bei jüngeren Personen und Ersttestern am höchsten. Manche Nutzer*innen wünschen sich, dass Fachkräfte ihre Sexualkontakte benachrichtigen, bspw. wenn Sprachbarrieren bestehen oder bei Angst vor gewalttätigen Sexualpartnern.

Schlussfolgerungen: Das Thema Partner*innen-Benachrichtigung bewegt die Nutzer*innen anonymer Teststellen, viele empfinden Verantwortung für ihre Sexualpartner*innen und fast alle wollen sie informieren. Doch fällt es vielen schwer, ihre Sexualkontakte auf eine mögliche Infektion hinzuweisen, es zeigt sich ein deutlicher Bedarf nach mehr (Beratung zu) Partner*innen-Benachrichtigung, ggf. sogar nach stellvertretender Benachrichtigung. Begrüßt würde zudem jede Art von Informationsmaterial, auch online zugängliches. Die Analyse zeigt zudem typische Barrieren, benennt erste Lösungsvorschläge und verweist auf weitere Handlungs- und Forschungsbedarfe.

S7/4 Kenntnisse, Einstellungen und Beratungspraxis zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) unter Ärzt*innen in Deutschland – Potenziale für eine Verbesserung der Implementierung von PrEP in Deutschland?

Sammons MK*, Gaskins M, Kutscha F, Nast A, Werner RN

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Division of Evidence-Based Medicine (dEBM), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Seit September 2019 ist die Verordnung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen abrechenbar. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids („HIV-Schwerpunkt“) oder, für Ärzt*innen festgelegter Fachrichtungen ohne HIV-Schwerpunkt, u. a. eine 16-stündige Hospitation und Fortbildungen. In Deutschland bestehen ausgeprägte regionale Divergenzen bezüglich der Verfügbarkeit eines Versorgungsangebots zur Prävention von HIV-Infektionen. Angesichts der bislang unzureichenden Implementierung der PrEP war das Ziel unserer Studie, zu ermitteln, (1) welche Kenntnisse und Einstellungen zur PrEP unter (potenziell) verordnungsberechtigten Ärzt*innen vorliegen und (2) in welchem Ausmaß das Thema PrEP in Patientenkontakten mit Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), für die entsprechend der deutsch-österreichischen Leitlinie eine Empfehlung zur Einnahme der PrEP besteht (im Folgenden: ‚at-risk MSM‘), eine Rolle spielt.

Methoden: Zur Teilnahme an der anonymen Querschnittsstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 2200 niedergelassenen Ärzt*innen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Dermatologie und Urologie eingeladen. Darüber hinaus wurde eine Einladung zur Teilnahme über die Mailinglisten der DSTIG und der DAIG versendet. Zur Erhebung der Kenntnisse und Einstellungen zur PrEP wurden Multi-Item-Skalen verwendet, die bereits zuvor in einer Erhebung unter Berater*innen in HIV-Test- und Beratungsstellen erprobt wurden.

Ergebnisse: Von August bis Oktober 2019 nahmen 154 Ärzt*innen an der Umfrage teil [Alter: MW = 52,2 Jahre (SD = 8,98); Geschlecht: w: 35,1 %;

HIV-Schwerpunkt: 47,7 %, kein HIV-Schwerpunkt: 52,3 %; Fachrichtung: Allgemeinmedizin: 22,7 %, Innere Medizin: 17,5 %, AM/IM mit Zusatzbezeichnung Infektiologie: 24,0 %, Dermatologie: 16,2 %, Urologie: 16,2 %, Sonstige: 3,4 %]. Sowohl die Selbsteinschätzung der Kenntnisse als auch die Einstellungen zur PrEP waren unter Ärzt*innen mit HIV-Schwerpunkt signifikant höher bzw. positiver als unter Ärzt*innen ohne HIV-Schwerpunkt [Gesamtscore Kenntnisse (0–20 Punkte): Mdn = 20,0 (IQR = 0,0) vs. Mdn = 4,0 (IQR = 11,0), $p < 0,001$; Gesamtscore Einstellungen (0–20 Punkte): Mdn = 18,0 (IQR = 3,0) vs. Mdn = 13,0 (IQR = 5,25), $p < 0,001$]. Der Anteil der aktiv initiierten Beratungen zur PrEP in Patientenkontakten mit ‚at-risk MSM‘ war unter Ärzt*innen mit HIV-Schwerpunkt höher [Mdn = 30,0 % (IQR = 63,5)] als unter Ärzt*innen ohne HIV-Schwerpunkt [Mdn = 0,0 % (IQR = 11,3); $p < 0,001$]. In der multiplen linearen Regression zeigten sich nur die Kenntnisse zur PrEP, nicht jedoch das Vorliegen einer Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids (HIV-Schwerpunkt), als unabhängiger Prädiktor für die Frequenz initiativer Beratungen von ‚at-risk MSM‘ zur PrEP.

Schlussfolgerungen: Die Studienergebnisse verweisen auf Potenziale zur Verbesserung der PrEP-Implementierung in Deutschland. Schulungen, Entscheidungshilfen für Patienten und ein niederschwelliger Zugang zur Berechtigung, PrEP-assoziierte Leistungen abzurechnen, könnten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation, insbesondere in ländlichen Gebieten mit wenigen HIV-Schwerpunktpraxen, beitragen.

Session 8: HIV & Hepatitis – die Unzertrennlichen?

S8/1 Wo steht Deutschland auf dem Weg zur Hepatitis B- und C-Eliminierung?

Dudareva S*, Steffen G, Sperle I, Bremer V, Zimmermann R

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

Hintergrund: Hepatitis-B-Virus- (HBV) und Hepatitis-C-Virus- (HCV) Infektionen 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 und hat Indikatoren definiert, die für die Beschreibung der Ausgangssituation (Baseline) und Überwachung der zeitlichen Entwicklung der Eliminierung zu erheben sind. Die Indikatoren sind den Kategorien Epidemiologie, Prävention, Testung, Behandlung, Heilung und Impact zugeordnet. Um die Eliminierungsziele in Deutschland zu überwachen, haben wir einen umfassenden evidenzbasierten Überblick über die aktuelle Datenlage der Virushepatitis in Deutschland zusammengestellt.

Methoden: Für die Beschreibung der WHO-Indikatoren für Deutschland haben wir die Daten aus einem bereits vorliegendem Scoping Review und weiteren verfügbaren Datenquellen benutzt. Im Scoping Review wurden zwischen Januar 2005 und März 2017 publizierte Daten bewertet und aufgearbeitet. Als weitere Datenquellen dienten Surveillancedaten und Daten aus Studien, die entweder nicht publiziert sind oder nach März 2017 publiziert wurden. Im Abstract sind nur ausgewählte Hauptindikatoren berichtet. Zu Epidemiologie und Impact werden die Prävalenz- und Mortalitätsdaten berichtet, zu Prävention die HBV-Impfabdeckung bei Kindern und Screening von schwangeren Frauen, zu Behandlung die Anzahl der HCV-Therapierten.

Ergebnisse: Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung beträgt je 0,3 % für chronische HBV- und HCV-Infektion (Ziel erreicht). In vulnerablen Gruppen betrug die HBV- und HCV-Prävalenz bei HIV-koinfizierten MSM entsprechend 1,7 % und 5,0–8,2 %, bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum 0,3–2,5 % und 42,3–75,0 %, und bei MigrantInnen je nach Herkunftsland bis zu 17,4 % und 0,4–2,3 % (Ziel nicht erreicht). 2015 beträgt die Baseline-Mortalität von durch Virushepatitis verursachtem hepatozellulärem Karzinom 4,9 pro 100.000 Personen. Daten im Zeitverlauf fehlen (Ziel noch nicht messbar). Der Anteil von Kindern mit vollständi-

ger HBV-Grundimmunisierung betrug 88 % (Ziel >90 % für 2018 nicht erreicht). Es werden 93 % der Schwangeren auf Hepatitis B getestet (Ziel >90 % erreicht).

Es wurden 2014–18 insgesamt 61.800 HCV-Infizierte antiviral behandelt, davon 9900 im Jahr 2018. Für HBV liegen die Daten nicht vor. Aktuell kann die Behandlungskaskade für Virushepatitis nicht vollständig erstellt werden, da Daten zum Anteil der HBV- und HCV-Diagnostizierten fehlen.

Schlussfolgerungen: Es wurde ein umfassender evidenzbasierter Überblick über die aktuelle Datenlage zur Epidemiologie der Virushepatitis in Deutschland generiert, der als Basis für die Überwachung der Hepatitis-Eliminierungsziele der WHO in Deutschland dient. Einige der Ziele sind bereits erreicht worden. Wichtige Datenlücken zur Konstruktion der Versorgungskaskade wie die Zahl der Diagnostizierten und die Zahl der Hepatitis-B-Therapierten sowie zum Impact (Inzidenzdaten und Mortalitätsdaten im Verlauf) wurden identifiziert.

S8/2 Diagnostik und Therapie des HIV-assoziierten Kaposi-Sarkoms

Potthoff A^{1,2*}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Die AWMF-Leitlinie zum Kaposi-Sarkom wird aktuell überarbeitet. Die prognostische Bedeutung der ACTG-Stadieneinteilung ist bei optimaler HI-Virussuppression begrenzt. Im Weiteren werden Wege für Diagnostik und Therapie skizziert.

Diagnostik:

1. Klinische Verdachtsdiagnose
4. Histologische Diagnosesicherung
5. Staging mit Sonographie der regionalen Lymphknoten und des Abdomens
6. Röntgen oder CT Thorax
7. Gastroskopie und Koloskopie (zwingend bei Schleimhautbefall)
8. ggf. weitere Untersuchungen (z. B. Augenarzt)

Therapie: Bei gutem Immunstatus:

Einleitung einer antiretroviralen Therapie (ART), wenn diese noch nicht begonnen wurde. Bei gering ausgeprägtem Hautbefall (Stad. I n. Mitsuyasu) kann das Ansprechen der ART abgewartet oder lokal mit Alotretinoin 0,1 % Gel behandelt werden.

Bei ausgedehnter Hautbeteiligung (z. B. entstellender Befund oder Schmerzen) und/oder Tumoren an inneren Organen sollte eine Chemotherapie mit liposomalem Doxyrubicin 20 mg/kgKG gestartet werden. In der Regel werden 6 Zyklen alle 2–4 Wochen durchgeführt. Nach 3 Monaten sollte ein Kontrollstaging erfolgen.

Zu beachten ist, dass es zu einem massiven Progress im Rahmen eines Immunrekonstitutionssyndroms (IRIS) insbesondere bei <200/μl CD4 T-Zellen kommen kann. Eine Radiatio kann bei fehlendem Ansprechen erwogen werden (Einzeldosen von 2 Gy, Gesamtdosis 40 Gy fraktioniert (5 ×/Woche), 0,5–1,0 cm über den sichtbaren Tumorrand hinausreichend). Bei ausgeprägter Immunalteration <200/μl CD4 T-Zellen: wegen der Gefahr eines IRIS sollte bei ausgeprägten Kaposisarkomen (Stad. II–IV n. Mitsuyasu) immer direkt mit einer liposomalen Doxyrubicin 20 mg/kgKG Therapie begonnen werden. Es zu abzuwägen, eine ART erst 1–2 Wochen später zu beginnen.

Prognose: In einer Analyse der Daten des Kompetenznetz HIV/AIDS war das KS bei 80,2 % der Patienten rezidivfrei. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten nach 5 und 10 Jahren lagen bei 96,8 % und 91,3 %. Die Patienten mit höherer CD4-Zellzahl und ohne ART vor KS zeigten ein signifikant geringeres Sterberisiko. Bei kompletter Remission nach Abschluss der Therapie ist bei vollständiger HI-Virussuppression kein weiteres apparatives Staging erforderlich.

Abstracts zum virtuellen Posterwalk

P1 HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) – zwischen Zulassung und Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung

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

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

²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ³Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland;

⁴Gesundheitsamt Bochum, Bochum, Deutschland

Einleitung: Die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wurde 10/2017 in Deutschland zugelassen und seit 9/2019 werden die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Methoden: In die Studie wurden $n = 139$ Probanden eingeschlossen, die zwischen 10/2017 und 12/2018 mit einer PrEP begonnen haben. Alle PrEP-Nutzer erhielten Fragebögen, zudem wurden Nebenwirkungen, HIV und andere STI mittels klinischer Laborwerte über einen Zeitraum von 13 Monaten erfasst.

Ergebnisse: Die PrEP-Nutzer hatten ein durchschnittliches Alter von 38 Jahren, waren zu 99,3 % Männer, die Sex mit Männern (MSM) hatten, und zeichneten sich durch einen hohen Bildungsstatus und geringe Arbeitslosigkeit aus. Die durchschnittliche Partneranzahl pro Proband innerhalb der letzten sechs Monate stieg im Verlauf signifikant, während die Kondomnutzung signifikant zurückging. Es wurde keine HIV-Infektion festgestellt. In den ersten vier Wochen nach PrEP-Beginn zeigten sich bei 38,8 % unerwünschte Arzneimittelwirkungen, hauptsächlich Symptome des Magen-Darm-Trakts.

Schlussfolgerung: Die PrEP-Nutzer hatten einen guten Bildungsstatus und einen festen Arbeitsplatz/eine Ausbildungsstelle. Es bleibt abzuwarten, ob durch die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse andere Nutzer erreicht werden. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen zeigten sich insbesondere zu Anfang der PrEP-Einnahme.

P2 Identifizierung einer neuen Assoziation zwischen Genogruppe G10557 (G7072) und Cefixim-Resistenz mittels molekularer Typisierung von Neisseria gonorrhoeae-Isolaten in Deutschland (2014–2017)

Banhart S^{1*}, Jansen K², Buder S³, Tamminga T², Calvignac-Spencer S⁴, Pilz T¹, Martini A¹, Dudareva S^{2,5}, Nikisins S², Dehmel K², Zuelsdorf G², Guhl E¹, Graeber I³, Koh PK³, Unemo M⁵, Bremer V², Heuer D¹ und GORENET-Studiengruppe

¹Fachgebiet ‚Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger‘, Abteilung für Infektionskrankheiten, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland;

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

³Konsiliarlabor für Gonokokken, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland; ⁴Projektgruppe ‚Epidemiologie hochpathogener Erreger‘, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland; ⁵WHO Collaborating Centre for Gonorrhoea and Other STIs, Faculty of Medicine and Health, Örebro University, Örebro, Schweden

Hintergrund/Fragestellung: Die Behandlung von Neisseria gonorrhoeae-Infektionen ist aufgrund sich neu entwickelnder Antibiotikaresistenzen gefährdet. Folglich sind Surveillance-Programme zur Beschreibung der antimikrobiellen Resistenz (AMR) und molekularen Epidemiologie bei Gonokokken auf nationaler und internationaler Ebene dringend erforderlich. In Deutschland wurde hierfür im Jahr 2013 das Gonokokken-Resistenznetzwerk (GORENET) etabliert. Unser Ziel war es, die genetische Diversität von N. gonorrhoeae-Isolaten in Deutschland von 2014 bis 2017 mittels NG-MAST (N. gonorrhoeae multi-antigen sequence typing) zu beschreiben.

Methoden: N. gonorrhoeae-Isolate aus den Jahren 2014–2017 ($n=1220$; 106 aus 2014, 122 aus 2015, 511 aus 2016 und 481 aus 2017) wurden deutschlandweit eingesandt und mittels AMR-Testung und NG-MAST charakterisiert.

Ergebnisse: 88,4 % aller Isolate stammten von Männern, 11,2 % von Frauen. Das mediane Alter lag bei 32 Jahren (Interquartilsabstand; IQA: 25–44 Jahre). Insgesamt wurden 432 verschiedene NG-MAST-Sequenztypen (STs) einschließlich 146 neuer STs detektiert. Daraus resultieren 17 verschiedene Genogruppen, welche 59,2 % aller Isolate beinhalten. Genogruppen G1407 und G10557 (G7072) waren signifikant mit Cefixim-Resistenz assoziiert. Dabei sank der Anteil dieser Genogruppen von 2014–2017 von 14,2 auf 6,2 % (G1407) bzw. von 6,6 auf 3,1 % (G10557 (G7072)), wohingegen der Anteil mehrerer Cefixim-empfindlicher Genogruppen (G11461, von 0,0 auf 5,6 %; G17420, von 0,0 auf 5,0 %; und G5441, von 0,9 und 4,8 %) im gleichen Zeitraum anstieg.

Schlussfolgerungen: In dieser Arbeit beschreiben wir *Neisseria gonorrhoeae* in Deutschland als eine genetisch diverse und variable Population und identifizieren eine neue Assoziation zwischen Genogruppe G10557 (G7072) und Cefixim-Resistenz. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der AMR-Überwachung auf der detaillierten Ebene molekularer Typisierung. Darüber hinaus deuten unsere Daten darauf hin, dass es mit Einführung einer dualen Therapie aus Ceftriaxon und Azithromycin und dem konsekutiv verminderten Einsatz von Cefixim zu einem Rückgang von Cefixim-resistenten Stämmen gekommen ist.

P3 Sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), in Europa geschützt vor Hepatitis B? Ergebnisse des European MSM Internet Survey (EMIS) 2010 und 2017

Brandl M¹, Schmidt AJ², Marcus U³, An der Heiden M³, Dudareva S³

¹Postgraduiertenausbildung Angewandte Epidemiologie (PAE), Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland;

²Sigma Research, Department of Public Health, Environments and Society, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, Großbritannien;

³Fachgebiet HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Die Hepatitis-B-Impfung wird in vielen Ländern für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), empfohlen. Informationen zur Impfabdeckung unter MSM in Europa sind jedoch unzureichend. Wir haben Impfpfehlungen und Impfabdeckung von MSM in Europa untersucht, um Präventionsmaßnahmen zu verbessern.

Methoden: Wir analysierten Daten der zwei European MSM Internet Surveys: EMIS-2010 und EMIS-2017. Wir werteten Angaben zu Hepatitis-B-Impfstatus, Alter, Bildungsstatus, Wohnortgröße und Outness (ein Proxy für die gesellschaftliche Homosexualität) aus. EMIS-2017 enthielt zusätzlich Fragen zu Hepatitis-Impfangeboten und -Wissen. Wir recherchierten Impfpfehlungen für MSM und die Allgemeinbevölkerung in allen an den Surveys teilnehmenden Ländern. In logistischen Regressionsmodellen (Multilevel: Teilnehmer und Länder) berechneten wir zur Confounder-Kontrolle adjustierte Odds Ratios (aOR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) für die Chance, jemals gegen Hepatitis B geimpft worden zu sein. Wir schlossen Teilnehmer, die angaben, dass sie zuvor an Hepatitis B erkrankt waren, von der statistischen Analyse aus.

Ergebnisse: In EMIS-2010 beantworteten 174.209 Teilnehmer aus 38 Ländern die Frage nach ihrem Impfstatus, in EMIS-2017 waren es 127.196 Teilnehmer aus 41 Ländern. Eine vollständige Immunisierung (drei Impfdosen) wurde 2010 und 2017 von 45 % berichtet. Die Teilnehmer machten folgende Angaben zu Alter (Median 2010: 32; 2017: 36 Jahre), Wohnortgröße (<500.000 Einwohner 2010/2017: 55 %) und Outness (allen/fast allen gegenüber geoutet 2010: 39 %; 2017: 41 %). In EMIS-2010 lebten 66 % der Teilnehmer in Ländern ($n=21$ von 38) mit einer MSM-spezifischen Impfpflicht, in EMIS-2017 waren es 79 % ($n=23$ von 41). In beiden Surveys war der Anteil Geimpfter aus diesen Ländern um ca. 20 % höher als in den restlichen Ländern. 2010 waren 13 % und 2017 21 % der Teilnehmer potenziell von einem allgemeinen Impfprogramm für Neugeborene/

Kinder erfasst worden. Im finalen Modell für EMIS-2010 ($n=158.206$), welches Alter, Bildungsstatus, Wohnortgröße, Outness, allgemeine Impfprogramme und MSM-spezifische Impfpfehlungen enthielt, stiegen die Chancen, geimpft zu sein, mit Outness („allen/fast allen gegenüber geoutet“: aOR = 1,8; 95 %-KI: 1,7–1,8 vs. „nicht geoutet“) und bei Teilnehmern aus Ländern, in denen die Impfung empfohlen und von der Krankenkasse übernommen wurde (aOR = 2,2; 95 %-KI: 1,5–3,3 vs. „keine Impfpflicht“). Das gleiche Modell für EMIS-2017 ($n=107.170$) lieferte folgende Zahlen: aOR(Outness) = 2,3; 95 %-KI: 2,2–2,4; aOR(MSM-Impfpflicht) = 2,8; 95 %-KI: 1,9–4,1.

Schlussfolgerungen: In beiden Surveys waren in Europa noch immer gleich große Anteile der MSM-Bevölkerung nicht gegen Hepatitis B geimpft, obwohl Impfungen seit langem erhältlich sind. Um die Hepatitis-B-Impfabdeckung unter MSM zu erhöhen, sollten Länder überlegen, spezifische Empfehlungen für MSM in ihre nationalen Impfprogramme aufzunehmen. Der gezeigte Zusammenhang mit Outness lässt vermuten, dass eine Verbesserung des sozialen Klimas für MSM zusätzlich zu einer höheren Impfabdeckung beitragen kann.

P4 Modellprojekt HIV-Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung in Hamburg

Claass J*, Graefe K

Sozialbehörde, CASAbianca, Hamburg, Deutschland

Hintergrund/Ziele: In Hamburg existieren verschiedene Angebote zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. In diesen Einrichtungen besteht allerdings nicht die Möglichkeit zur Behandlung einer HIV-Infektion. Es gibt somit eine Anzahl von Menschen, die durch fehlenden Versicherungsschutz und nicht ausreichende finanzielle Mittel keinen Zugang zu einer HIV-Therapie haben. Dies führt zu einer fortgesetzten Infektiosität dieser Menschen und zu einem deutlich erhöhten Risiko einer Krankheitsprogression. Laut ECDC bietet bereits mehr als die Hälfte der Länder der europäischen Region eine HIV-Behandlung für Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus an. Dies reduziert das Ansteckungsrisiko, ist kosteneffektiv und menschenrechtlich sinnvoll. In Deutschland besteht bisher jedoch keine entsprechende Regelung. Hamburg hat sich entschieden, HIV-infizierten Menschen ohne Krankenversicherung im Rahmen eines Modellprojektes die Möglichkeit einer ambulanten medikamentösen HIV-Therapie anzubieten. Ziel ist neben dem Infektionsschutz die Eingliederung in das bestehende Regelsystem. Nach unserem Kenntnisstand ist Hamburg das erste Bundesland, welches eine solche Möglichkeit anbietet.

Projektbeschreibung: Das Modellprojekt beginnt 2020 und soll zunächst über 5 Jahre laufen. Das Angebot ist begrenzt und wird aus öffentlichen Mitteln finanziert. Anlaufstelle ist das Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Altona (CASAbianca). CASAbianca ist eine Beratungsstelle der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und setzt für den Hamburger ÖGD den Auftrag zur Prävention von HIV und STI gemäß IfSG (Infektionsschutzgesetz) und HmbGDG (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz) um. Es besteht eine langjährige Erfahrung in der Betreuung von Menschen ohne Krankenversicherung mit guter Anbindung an das Netzwerk des Hilfesystems. Das Angebot richtet sich an HIV-infizierte Menschen mit Lebensmittelpunkt in Hamburg ohne Zugang zur Krankenversicherung, für die keine andere Möglichkeit zur HIV-Therapie besteht. Es beinhaltet eine sozialpädagogische Begleitung, ärztliche Betreuung, ggf. Sprachmittlung und Übernahme der Kosten für die antiretrovirale Therapie und begleitende Laboruntersuchungen. Es ist gekoppelt an eine bedarfsgerechte Vermittlung ins Hilfesystem zur Sozial- und Rechtsberatung, um zu klären, ob ein Zugang zur Therapie anderweitig erfolgen kann, und ggf. eine Überleitung ins Regelsystem möglichst zügig zu erreichen. Die Beratung und Behandlung wird in enger Abstimmung mit dem bestehenden System der Hamburger HIV-Schwerpunktpraxen und des HIV-Hilfesystems der freien Träger stattfinden. Das Angebot ist als Ergänzung, nicht als Ersatz der bestehenden Strukturen zu verstehen.

Erfahrungen: Im Rahmen des Projektes werden Erfahrungswerte auch im Hinblick auf Kosten, Therapieerfolg, Eingliederung in die reguläre Versorgung gesammelt.

P5 HIV-Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung – Erste Ergebnisse eines Modellprojektes aus Hamburg

Claass J*, Graefe K*

Sozialbehörde, CASAblanca, Hamburg, Deutschland

Hintergrund: Die Vereinten Nationen (VN) haben für 2030 das 95-95-95-Ziel gesetzt: 95 % der mit HIV lebenden Menschen wissen von ihrer Infektion, 95 % dieser befinden sich in antiretroviraler Therapie (ART) und bei mindestens 95 % aus dieser Gruppe soll die Viruslast unter die Nachweisgrenze gesenkt werden. Doch auch wenn die VN bestrebt sind, allen HIV-positiven Menschen Zugang zu ART zu ermöglichen, haben HIV-infizierte Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland kaum Zugangsmöglichkeiten zu dieser. Das Hamburger Modellprojekt bietet dieser Zielgruppe eine ambulante medikamentöse HIV-Therapie an, mit dem Ziel, die Lebenserwartung bei besserer Lebensqualität zu verlängern, verbessertem Infektionsschutz und einer Eingliederung in das Sozialversicherungssystem.

Projektbeschreibung: Das im Januar 2020 initiierte Modellprojekt wird durch das Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten (CASAblanca) in Hamburg-Altona durchgeführt. Einschlusskriterien sind HIV-Infizierte ohne Krankenversicherung, die ihren Lebensmittelpunkt in Hamburg haben und für die keine andere Möglichkeit zur ART besteht. Nach einer ausführlichen sozialpädagogischen Überprüfung der Einschlusskriterien (sog. Clearing), wird die Kostenübernahme für die ART und die begleitenden Laboruntersuchungen übernommen und eine weitere sozialpädagogische und ärztliche Betreuung gewährleistet. Da das Modellprojekt die bestehenden medizinischen Strukturen ergänzt, findet eine enge Abstimmung mit den Hamburger HIV-Schwerpunktpraxen und dem HIV-Hilfesystem der freien Träger statt.

Erfahrungen: In den ersten 11 Monaten Projektlaufzeit konnten progressiv 32 Personen mit einer HIV-Infektion eingeschlossen werden. Alle zeichnen sich durch ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Übertragung (z. B. durch häufig wechselnde Sexualpartner*innen oder aktiven intravenösen Drogenkonsum) aus. 15 Personen beendeten das Modellprojekt bereits, wobei 60 % dieser erfolgreich ins Regelsystem überführt werden konnten. Trotz der vulnerablen Lebenslagen der eingeschlossenen Personen zeigten diese eine hohe Adhärenz. Nur 1 Person brach die begonnene HIV-Therapie ab (5 weitere Personen beendeten die Teilnahme während des initialen Clearings). 17 Personen wurden am 30.11.2020 weiter aktiv betreut. Hervorzuheben ist neben der positiven Annahme des Modellprojektes durch die Zielgruppe die außerordentlich hohe Akzeptanz und Unterstützung im medizinischen und sozialen Hilfesystem, die entscheidend für die Betreuung und Abbau von Zugangsbarrieren ist.

Schlussfolgernd ist davon auszugehen, dass das Modellprojekt durch die Maßnahme zur sekundären Krankheitsprävention entscheidend zu einer Verbesserung der individuellen Gesundheit beiträgt (durch Reduzierung der HIV-bedingten Morbidität und Mortalität). Zudem leistet das Projekt einen wichtigen Beitrag zum Infektionsschutz, da durch eine reduzierte Viruslast unter ART das Risiko für Neuinfektionen sinkt.

P6 Drittmittelfinanziertes Kooperationsprojekt für Menschen in der Sexarbeit aus der Europäischen Union in Hamburg

Faria JA de*, Claass J*

Sozialbehörde, CASAblanca, Hamburg, Deutschland

Hintergrund/Ziele: Das Projekt „IMeS“ (Information für Menschen in der Sexarbeit) hat zum Ziel, EU-Bürger*innen in der Sexarbeit zu erreichen, die sich in besonders prekären Lebenslagen befinden (bspw. durch eine Sprachbarriere, gesundheitliche Schwierigkeiten, fehlende soziale Absicherung, Wohnungslosigkeit, Gewalt, Armut), um diesen einen ersten Zugang in das vorhandene Hilfesystem zu bieten. Das Projekt lief in den

Abb. 1 | P6 ▲ Anzahl von erreichten Personen

Abb. 2 | P6 ▲ Herkunftsländer

Jahren 2019–2020 und wurde vom Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen in Deutschland (EHAP) gefördert, um die Lebenssituation von armutsgefährdeten und von sozialer Ausgrenzung bedrohten Personen zu verbessern. Es war ein Kooperationsprojekt der Beratungsstelle CASAblanca (Centrum für HIV und sexuell übertragbare Infektionen nach § 19 Infektionsschutzgesetz) der Sozialbehörde Hamburgs und der Fachberatungsstelle Prostitution des Diakonischen Werkes.

Projektbeschreibung: Methodische Bausteine:

- Bereitstellung von Information, Orientierung, Vermittlung in das bestehende Hilfesystem in Hamburg
- strukturierte Online-Recherche zu Prostitutionsorten in HH, mehrsprachige Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe per Telefon und Internet
- Mehrsprachige aufsuchende Arbeit im gesamten Stadtgebiet (Straßenstrich, Bordelle, Apartments)
- Mehrsprachige Verweisberatung und Sozialberatung auch in den kooperierenden Beratungsstellen
- ggf. Begleitung in das Hilfesystem

Erfahrungen: siehe ■ Abb. 1 | P6 und ■ Abb. 2 | P6

Weitere Erkenntnisse: Durch die Recherche und Ansprache auf Online-Dating-Plattformen wurde deutlich, dass es in Hamburg Sexarbeitende gibt, die vor IMeS gar nicht oder sehr wenig durch das in Hamburg recht gut aufgestellte Hilfesystem erreicht wurden – nämlich die, die nur online ihre Kundschaft ansprechen. Der Onlineansatz wird daher fortgeführt werden, um wichtige gesundheitliche Botschaften und Vermittlung in das bestehende System zu ermöglichen. In Zeiten der Corona-Pandemie erlaubt dieser Ansatz eine Kontaktaufnahme und Anbindung mit sehr geringen Infektionsrisiken. Die Online- und auch telefonische aktive Ansprache sind neu genutzt worden, gleichzeitig wurde wieder bestätigt, dass Sexarbeit in Hamburg so vielfältig und an so vielen Orten stattfindet, dass die persönliche aufsuchende Arbeit im gesamten Stadtgebiet unerlässlich ist, um möglichst viele der Sexarbeitenden in den prekärsten Lebenslagen zu erreichen. Die Begleitung einschließlich Sprachmittlung hat sich bewährt, um Zugangsbarrieren überwinden zu können. Die Begleitung kann als Gelegenheit genutzt werden, um simple Kompetenzen zu vermitteln (z. B. „Wie nutze ich den öffentlichen Nahverkehr selbstständig“), gleichzeitig ist die Balance zu finden, Menschen in ihrer Selbstständigkeit nicht zu bevormunden. Drittmittelprojekte sind ein Weg, um neue Ansätze in der Prävention ausprobieren zu können. Durch Kooperationsprojekte werden Zusammenarbeit auf Fachebene und bestehende Strukturen gestärkt.

P7 Wie viele Hepatitis B- und C-infizierte Personen gibt es in Deutschland?

Kremer K^{1,2*}, Zimmermann R³, An der Heiden M³, Dudareva S³

¹Robert Koch-Institut, Berlin, Postgraduierten-Ausbildung für Angewandte Epidemiologie, Deutschland; ²European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Schweden; ³Robert Koch-Institut, Berlin, Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Deutschland zählt zu den Niedrigprävalenzländern für Hepatitis B und C. Jedoch weisen Personen mit Migrationshintergrund in der ersten Generation (MigrantInnen) aus Hochprävalenzländern, injizierende Opioidgebrauchende (iO) und HIV-positive Männer, die Sex mit Männern haben (HIV+MSM), deutlich höhere Hepatitis B- und C-Prävalenzen auf. Für das Monitoring der Eliminierung von Virushepatitis ist eine Schätzung der Gesamtanzahl von infizierten Personen notwendig. Wir haben für das Jahr 2013 die Gesamtzahl der Hepatitis B und C infizierten Personen geschätzt, um eine Grundlage für das Monitoring zu erstellen und Präventionsmaßnahmen besser planen zu können.

Methoden: Populationsgrößen der Allgemeinbevölkerung, MigrantInnen, iOs und HIV+ wurden basierend auf Angaben des Statistischen Bundesamts, veröffentlichter Zahlen zu iOs und HIV+MSM für das Jahr 2013 geschätzt. Seroprävalenzdaten stammten aus veröffentlichten Studien und systematischen Reviews. Für Hepatitis B wurde die Anzahl der HBsAg-Seropositiven und für Hepatitis C die Anzahl der anti-HCV-Seropositiven geschätzt. Für die Schätzung der Anzahl HCV-RNA-Positiver (virämische Infektion) wurde der in der Literatur berichtete Anteil spontan Ausgeheilte von den anti-HCV-Seropositiven abgezogen. Es werden die geschätzte Anzahl an Hepatitis B- und C-infizierten Personen mit niedrigster und höchster Schätzzgrenze berichtet.

Ergebnisse: Für 2013 schätzen wir 252.000 (190.000–334.000) HBsAg-seropositive Personen, von denen 9,9 % (25.000; 14.000–41.000) unter 18-Jährige und 35,7 % (90.000; 40.000–240.200) Erwachsene der deutschen Allgemeinbevölkerung waren. Weitere 54,4 % (137.000; 133.000–140.000) waren MigrantInnen, 0,79 % (2000; 1000–6000) iOs und 0,3 % (750; 700–800) HIV+MSM. Es wurden insgesamt 307.000 (204.000–463.000) anti-HCV-Seropositive und 254.000 (118.000–638.000) Personen HCV-RNA-Positive geschätzt. Unter anti-HCV-Seropositiven waren 49,1 % (151.000; 49.000–470.000) und unter HCV-RNA-Positiven 55,5 % (141.000; 39.000–501.000) Erwachsene der deutschen Allgemeinbevölkerung, 26,7 % (82.000; 60.000–95.000) bzw. 22,1 % (56.000; 31.000–69.000) iOs, 24,1 % (74.000; 62.000–89.000) bzw. 21,7 % (55.000; 45.000–65.000) MigrantInnen und 0,6 % (1800; 1700–2000) bzw. 0,7 % (1800; 1600–1900) HIV+MSM.

Schlussfolgerungen: Erstmalig wurde die Gesamtanzahl von Hepatitis B- und Hepatitis C-infizierten Personen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen für Deutschland für das Jahr 2013 geschätzt. Die Schätzung dient als Grundlage für das künftige Monitoring der Hepatitis B- und C-Eliminierung. Der beträchtliche Anteil an Hepatitis B- und C-infizierten MigrantInnen aus Ländern mit höheren HBV- und HCV-Prävalenzen sowie Hepatitis C-infizierten injizierenden Opioidgebrauchenden verdeutlicht, dass die Präventions- und Kontrollmaßnahmen verstärkter auf diese Gruppen ausgerichtet werden sollten. Darüber hinaus müssen diese Gruppen bei zukünftigen Gesamtschätzungen der Hepatitis B- und C-Infizierten in Deutschland berücksichtigt werden.

P8 Ist die Zytologie alleine als Screeningmethode für anale intraepitheliale Neoplasien bei HIV-positiven Menschen geeignet? – Ergebnisse aus der TECAIN-Studie

Esser S^{1*}, Kreuter A², Potthoff A³, Bilbilis K⁴, Lax H⁴, Jablonka R⁵, Yavuz A¹, Brockmeyer NH³, Wieland U⁶

¹HIV/AIDS/STI (HPSTD) Ambulanz, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Institut für HIV-Forschung Essen, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; ²Helios St. Elisabeth Klinik Oberhausen, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universität Witten/Herdecke, Oberhausen, Deutschland; ³WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ⁴Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland; ⁵Hautarztpraxis Rietkötter, Gelsenkirchen, Deutschland; ⁶Institut für Virologie, Universitätsklinikum Köln, Nationales Referenzzentrum für Papillom- und Polyomaviren, Köln, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Seit der Leitlinienempfehlung zum Analkarzinom-Screening bei HIV-positiven Menschen (HIV+) in Deutschland wird die Bedeutung der analen zytologischen (zyto.) Abstriche und der Humane Papillomviren (HPV)-Typisierungen für den Nachweis von analen intraepithelialen Neoplasien (AIN) und Analkarzinomen untersucht.

Methoden: Die multizentrische nationale TECAIN-Studie untersucht prospektiv randomisiert die Wirksamkeit von Lokalbehandlungen mit 85 %iger Trichloressigsäure im Vergleich zu elektrokaustischen Abtragungen von histologisch gesicherten AIN bei HIV+ seit 2015. Bei Studieneinschluss und Nachuntersuchungen erfolgten bei den Teilnehmern Probebiopsien aus AIN-Läsionen, anale zyto. Abstriche sowie HPV-Typisierungen. Die zyto. Befunde wurden entsprechend der Bethesda-Klassifikation beurteilt und die HPV-Typen nach ihrer Onkogenität in High Risk (HR), mögliche HR (mHR) und Low Risk (LR) HPV eingeteilt. Die Übereinstimmungen zwischen den nachgewiesenen HPV-Typen, den zyto. Ergebnissen und der Histologie wurden analysiert.

Ergebnisse: 164 Baseline-Datensätze der 206 bis zum 16.01.2019 eingeschlossenen HIV+ aus 6 Zentren wurden analysiert. Der Altersmedian lag bei 48,3 Jahren. 98,4 % der HIV+ nahmen eine antiretrovirale Therapie, 82,6 % waren MSM. Histologisch wurde zum Studieneinschluss bei n=66 (40,2 %) eine AIN I als höchstgradige HPV-assoziierte Läsion nachgewiesen, bei n=46 (28,1 %) eine AIN II und bei n=52 (31,7 %) eine AIN III. Somit lag bei n=98 (59,9 %) eine High Grade AIN (HGAIN) vor. Gleichzeitig wurde zyto. bei n=55 (33,5 %) low (L) grade squamous intraepithelial lesion (SIL), bei n=38 (23,2 %) atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US), bei n=56 (34,2 %) high (H) SIL und bei n=15 (9,1 %) ein negativer Befund diagnostiziert. Virologisch fanden sich bei n=130 (79,3 %) mindestens ein HR-HPV, während n=9 (5,3 %) einen mHR-HPV und n=18 (11,0 %) einen LR-HPV hatten. Bei n=7 (4,3 %) wurde kein HPV nachgewiesen. Ein zyto. Screening fand bei 67,3 % aller HGAIN Fälle kein HSIL. Weder ein HR-HPV noch ein mHR-HPV wurde bei 13,3 % aller HGAIN Fälle nachgewiesen. Wenn sowohl die Ergebnisse der Zytologie als auch der Virologie gemeinsam berücksichtigt werden, zeigten sich nur bei 11,2 % aller HGAIN Fälle keine höhergradigen Auffälligkeiten.

Schlussfolgerungen: Ein gleichzeitiges zyto. und virologisches anales Abstrichscreening weist deutlich häufiger HGAIN nach als die Zytologie alleine. Vergleichbare Ergebnisse haben durch die Hinzunahme der HPV-Typisierung bei den Leitlinien zum Zervixkarzinom-Screening zu einer Erweiterung der Routinediagnostik in der Gynäkologie geführt.

P9 Stabilität von Neisseria gonorrhoeae in verschiedenen Transportmedien

Graeber I*, Kreher P, Buder S

Konsiliarlabor für Gonokokken, Fachgebiet Sexuell übertragbare bakterielle Krankheitserreger, Abteilung für Infektionskrankheiten, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Die Resistenzentwicklung bei Neisseria gonorrhoeae ist ein globales Problem bei Behandlung und Kontrolle der Go-

norrrhoe. Für die kulturelle Anzucht und Empfindlichkeitstestung werden vitale Isolate des sehr anspruchsvollen Erregers benötigt. Da Gonokokken den Transport in das Labor häufig nicht überstehen, haben wir verschiedene Probenentnahmesysteme, Verdünnungseffekte und unterschiedliche Lagerbedingungen von Transportmedien in Bezug auf das Überleben von *N. gonorrhoeae* geprüft.

Methoden: Zwei verschiedene Transportmedien, ein flüssiges Amies-Medium und ein Amies-Agargelmedium mit Aktivkohle, wurden verglichen. Dabei wurden der Einfluss von Verdünnungen des Probenmaterials, die Transportzeit sowie die Lagerung des Probenmaterials während des Transports zueinander ins Verhältnis gesetzt. 5 standardisierte WHO-Kontrollstämmen wurden in 3 Verdünnungsstufen (unverdünnt, McFarland1, McFarland0,5) in die Transport-Medien eingebracht und bei 4 °C, bei Raumtemperatur (RT) und bei 36 °C über jeweils 24 h, 48 h und 72 h gelagert. Danach wurden die Proben auf ein nicht selektives Medium ausgestrichen und die Wachstumsrate semiquantitativ (3-stufiges KBE-System) bestimmt.

Ergebnisse: Bei hohem bakteriellen Load bestanden nach 24 und 48 h gute Wachstumsraten (KBE Stufe 2–3) für beide Medien, allerdings stark abhängig von der Lagerungstemperatur. Bei 4 °C und RT zeigten beide Transportmedien gute Folgeanzuchtraten (100 %). Ein nahezu vollständiger Probenverlust (80–100 %) fand sich bei erhöhter Lagerungstemperatur (36 °C). Nach 48–72 h sah man eine Reduktion der Wachstumsrate in beiden Medien (KBE-Stufe 0–2). Bei langer Transportzeit zeigten sich bei 4 °C Lagerung die höchsten Überlebensraten. Bei den Verdünnungsstufen zeigte das Flüssigmedium bei 0–48 h eine deutliche Überlegenheit. Die Abhängigkeit von der Temperatur war geringer. Die höchste Wachstumsrate (KBE-Stufen 2–3) fand sich bei 4 °C. Gutes Wachstum (KBE-Stufe 1–3) war auch bei RT und 36 °C nachweisbar. Nachteilig ist die Schleimbildung im Flüssigmedium, welche eine Übertragung auf das Kulturmedium beeinträchtigt. In beiden Verdünnungsstufen zeigt sich für das Gelmedium ein Totalausfall des Wachstums bei Vorinkubation bei 36 °C und bei RT.

Schlussfolgerungen: Beide von uns geprüften Medien eigneten sich für kurze Transportzeiten und hohe Bakterienzahlen im Primärabstrich. Ein langer Zwischentransport (>48 h) verminderte die Überlebensrate. Das flüssige Amies-Medium war bei höheren Verdünnungsstufen und längeren Transportzeiten (>48 h) überlegen. Verdünnungen wurden besser toleriert, wenn die Probenabnahme mit Nylon-Flockfaser-Abstrichtupfern erfolgte, so dass nicht nur das Medium, sondern auch das Tupfermaterial Einfluss auf das Transportüberleben hat. Einschränkend muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Abstrichtupfer konstant mit Flüssigmedium bedeckt sein muss. Dies ist nicht immer gewährleistet, da bei Schüttelbewegung keine vollständige Benetzung garantiert ist. Kühlung bei 4 °C ist der Lagerung bei RT während des Versands überlegen. Vorinkubation im Transportmedium bei 36 °C war ungeeignet und führte zu Probenverlust. Eine Anpassung der Verfahrensweise beim Transport von *N. gonorrhoeae* könnte die Überlebensrate und damit die Effizienz mikrobiologischer Diagnostik erhöhen.

P10 Projekt Roter Stöckelschuh: Stigmafreie Gesundheitsversorgung für Sexarbeiter*innen

Hacke D

BesD e.V., Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziele: Als hoch stigmatisierte Berufsgruppe sprechen Sexarbeiter*innen aus Angst vor Ablehnung oft nicht einmal in ihrem engen sozialen Umfeld über ihre Tätigkeit. Wenn sie Ärzt*innen aufsuchen, ist es für Sexarbeiter*innen schwierig abzuschätzen, wie diese auf ihre Tätigkeit reagieren. Dabei ist es für eine gute Beratung und Behandlung überaus notwendig, offen über die Erwerbstätigkeit und eventuelle gesundheitliche Auswirkungen sprechen zu können und relevante Hintergründe offenlegen zu können. So können Risiken aus medizinisch-fachlicher Perspektive differenzierter abgeschätzt und der Gesundheitsschutz von Sexarbeiter*innen erhöht werden. Gleichzeitig ist bekannt, dass besonders mehrfach diskriminierte Sexarbeiter*innen unter den negativen

Konsequenzen des Sexarbeits-Stigmas auf ihre psychische und physische Gesundheit leiden und somit zu einer gesundheitlich vulnerablen Zielgruppe, nicht nur in der Prävention von STI, gezählt werden können. Um diese Zielgruppe zu erreichen, kann es neben dem Vorhalten niedrigschwelliger Angebote notwendig sein, Sexarbeiter*innen aktiv ein Willkommen in der Gesundheitsversorgung zu signalisieren.

Projektbeschreibung: Das Projekt Roter Stöckelschuh widmet sich seit 2017 der Aufgabe, Praxen zu markieren, die Sexarbeiter*innen signalisieren wollen, dass sie dort in Bezug auf ihre Anliegen respektvoll, vertraulich und kenntnisreich untersucht, beraten und behandelt werden. Zu Beginn des Projekts sollte dies vor allem durch im Eingangsbereich der Praxen angebrachte Sticker mit einem Roten Stöckelschuh als Erkennungszeichen geschehen. Da jedoch schwer nachvollziehbar war, wo diese Sticker in Nutzung sind, widmet sich der Berufsverband für erotische und sexuelle Dienstleistungen seit Sommer 2020 der Aufgabe, eine öffentlich zugängliche Datenbank zu unterhalten, in der sexarbeitsfreundliche Adressen dokumentiert und empfohlen werden können. Hier soll der Fokus im Bereich der Gesundheitsversorgung auch von Gynäkologie auf Allgemeinmedizin, Urologie, Psychotherapie, Dermatologie, Suchtmedizin, HIV-Schwerpunktpraxen u. v. m. ausgeweitet werden. Darüber hinaus plant der Rote Stöckelschuh auch Fortbildungen für aufgeschlossene Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens auszurichten, die mehr über den Umgang mit Sexarbeiter*innen in der ärzt*innenlichen Praxis erfahren möchten.

Erfahrungen: Auf der Auftaktveranstaltung des Roten Stöckelschuhs im November 2020 konnte in einem Austausch mit Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Sexarbeiter*innen und Beratungsstellen bereits festgehalten werden, zu welchen Inhalten sich Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens mehr Informationen über Sexarbeit und Gesundheit wünschen. Auf Basis dessen werden für 2021 die ersten Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen geplant. Weiterhin wurden Befragungen von Sexarbeiter*innen darüber vorgestellt, was sie sich in ärzt*innenlichen Praxen wünschen, wenn sie sich als Sexarbeiter*innen outen. Hier wurde deutlich, dass viele Sexarbeiter*innen ein Outing bisher nicht Erwägung gezogen haben und ihre Tätigkeit aus Angst vor Ablehnung oder schlechten Erfahrungen lieber verschweigen, sich gleichzeitig aber einen respektvollen und aufgeschlossenen Umgang wünschen, wenn sie den Schritt eines Outings wagen.

P11 „PrEP-Schlampen“ und „Kondom-Spießer“ – Sexuelle Bildungsangebote zum Themenkomplex Safer Sex 3.0 mit der Zielgruppe schwuler, bisexueller und queerer Männer

Kammholz M

Sexualpädagoge (gsp) und Erziehungswissenschaftler

Hintergrund/Ziele: Durch den bio-medizinischen Fortschritt stehen schwulen, bisexuellen und queeren Männern in den westlichen Industrieländern mittlerweile mehrere Schutzstrategien gegenüber einer Ansteckung mit dem HI-Virus zur Verfügung. Mit der Einführung der Prä-expositionsprophylaxe (PrEP) als Kassenleistung im bundesdeutschen Gesundheitssystem ist sog. Hochrisikogruppen der Zugang zu einer vorsorglichen HIV-Medikation gewährt. Schwule Männer bzw. MSM zählen zur hochprävalenten und -inzidenten Gruppe. Mit der „Biomedikalisierung des Aids-Dispositivs“ geht einerseits die Vervielfältigung der Schutzstrategien einher, andererseits werden neue Anforderungen an die Ansätze struktureller Prävention durch Aidshilfen gestellt. Nicht zuletzt hat die Erweiterung der zugänglichen Schutzmaßnahmen Einfluss auf das individuelle Risikomanagement, das Sexualverhalten und die sexuelle Zufriedenheit schwuler Männer. Zudem wird die selbstgewählte Schutzstrategie vermehrt in der direkten (sexuellen) Kommunikation verhandelt. Innerhalb der schwulen Community werden daher derzeit intensive Diskussionen über die Bedeutung der PrEP geführt, in denen sowohl ein optimistischer Befreiungsdiskurs als auch ein skeptischer Medikalisierungsdiskurs aufscheinen. Zudem wird in sexualmedizinischer Hinsicht die Frage nach dem Zusammenhang zwischen PrEP-Einnahme und Neudiagnosen mit STI diskutiert. STI waren nie ein rein medizinisches Thema und HIV kann

weiterhin als ein mit bedrohlichen Fantasien und mit stigmatisierenden individuellen und kollektiven Vorstellungen aufgeladener Komplex verstanden werden. In diesem Zusammenhang treten Ansätze der Sexualpädagogik und der sexuellen Bildung in Erscheinung, um unter Berücksichtigung lebensweltspezifischer Bedingungen subjekt- und themenspezifische Angebote an die Zielgruppe schwuler, bisexueller und queerer Männer zu richten. Konzepte der sexuellen Bildung sprechen dabei explizit Erwachsene mit an und vertreten den Anspruch nach ganzheitlichen und konkreten sexuellen Bildungsangeboten. Ziel des Vortrags ist es, die Einstellungen und Fantasien schwuler Männer gegenüber den Schutzstrategien mit den genannten Konzepten und der Präventionsarbeit in Beziehung zu setzen. **Projektbeschreibung:** Vor diesem Hintergrund wurde in insgesamt neun sexuellen Bildungsveranstaltungen (Workshops, Tages- und Wochenendseminare) der Frage nach Fantasien und Haltungen schwuler, bisexueller und queerer Männer gegenüber den Schutzstrategien nachgegangen. Während die von der Deutschen AIDS-Hilfe vertretene Position von Safer Sex 3.0 die Gleichwertigkeit der Schutzstrategien Kondom, PrEP und TasP vertritt, stehen die Nutzer in einer je eigenen Beziehung zu den unterschiedlichen Strategien. Darin manifestieren und mobilisieren sich sowohl die sexuelle Biografie, die sexualerzieherischen Paradigmen und die Sexualmoral der einzelnen Männer wie auch ihre sexuellen Wünsche und ihre Vorstellungen von und über Sexualität. In den Veranstaltungen waren die Teilnehmer aufgefordert – fernab der technischen Dimension der Schutzstrategien – vor allem ihren Vorstellungen und Fantasien über das Kondom, die PrEP, TasP und den Verzicht auf Schutzmaßnahmen als Umgangsweisen mit HIV, Raum zu geben. Im Anschluss wurden die gesammelten Ergebnisse zum Gegenstand von Reflexion und Gruppendiskussionen gemacht.

Erfahrungen: Das Kondom wird mit Konservatismus, sexueller Ödnis, Unpraktikalem wie auch mit Händischem, Vertrautem, Nostalgie und Sicherheit verknüpft. Die PrEP wird vor allem mit Innovation, Revolutionärem und Pioniergeist besetzt. Bemerkenswert ist hierbei die Betonung sexueller Freiheit, die Annahme von sexueller Bereicherung und mehr Sex für die User. Zugleich scheint die Bezweiflung und die Sorge vor einer folgenreichen sexuellen Uferlosigkeit und vor Medikalisierung auf. Die TasP wird gemeinhin vor allem mit Verantwortungsbewusstsein, Informiertheit, Kontrolle und Zugewinn an Lebenszufriedenheit assoziiert. Zugleich werden Mitleid, Unbehagen und Neid geäußert. Sehr deutliche und starke Bilder entstehen in Bezug auf den Verzicht auf Schutzvorkehrungen. Die vermutete Eskalation des Begehrens wird scharf verurteilt, bewundert, pathologisiert und beneidet.

P12 Ich will die PrEP! Der Weg von der Beratung & Information bis hin zum Rezept am Beispiel der Aidshilfe Essen e.V.

Kiesewetter D*, Kulczak J*

Aidshilfe Essen e.V., Fachbereich Beratung & Prävention, Essen, Deutschland

Hintergrund/Ziele: Seit ca. 1,5 Jahren bietet die Aidshilfe Essen e. V. in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Essen sowie dem Universitätsklinikum Essen die Beratung und Information zum HIV-PrEP an. Es handelt sich hierbei um ein Medikament in Form von Tabletten, welches prophylaktisch (täglich) eingenommen wird, um einer HIV-Infektion vorzubeugen. Die PrEP bietet neben dem Kondom und Schutz durch Therapie einen wichtigen Baustein in der Safer Sex 3.0-Präventionsstrategie und bietet eine Alternative für Menschen, die kein Kondom nutzen können oder möchten. Überdies ist es uns als Aidshilfe wichtig, Menschen dahingehend zu unterstützen, eine selbstbestimmte und auf die eigenen Lebensumstände passende Entscheidung zu treffen.

Projektbeschreibung: Seit 2019 wird die PrEP von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Da es sich um ein verschreibungspflichtiges Medikament mit den Wirkstoffen Emtricitabin & Tenofovirdisoproxil handelt, ist die ärztliche Begleitung von besonderer Wichtigkeit. Vor der ärztlichen Untersuchung steht für interessierte Menschen aus Essen ein Beratungs- und Informationsgespräch. Für die Therapie im Klinikum Essen ist dieses Beratungsgespräch im Voraus verpflichtend, um über alle Einzelheiten aufgeklärt zu sein. Im Rahmen dieses Gesprächs wird über

die genaue Wirkungsweise, Risiken & Nebenwirkungen, körperliche Verfassung, Vorerkrankungen und Einnahmeschemata gesprochen. Ziel ist es, zu erkennen, ob die Voraussetzungen für eine PrEP-Therapie vorliegen. Für die/den Klient*in ist dieses Gespräch kostenlos und anonym, erst mit der anschließenden ärztlichen Untersuchung ist das Einlesen der Versicherungskarte nötig. Die PrEP darf nur von speziell geschulten Ärzt*innen angeboten werden, in Essen aktuell nur vom Universitätsklinikum. Aufgrund der steigenden Nachfrage und mit Blick auf die Größe der Stadt ist dies jedoch zu wenig und es ist für die Zukunft wichtig, weitere Ärzte zu gewinnen. Aufgrund der räumlichen Nähe haben Interessierte in Essen zusätzlich die Möglichkeit, das Angebot des Walk In Ruhr (WIR) in Bochum unter der Leitung von Prof. Dr. Brockmeyer wahrzunehmen. Bei der ärztlichen Untersuchung wird zunächst ein HIV-Test durchgeführt (ein negativer HIV-Test ist die Grundlage für die PrEP-Therapie), zudem weitere Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Infektionen sowie die einwandfreie Funktion der Organe. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, bekommt die/der Klient*in das Rezept. Weitere ärztliche Follow-Up-Besuche sind im Abstand von drei Monaten notwendig.

Erfahrungen: Durch die Übernahme der PrEP durch die gesetzlichen Krankenkassen ist die Nachfrage gestiegen. Neben dem Problem, dass zu wenige Ärzte die PrEP bisher verschreiben, gibt es ein weiteres Problem mit den privaten Krankenkassen, da es keine einheitliche Regelung für die Übernahme gibt. In der Beratung versuchen wir, privat versicherte Klient*innen dahingehend zu unterstützen, dass ihre Krankenkassen die Leistung übernehmen. Die Entscheidungen fallen hier jedoch sehr unterschiedlich aus. Von der Ablehnung über die Teilübernahme bis hin zur vollständigen Übernahme der Kosten sind alle Szenarien vertreten. Hier wäre eine sinnvolle Regelung unbedingt vonnöten.

P13 115 Jahre Syphilis-Diagnostik

Klingenberg R-E

Klinik für Dermatologie, Allergologie und Phlebologie, Klinikum Bremerhaven – Reinkenheide, Bremerhaven, Deutschland

Hintergrund: 2020 war das 115. Jubiläumsjahr der Entdeckung von *Treponema pallidum* (TP), dem Erreger der Syphilis. Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass der Erreger bis heute nichts an Aktualität verloren hat. Im Jahr 2019 wurden dem RKI 7889 Syphilis-Fälle gemeldet, 531 (7,2 %) mehr als im Vorjahr. Ziel dieser Arbeit ist eine retrospektive Darstellung der diagnostischen Methoden der Syphilis.

Methoden: Es wurden Publikationen über die Diagnostik von Syphilis zwischen 1905 und 2020 eingeschlossen.

Ergebnisse: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Zoologen Friedrich Richard Schaudinn und des Dermatologen Erich Hoffmann führte 1905 zur Entdeckung der *Spirochaeta pallida*. Dieser konnte nicht nur an der Oberfläche syphilitischer Papeln und Primäraffekte, sondern auch in der Tiefe des Gewebes und in indolenten geschwollenen Leistendrüsen nachgewiesen werden. Die Morphologie und die Bewegungen wurden in den „Vorläufigen Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen“ erstmalig beschrieben. 1906 wurde die Dunkelfeldmikroskopie (DFM) zur direkten Spirochaetendiagnostik empfohlen. Im gleichen Jahr etablierten August Paul von Wassermann, Albert Ludwig Sigismund Neisser und Carl Bruck die erste serologische Nachweismethode, die später als Wassermann-Reaktion benannt wurde. Die DFM wurde durch den Rabbit Infectivity Test verbessert. Zur histologischen Diagnostik wurden Silber-Färbung nach Levaditi (1906), Warthin-Starry (1920) oder Steiner (1950) eingesetzt. In den 1960er-Jahren wurde der Direkte Fluoreszenzantikörper-Test (DFA) für TP (DFA-TP) entwickelt. Nicht-treponemale und treponemale Tests runden aktuell die serologische Routinediagnostik ab. Die DNS-Struktur der TP konnte nach der Entdeckung der Polymerase-Kettenreaktion identifiziert werden. Das Genom der TP wurde 1998 mittels Kompletengenom-Zufallssequenzierungsmethode entschlüsselt.

Schlussfolgerung: Die Entdeckung von TP stellte den Grundstein sowohl für die Labordiagnostik als auch für die erfolgreiche Therapie der Syphilis dar.

P14 Granularzelltumor im Genitalbereich

Klingenberg R-E

Klinik für Dermatologie, Allergologie und Phlebologie, Klinikum Bremerhaven – Reinkenheide, Bremerhaven, Deutschland

Hintergrund: Granularzelltumore oder Abrikossoff-Tumore wurden erstmalig 1926 durch den namengebenden Moskauer Pathologen als „Myoblastenmyome“ beschrieben. Diese sind sehr seltene, meist benigne Tumoren vorwiegend neuralen Ursprungs, wobei eine S-100-negative, nicht-neurale Subgruppe beschrieben wurde. Die Tumore treten bevorzugt solitär im Bereich der Kopf- und Halshaut, der Mundschleimhaut und der Brust auf. Ein multifokales Auftreten und ein Befall innerer Organe (Ösophagus, Magen, Darm, Larynx, Bronchien, Lungen, Gallenblase und Gallenwege) sind möglich. Beim multiplen Auftreten können mit Noonan-Syndrom, Neurofibromatose Typ I und LEOPARD-Syndrom einhergehen. Bevorzugt sind Frauen im 4.–6. Lebensjahrzehnt betroffen. Weniger als 2 % sind maligne Tumoren mit schlechter Prognose. Im Genitalbereich treten Granularzelltumore sehr selten auf.

Methoden: Wir berichten über einen Fall von Granularzelltumor, der im Genitalbereich entstanden ist.

Ergebnisse: Ein 49-jähriger Patient stellte sich wegen einer ambulant therapieresistenten Psoriasis vulgaris und Verdacht auf Psoriasisarthritis vor. Nebenbefundlich gab der Patient einen seit 6 Monaten bestehenden Tumor inguinokrotal rechts an, der gelegentlich schmierig belegt war. Juckreiz, Schmerzen oder Blutungen wurden verneint. Bei der Hautinspektion zeigte sich inguinokrotal rechts ein breitbasig aufsitzender, zentral ulzerierter und fibrinbelegter Tumor mit 1,5 cm Durchmesser und glänzender Oberfläche. Palpatorisch war keine Lymphadenopathie vorhanden. Im bakteriologischen Abstrich wurden grampositive Kokken (*Streptococcus* Gruppe C, *Staphylococcus aureus* und *Corynebacterium* species) nachgewiesen. Zunächst erfolgte eine diagnostische Probeentnahme. Dabei wurde histologisch ein oberflächlich erodierter, fibrinbelegter, in der Dermis sitzender Tumor, bestehend aus nesterartig angeordneten Zellen mit kleinen runden und rund-ovalen Zellkernen, lockerem Chromatin sowie vesikulärem feingranulärem Zytoplasma nachgewiesen, passend zu einem Granularzelltumor. Immunhistochemisch war der Tumor S-100 positiv. Therapeutisch wurde eine In-toto-Exzision durchgeführt. In der Umgebungsdiagnostik (Röntgen-Thorax, Abdomensonographie) gab es keine Hinweise auf eine Malignität.

Schlussfolgerung: Bei ulzerierten Tumoren im Genitalbereich sollte neben Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Ulcus molle, Lymphogranuloma venereum, Granuloma inguinale) und Malignomen (Plattenepithelkarzinomen, Hautmetastasen) auch der Granularzelltumor in den differentialdiagnostischen Überlegungen berücksichtigt werden.

P15 Factors associated with HIV and STI testing practice not compliant with guidelines among German PrEP users

Koppe U¹, Seifried J¹, Marcus U¹, Albrecht S², Jansen K¹, Jessen H³, Günsenheimer-Bartmeyer B¹, Bremer V¹

¹Department of Infectious Disease Epidemiology, Robert Koch-Institute, Berlin, Germany; ²Department of Epidemiology and Health Monitoring, Robert Koch-Institute, Berlin, Germany; ³Praxis Jessen² + Kollegen, Berlin, Germany

Background: Safe use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) requires regular testing for HIV and sexually transmitted infections (STI). The objective was to identify risk factors for inadequate testing frequency among current PrEP users in Germany.

Methods: From 24th July to 1st November 2018, we recruited PrEP users for an anonymous online survey. The outcome was inadequate testing interval, defined as >3 months for HIV and >6 months for STI. Risk factors were assessed with multivariable logistic regression adjusting for age, country of origin, time of first PrEP use, type of PrEP use, tests before starting PrEP, costs for tests, test site, number of anal sex partners within the last 6 months, condom use while taking PrEP, communication of PrEP

use online, and satisfaction with sex life. Participants with missing data on any of the included variables were excluded from the analysis.

Results: We recruited 2118 current PrEP users. The median age was 38 years (IQR 30–45). Testing frequencies were reported by 1821 participants for HIV and 1808 for STI. Of those, 27.1 % and 23.1 % reported inadequate testing frequencies for HIV and STI, respectively. Inadequate HIV test frequency was associated with not testing prior to PrEP start (adjusted OR [aOR]: 14.79; 95 % CI: 3.20–68.30), on-demand/intermittent PrEP use (aOR: 4.39; 95 % CI: 3.05–6.32), consistent condom-use (aOR: 2.65; 95 % CI: 1.27–5.51), informal PrEP use (aOR: 2.17; 95 % CI: 1.35–3.48), 1–10 (compared to >10) anal sex partners within the last six months (aOR: 2.04; 95 % CI: 1.41–2.96), and not getting tested at the physician's practice (aOR: 1.61; 95 % CI: 1.01–2.58). Inadequate STI test frequency was associated with not testing prior to PrEP use (aOR: 6.21; 95 % CI: 1.78–21.75), consistent condom-use (aOR: 3.29; 95 % CI: 1.63–6.66), on-demand/intermittent PrEP use (aOR: 2.38; 95 % CI: 1.59–3.55), 1–10 (as opposed to >10) anal sex partners within the last six months (aOR: 1.48; 95 % CI: 1.00–2.19), and private payments for the STI tests (aOR: 1.57; 95 % CI: 1.07–2.29). Starting PrEP 13–24 months prior to conducting the survey was negatively associated with inadequate STI test frequency (aOR: 0.44; 95 % CI: 0.21–0.91).

Conclusion: Inadequate testing frequency was common in German PrEP users. Coverage of costs for PrEP and medical testing should reduce some barriers for inadequate testing and could improve safe PrEP use. Future changes in testing behavior will be monitored.

P16 Die Corona-Krise und die sexuelle Gesundheit – Ein Nothilfefonds für Menschen in der Sexarbeit

Langanke H¹, Solidor T²

¹GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland; ²BesD – Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Ziele: Bereits zu Beginn der Corona-Krise im März 2020 erließen die Bundesländer Regelungen, die ein Arbeitsverbot für Prostituierte bedeuteten. Bordelle und andere Prostitutionsstätten wurden, teils unter Einsatz polizeilicher Mittel, geschlossen. Gleichzeitig waren in den Gesundheitsämtern kaum noch Beratungen und damit auch die gesetzlich vorgeschriebenen Registrierungen nicht mehr möglich, da die Pandemiebekämpfung im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Priorität bekam. Insbesondere Prostituierte, die ihre Tätigkeit in ohnehin wirtschaftlich prekären Situationen ausübten, konnten die staatlich angebotenen Hilfen nicht nutzen. Um die Not der Betroffenen zu lindern, startete der Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen (BesD) zusammen mit einigen Kooperationspartner:innen eine Spendenaktion für einen Nothilfefonds. Dieser Fonds sollte den betroffenen Prostituierten schnelle, unbürokratische und wirksame Finanzmittel zur Verfügung stellen. Damit wollten BesD und Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG) vor allem auch die gesundheitlichen Risiken für Prostituierte reduzieren. Denn auch wenn Sexarbeit verboten ist, findet sie statt – jedoch eher unter Bedingungen, die die Vulnerabilität der Beteiligten erhöhen.

Projektbeschreibung: Dank vieler Kleinspenden und einzelner Großspenden konnten bis Mitte 2020 knapp 130.000 € für den Nothilfefonds gesammelt und vergeben werden. Die GSSG unterstützte den BesD sowohl bei der Mittelbeschaffung wie auch bei der Ausschüttung. Eine Kommunikationskampagne – bestehend aus klassischer Pressearbeit, personaler Kommunikation und der Nutzung zahlreicher Social-Media-Plattformen (u. a. Facebook, Twitter, Messenger) – informierte über die Existenz des Fonds. Sie rief einerseits zu Spenden für den Fonds auf, informierte andererseits aber auch über Abrufmöglichkeiten. Ansprechpartner:innen aus dem BesD, mit spezieller Erfahrung im Umgang mit Sozialarbeiter:innen und marginalisierten Gruppen aus der Sexarbeit, standen über verschiedene Kanäle (Anruf, Messenger, E-Mail) für alle Anfragen zur Verfügung. Eine Fachkraft bereitete die Anträge zur Entscheidungsreife vor und organisierte die Verwaltung. Ein Komitee aus sechs Personen – drei Sexworker:innen und drei externen Berater:innen – entschied über die Anträge nach dem

Mehrheitsprinzip. Die meisten Anträge gingen über Beratungsstellen, oft auch anonymisiert, ein.

Erfahrungen: Eine finale Auswertung des Projekts steht noch aus. Vorläufige Ergebnisse zeigen jedoch, dass die am häufigsten nachgefragten Fondsmittel benötigt wurden, um unmittelbar persönlichen Bedarf wie Lebensmittel zu finanzieren; gefolgt von Kosten für medizinische Versorgung. Zwischen Beratungsstellen und dem BesD gelang eine Vernetzung im Rahmen der Spendenvergabe unkompliziert und reibungslos. Mitarbeiter:innen aus Beratungsstellen berichteten vielfach von Überforderung, Willkür, Fehlinformationen und Diskriminierungen seitens öffentlicher Stellen. Mangelndes Vertrauen in Behörden schuf zusätzliche Hürden; besonders schwer wog dabei die Sorge vor einem Zwangsouting und Benachteiligung. Die Diskrepanz zwischen Steuerlast sowie Pflichtanmeldung einerseits und der fehlenden Hilfe andererseits ließ staatliche Stellen oft als „nutzlos“ und „in hohem Maße ungerecht“ erscheinen.

P17 Sexuelle Gesundheit fördern, Prävention für junge Menschen in prekären Lebenslagen stärken – das Modellvorhaben

Langanke H¹, Wirtz A^{2,3}, Basilewski M^{2,3}, Bernhold J⁴, Kayser A^{2,5}, Köcher L⁴, Köhler B^{2,3}, Sielert U⁶, Signerski-Krieger J⁷, Skaletz-Rorowski A^{2,3}, Brockmeyer NH^{2,3}

¹GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland; ²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ³Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ⁴Pathways Public Health GmbH, Berlin, Deutschland; ⁵Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland; ⁶Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Deutschland; ⁷Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Hintergrund: Menschen vielfältiger sexueller, gelebter Identitäten mit individuellen Lebensstilen weisen sehr unterschiedliche Versorgungsbedarfe auf. Viele Gesundheitsbedarfe könnten durch Enttabuisierung von Sexualität und den Abbau von Sprach-, Wissens- und Kontaktdefiziten – sowohl innerhalb der Versorgungsstrukturen als auch bei den angesprochenen Personen – besser adressiert werden. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) engagiert sich seit Jahrzehnten im Bereich der Sexuellen Gesundheit. Eine von der PKV geförderte wissenschaftliche Untersuchung im Jahr 2020 hat konkrete Bedarfe junger Menschen in speziellen prekären Lebenslagen aufgezeigt. Weiterhin wurden mögliche strukturelle Defizite an der Schnittstelle zwischen den betrachteten Zielgruppen und den gesundheitsbezogenen sowie sozialen Versorgungssystemen beleuchtet. Als Schlussfolgerung gilt ein Präventionskonzept als erfolgversprechend, welches partizipativ entwickelt wird und parallel auf Verhaltens- und Verhältnis-Ebene wirkt.

Beschreibung des Modellvorhabens: Vor diesem Hintergrund fördert die PKV ein auf fünf Jahre angelegtes Modellvorhaben des WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten junger Menschen. Im Frühjahr 2021 ist der Beginn dieses Modellvorhabens. Das neue Präventionskonzept adressiert die Lebenswelten junger Menschen in unterschiedlichen (teil-)formalen und informellen Settings, z.B. wohnungslose Menschen und Menschen im offenen Strafvollzug, Menschen, die Drogennutzung und Sex kombinieren (Chemsex), transidente Menschen, hörbehinderte Menschen, Menschen mit Swinger Lifestyle (Lifestyler) und Menschen im Kontext Sexarbeit. Ein Kernteam aus Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen – Medizin, Organisationsentwicklung und -psychologie, Sexualwissenschaft, Sexualpädagogik und -psychologie und Kommunikation – wird ergänzt um Verantwortliche und Interessensvertreter*innen aus diversen Sektoren, wie z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst und beteiligte Communitys. Geleitet von partizipativen Ansätzen entwickeln die Beteiligten gemeinsam passgenaue und nachhaltige Präventionskonzepte und Versorgungspfade in entsprechend relevanten Organisationen. Kernstück wird die sexuelle Bildung und qualifizierende Beratung von Organisationen und Institutionen darstellen, die

langfristig zu einer gesundheitsfördernden Sexualkultur auf organisationaler, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene führt. Lebenswelt-spezifische Angebote sowie Fortbildungen sollen allen beteiligten Personen, Organisationen, Institutionen und Netzwerken in einer Online-Akademie zur Verfügung stehen. Das Modellvorhaben wird von Beginn an durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet, die ihre Ergebnisse laufend in das Modellvorhaben einfließen lässt.

Ziele: Das Modellvorhaben wird gemeinsam mit Communities, Zielorganisationen und Versorgungsnetzwerken deren Bedarfe identifizieren und bestehende Lücken durch passgenaue Angebotsentwicklung und -umsetzung schließen. Gezielte Lebensbewältigungshilfen für unterversorgte Menschen sollen neben verhaltenspräventiven Interventionen zwingend die verhältnispräventive Kompetenz insbesondere von gesundheitsbezogenen und sozialen Versorgungssystemen durch Bildungs-, Beratungs- und Vernetzungsangebote stärken und verbessern, die in der Folge der Sexuellen Gesundheit aller Menschen zugutekommt.

P18 Von AIDS zu HIV, von HIV zu STI, von STI zur sexuellen Gesundheit – der Modulwandel im Frauengesundheitsportal der BZgA

Langanke H¹, Ebrahimzadeh-Wetter H²

¹GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland; ²BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland

Hintergrund: Das Frauengesundheitsportal (FGP) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine der wenigen staatlichen und damit unabhängigen Internetplattformen für Gesundheitsthemen. Es bietet qualitätsgeprüfte und aktuelle Informationen sowie praktische Tipps rund um die Gesundheit von Frauen. Seit Beginn seiner Existenz hat es sich stets weiterentwickelt und den sich verändernden Anforderungen angepasst. In den ersten Jahren war das FGP vor allem eine zentrale Sammlung von Materialien und Adressen für MultiplikatorInnen und Fachkräfte. Inzwischen hat es sich zu einer Informationsquelle für alle Interessierten, auch Laien, entwickelt. Parallel zu dieser Entwicklung hat sich auch in Deutschland das Themenfeld zur HIV-bedingten Immunschwäche verändert.

Ziel: Bis 2019 existierten im FGP zwei eigenständige Themenmodule: ein Modul mit dem Titel „HIV/AIDS“ und eines mit dem Titel „Sexuell übertragbare Infektionen (STI)“. In beiden Modulen fanden sich Hinweise auf themenrelevante Organisationen, auf Informationen, Materialien und Broschüren sowie auf Fachpublikationen und Daten. Die beiden Module wurden zu einem einzigen zusammengefasst, das nunmehr den Titel „Sexuelle Gesundheit“ trägt. Durch die Überarbeitung und Erweiterung des Themenbereiches spiegelt sich nicht nur der neueste Stand der wissenschaftlichen Forschung wider. Vielmehr wird der Schwerpunkt des Moduls, in Anlehnung an das Verständnis sexueller Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), auf die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung gelegt und nicht auf Krankheit. Klares Ziel des Moduls ist es, hervorzuheben, dass sexuelle Gesundheit und STI keine Tabuthemen sein dürfen, sondern für Frauen jeden Alters wichtig sind und dass es Anlaufstellen für Hilfe und Unterstützung gibt.

Methoden: Orientiert am wissenschaftlichen Diskurs, erfolgte eine zeitintensive Konzeptionierung des neuen Themenbereiches, die die bestehenden Module nicht nur zusammenführte, sondern auch den Raum bot für inhaltliche Erweiterungen. Dafür wurde zum einen die frühere Gliederungsstruktur aufgebrochen, zum anderen entstanden gänzlich neue Texte. Das neue Modul „Sexuelle Gesundheit“ sollte einer Struktur entsprechen, die sich stärker an den veränderten Fragen und Interessen auch fachfremder Nutzender orientiert. Einem einleitenden Grundlagenkapitel folgen Abschnitte zu Blasenentzündungen und sexuellen Störungen. Danach folgt ein Kapitel zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI). In diesen Abschnitt wurde auch die HIV-Infektion integriert. Ein Kapitel zur Prävention von STI sowie ein Abschnitt über Hilfe und Beratung schließen sich an. Zugrunde liegende Quellen finden sich im letzten Abschnitt

des Moduls, darunter auch Links zu relevanten Publikationen der Deutschen STI-Gesellschaft.

Resultate: Das Modul „Sexuelle Gesundheit“ ersetzt die beiden Vorgängermodule. Es bleibt einer erregungsfokussierten Betrachtung treu, so dass Suchbegriffe wie HIV oder auch andere einzelne STI unmittelbar zu entsprechenden Texten führen. Alle Texte entsprechen weiterhin den Qualitätskriterien, die im Arbeitskreis Frauengesundheit der BZgA von unabhängigen Expertinnen entwickelt wurden. Bei den Zugriffen rangieren die Suchbegriffe Blasenentzündung und HPV vor HIV und Scheidenpilz. Das Modul dient als Referenz für frauenspezifische Aspekte der sexuellen Gesundheit, auch über Infektionen mit Chlamydia trachomatis oder Humanen Papillomviren hinaus.

P19 Sexarbeit und Gesundheit – der Öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Infektionsschutzgesetz und Prostituiertenschutzgesetz

Langanke H*, Steffan E

GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland

Hintergrund: Seit seinem Inkrafttreten 2017 bewirkt das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) tiefgreifende Veränderungen in den Beratungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für Sexarbeiter*innen. Die vertrauliche (auch anonyme) und freiwillige Beratung nach § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird zwar weitergeführt, jedoch kommt mit der gesundheitlichen Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG eine Aufgabe hinzu, deren Vereinbarkeit mit den bereits seit der Einführung des IfSG im Jahre 2001 existierenden Angeboten zumindest fraglich erscheint. Die Kommunen in Deutschland haben für die Durchführung dieser Aufgaben sehr unterschiedliche Wege eingeschlagen.

Ziel: Es gilt zu überprüfen, ob und wie die neu aufgebauten Angebote und Maßnahmen nach ProstSchG die bestehenden Angebote nach IfSG beeinflussen. Zudem sollte der Austausch der Beratungsstellen untereinander und mit den Ratsuchenden gefördert werden, um die Qualität der Arbeit im ÖGD zu sichern.

Methoden: Auf Grund der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel und der zeitlichen Limitationen wurde eine Kurzrecherche nach der Methode Rapid Assessment and Response (RAR) entwickelt. Das Erhebungsdesign wurde partizipativ mit Expert*innen aus Gesundheitsämtern und Interessensvertreter*innen von Sexarbeitenden gestaltet. Es wurden 11 persönliche und telefonische Kurz-Interviews mit Mitarbeiter*innen von Gesundheitsämtern, Fachberatungsstellen und Fachverbänden geführt. Der Leitfaden umfasste 19 Fragen zu Auswirkung des neuen Angebotes nach ProstSchG – auch auf die Angebote der nach § 19 IfSG – sowie zum Fortbildungs- und Diskussionsbedarf auf nationaler Ebene. Einbezogen wurden Mitarbeiter*innen von Gesundheitsämtern aus Metropolen, Groß- und Kleinstädten aus sieben Bundesländern, weiterhin Mitarbeiter*innen von Fachberatungsstellen und ein*e Vertreter*in eines Verbandes. Die Interviews wurden sachbezogen ausgewertet und im Rahmen der Fachtagung SAGE im November 2019 diskutiert. Für die Befragung von Sexarbeiter*innen wurde ebenfalls partizipativ eine internetgestützte Befragung von Sexarbeiter*innen gestaltet, durchgeführt, ausgewertet und beim SAGE-Fachtag in Köln präsentiert. Ein Erhebungsbogen mit 21 Hauptfragen und zwei Freitextfeldern fragte nach der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG und zu Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG.

Resultate: Die befragten 11 Expert*innen haben sehr unterschiedliche Gestaltungsformen der Kooperation zwischen den Angeboten nach § 19 IfSG und der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG dargestellt. Interessant war, welche Dynamiken diese unterschiedlichen Gestaltungsmodelle in der Praxis entwickelten und welche Auswirkungen auf die Beratung nach § 10 ProstSchG sowie auf die freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote der Gesundheitsämter nach § 19 IfSG zu beobachten waren. So wurde berichtet, dass mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG andere Gruppen von Sexarbeiter*innen erreicht werden. Expert*innen aus Großstädten und Metropolen beklagten aber auch, dass die freiwillig und

anonym wahrnehmbaren Angebote nach IfSG von Sexarbeiter*innen weniger in Anspruch genommen werden. Es konnten 185 Fragebögen von Sexarbeiter*innen in die Auswertung einbezogen werden, darunter 11 % männliche und 6,5 % trans* Sexarbeitende. 72 Sexarbeiter*innen haben zusätzlich Kommentare in Freitextfeldern eingegeben. Über die Hälfte der Sexarbeiter*innen hat Erfahrungen mit der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG. Trotz des engen zeitlichen und methodischen Rahmens ist es gelungen, Sexarbeiter*innen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich der Angebote der Gesundheitsämter insgesamt und insbesondere mit der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG zu erreichen. Ein Teil der Befragten scheint mit der verpflichtenden Beratung gut zurecht zu kommen, andere fühlen sich als Person degradiert und fachlich schlecht informiert. Insbesondere Sexarbeiter*innen, die nicht den Schritt in die verpflichtende Beratung gegangen sind, scheinen insgesamt den Kontakt zu Behörden zu meiden, eben auch den Kontakt zu beratenden und gesundheitlichen Angeboten nach § 19 IfSG.

Schlussfolgerungen: Es gibt Hinweise darauf, dass insbesondere Sexarbeiter*innen in prekären Lebensverhältnissen und mit multiplen Problemlagen das wichtige Angebot nach § 19 IfSG nicht (mehr) nutzen. So entsteht eine bereits zu beobachtende Aufteilung von Sexarbeitenden in gut erreichbare „Angemeldete“ und unerreichbare „Nicht-Angemeldete“. Ausgrenzung und Stigmatisierung von Sexarbeiter*innen werden durch diese Entwicklung verstärkt. Es besteht die Gefahr, dass durch eine Überdominanz der verpflichtenden Beratung nach § 10 ProstSchG die Bedeutung der freiwillig und anonym wahrnehmbaren Angebote nach IfSG degradiert und ausgehöhlt wird. In der Gestaltung der Pflichtberatung nach § 10 ProstSchG muss deshalb darauf geachtet werden, dass die Angebote nach § 19 IfSG weiterhin mit ihren Möglichkeiten für Sexarbeiter*innen erkennbar bleiben.

P20 Proktitis in Folge Beta-hämolysierender Streptokokken bei HIV-positiven Patienten

Lichetzkii C^{1,2*}, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2} Potthoff A^{1,2}

¹Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Die Proktitis ist eine Entzündung der Schleimhaut des Enddarms, die zusammen mit Schmerzen im Analkanal und Rektum auftreten kann. Die akute Proktitis bei Personen mit Analverkehr ist gewöhnlich durch sexuell übertragbare Erreger verursacht. Differentialdiagnostisch kommen Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B (GBS) in Betracht. Die Häufigkeit der Besiedlung ohne pathogene Bedeutung bei HIV-Patienten ist unklar, ebenso wie die Besiedlung mit antibiotikaresistenten Erregern wie ESBL (Extended spectrum β -lactamase Bildner) und MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus).

Methodik: Von 05/2013 bis 06/2014 wurden bei 183 HIV-positiven Männern, die Sex mit Männern haben, Analabstriche im Rahmen des Analkarzinomscreenings mittels Nukleinsäureamplifikation auf Gonokokken und Chlamydien und mittels Kultur bakteriologisch untersucht.

Ergebnisse: Bei 73 Patienten wurden GBS nachgewiesen (39,9 %). Das Durchschnittsalter der beiden Gruppen war mit 48,3 [GBS+] vs. 49,9 [GBS-] Jahren vergleichbar, ebenso die HIV-Erkrankungsdauer mit 12 [GBS+] vs. 14 [GBS-] Jahren. Bei einem asymptomatischen Teilnehmer wurden ESBL, bei einem anderen MRSA nachgewiesen. 21 Probanden hatten Symptome einer Proktitis (Blutung, Schmerzen, schleimiger oder eitriger Ausfluss, Beschwerden beim Stuhlgang). Davon waren 10 GBS-positiv. Insgesamt wurden 16 Fälle von Chlamydieninfektionen (8,7 %) nachgewiesen, davon drei mit Proktitis. Einer davon war GBS-positiv. Bei 5 Probanden wurde eine anale Gonokokkeninfektion festgestellt. Hiervon hatten 2 Probanden eine Proktitis. Einer davon war GBS-positiv.

Schlussfolgerungen: GBS ist bei Patienten mit einer HIV-Infektion selten als primäres oder alleiniges Pathogen einer Proktitis. Häufiger besteht eine Besiedlung oder Koinfektion mit anderen sexuell übertragbaren Erregern.

Bei symptomatischer Proktitis sollte zunächst eine Infektion durch Gonokokken und Chlamydien – und immer wichtiger werdend, Mycoplasma genitalium, wurde nicht untersucht – ausgeschlossen werden. ESBL- und MRSA-Besiedlung waren in unserem Kollektiv nicht mit Proktitis assoziiert. Allerdings belegt die hohe Prävalenz von GBS-positiven Befunden die Notwendigkeit, diese in die differentialdiagnostischen, therapeutischen Überlegungen, insbesondere auch wegen der Möglichkeit von Resistenzentwicklungen durch eine allein auf andere Erreger, STI, ausgerichtete Therapie, einzubeziehen.

P21 Der Verlauf eines Kaposi-Sarkoms, als Marker-Erkrankung zur Erstdiagnose AIDS, unter laufender cART

Lutze S*, Arnold A, Riebe H, Jünger M

Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland

Während in den 80er- und frühen 90er-Jahren das Kaposi-Sarkom (KS) bei HIV-infizierten Patienten allgegenwärtig war und eine der häufigsten AIDS-definierenden Erkrankungen darstellte, ist die Prävalenz heute durch den frühzeitigen und breiten Einsatz der cART deutlich zurückgegangen. Die rasche Einleitung einer cART bzw., wenn unter laufender cART aufgetreten, die Optimierung der antiretroviralen Therapie, führt in der überwiegenden Anzahl der Patienten zu einer Abheilung dieser Tumorerkrankung. Ziel der Therapie ist eine Immunrekonstitution, da die aus der HIV-Erkrankung resultierende Immundefizienz (erniedrigte CD4+-T-Helferzellen) die Entstehung und Ausbreitung eines Kaposi-Sarkoms fördert. In dieser Kasuistik wird der Verlauf eines Kaposi-Sarkoms als zur Erstdiagnose einer HIV-Infektion führenden AIDS-definierenden Erkrankung bei einem 36-jährigen Patienten dargestellt. In der halbjährlichen Kontrolle nach Erstdiagnose und Therapie-Einleitung der cART zeigte sich eine HIV-1-Kopienzahl unter der Nachweisgrenze und eine nur gering unter der Norm liegende CD3+/CD4+ T-Helferzell-Zahl. Der klinische Befund zeigte in der jährlichen Kontrolle allerdings nur ein Partial Response, wobei zu vermerken war, dass neben einzelnen progredienten Herden fokal auch neue Tumorerkrankungen entstanden. Dies wurde sowohl klinisch, dermatoskopisch als auch mittels Laser-Doppler-Fluxmetrie-Messungen in den Läsionen nachgewiesen. Ein derartiger Verlauf wurde in verschiedenen Studien bei etwa einem Drittel der betroffenen Patienten beobachtet und wird als Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome (IRIS) bezeichnet. Hier werden neben der cART andere Therapien zur Unterdrückung dieses immunologischen Phänomens notwendig (u. a. Zytostatika). Aktuell gibt es diesbezüglich vielversprechende Studien u. a. mit Checkpoint-Inhibitoren. Diese sind auf Grund der hohen immunologischen Aktivität des Kaposi-Sarkoms selbst als auch i. R. des IRIS therapeutisch von hohem Interesse.

P22 Abschätzung der Bundeslandverteilung der Zahl der Männer, die Sex mit Männern haben, basierend auf EMIS-2017

Marcus U*, Schink SB

Abt. Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sind in Deutschland eine Bevölkerungsgruppe, die in besonderem Maße von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) betroffen ist und daher auch besondere Präventions- und medizinische Versorgungsbedarfe hat. Für die Bereitstellung von Mitteln für Prävention und medizinische Versorgung ist es hilfreich, Daten zur Größe der MSM-Population in den einzelnen Bundesländern bereitzustellen, da sich die MSM-Population anders verteilt als die männliche Allgemeinbevölkerung.

Methoden: Basierend auf der Wohnortverteilung der in Deutschland lebenden Teilnehmer des Europäischen MSM Internet Survey 2017 (EMIS-2017) wurde die Verteilung der MSM-Bevölkerung auf Bundesländer modelliert. Dabei wurde die unterschiedliche Verteilung von offen und nicht offen lebenden MSM berücksichtigt. Für offen homosexuell lebende Männer wurde eine Verteilung analog der EMIS-Teilnehmer angenommen,

Tab. 1 | P 22

Bundesland	Geschätzte Zahl MSM (gerundet)	Anteil MSM an der erwachs. männl. Bevölkerung (in %)
Baden-Württemberg	98.000–130.000	2,6–3,5
Bayern	110.000–150.000	2,8–3,8
Berlin	90.000–115.000	7,9–10,1
Brandenburg	18.000–25.000	2,5–3,4
Bremen	7500–10.000	3,1–4,2
Hamburg	30.000–38.000	5,1–6,6
Hessen	63.000–84.000	3,0–4,0
Mecklenburg-Vorpommern	13.000–18.000	2,6–3,5
Niedersachsen	60.000–85.000	2,5–3,4
Nordrhein-Westfalen	160.000–220.000	2,8–3,8
Rheinland-Pfalz	28.000–37.000	2,7–3,6
Saarland	10.000–13.500	2,5–3,4
Sachsen	40.000–55.000	3,0–4,0
Sachsen-Anhalt	16.000–22.000	2,5–3,4
Schleswig-Holstein	30.000–40.000	2,5–3,4
Thüringen	15.000–20.000	2,6–3,5
Gesamt-Deutschland	800.000–1.000.000	3,0–4,0

für nicht offen homosexuell lebende eine Verteilung analog der erwachsenen männlichen Bevölkerung. Die Gesamtgröße der MSM-Population in Deutschland wurde mit zwischen 3 und 4 % der erwachsenen männlichen Bevölkerung angenommen, davon 1–1,5 % nicht offen und 2–2,5 % offen homosexuell lebend.

Ergebnisse: Die folgende Tabelle enthält die resultierende Schätzung der Gesamtzahl von MSM im Alter zwischen 18 und 65 Jahren pro Bundesland sowie eine Schätzung des Anteils von MSM an der erwachsenen männlichen Bevölkerung.

Schlussfolgerungen: Der Anteil von MSM an der erwachsenen männlichen Bevölkerung ist in den Bundesländern Berlin und Hamburg deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Ähnlich erhöhte Anteile müssen in anderen Großstädten wie z. B. Köln, Frankfurt, Leipzig, u. a. erwartet werden. Auf Grund der Online-Rekrutierung der EMIS-Teilnehmer ist nicht auszuschließen, dass der MSM-Anteil in Berlin etwas überschätzt wird. Andererseits muss aber auch berücksichtigt werden, dass aus dem Ausland zugezogene MSM sich ebenfalls besonders in Großstädten konzentrieren.

P23 Vulvodynie/Vestibulodynie

Mendling W

Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, Wuppertal, Deutschland

„Vulvodynie“ mit der Untergruppe „Vestibulodynie“ ist definiert als Schmerzen und Brennen spontan oder bei Berührung im Vulvabereich oder dem Versuch der Penetration, Empfindlichkeit bei Druck, keine oder schwache Rötung, ggf. erst nach Provokation (unzuverlässig), über eine Dauer von mindestens 3 Monaten.

In Basel hat sich 2017 dazu eine qualifiziert beratene Interessengruppe betroffener Frauen gegründet (www.vulvodynie.ch). In der eigenen Sprechstunde wurden seit 2012 mehr als 1500 Frauen jeden Alters mit

Vulvodynie vorstellig. In etwa 80 % liegt eine sekundäre, meist provozierte Vestibulodynie vor. Juckreiz besteht in etwa 25 %, Brennen aber fast immer. Die meisten Frauen hatten von zahlreichen Ärzten oder in Selbsttherapie ohne klare Diagnose meist für Jahre erfolglos Antimykotika, Antibiotika oder „Cortisoncremes“ erhalten. Das Sexualleben ist immer schwer beeinträchtigt. Man schätzt, dass etwa 5–15 % aller Frauen irgendwann während ihres Lebens unter Vulvodynie leiden. Häufige Komorbiditäten sind Reizblase, Interstitielle Zystitis, Reizdarm, Schlafstörungen, kranio-mandibuläre Dysfunktion, Fibromyalgie, auch Migräne oder Endometriose. Anamnestisch wird Vestibulodynie sehr häufig mit einer vorausgegangen Vulvovaginalkandidose in Verbindung gebracht. Bisher dauert es mehrere Jahre mit Besuch mehrerer Ärzte, bis die richtige Diagnose gestellt wird. Die ausführende Anamnese ohne Zeitdruck (bis 60 min Zeit in der eigenen Sprechstunde!) umfasst die allgemeine und gynäkologische Vorgeschichte, die Sexualanamnese, Kindheit und Jugend, Angst- und Panikstörungen, Depression, Kummer, Enttäuschungen, psychosozialen Stress usw. Die Diagnose erfolgt klinisch. Bakteriologische (außer evtl. Pilzkultur) oder histologische Untersuchungen sind unnötig. Der Gynäkologe soll Psychologen oder Psychiater, den Hausarzt und Physiotherapeuten oder Osteopathen sowie Schmerztherapeuten in die Therapie einbeziehen (multimodales Vorgehen). Die Therapie der Vulvodynie ist schwierig und erfordert Geduld. Prinzipien sind multimodales Vorgehen (Psychotherapie, Physiotherapie, Yoga, Sport, guter Schlaf, Stressreduktion, Antidepressiva, Antikonvulsiva), Reduzierung der Mastzellfunktion, Reduzierung der Schmerzintensität, Reduzierung des erhöhten Muskeltonus im Beckenboden. Es werden auch Neuraltherapie, Botulinumtoxin, Cremes mit Lokalanästhetika, Zytokinen, Cannabinoiden u. a. versucht. Vulvodynie kann auch spontan verschwinden. Die stark beworbene „Softlaser“-Therapie wird hier nicht empfohlen! Ein möglicher Zusammenhang der Vestibulodynie mit vorherigen Vulvovaginalkandidosen ist experimentell bewiesen. Bei für Vulvovaginalkandidose prädisponierten Frauen kann schon eine Kolonisation mit *Candida albicans* problematisch sein, so dass eine orale Langzeit-Suppression mit (z. Zt.) Fluconazol indiziert ist. Bei Versagen konservativer Versuche kann eine Vestibulectomie erwogen werden, bei der nach sorgfältiger Austestung mit dem Q-Tip-Test die schmerzhafte Vestibularhaut entfernt wird. Das ist keine Anfänger-OP!

P24 Regionale Ungleichheiten bei selbstberichteten Diagnosen sexuell übertragbarer Infektionen bei in Deutschland lebenden Teilnehmern des Europäischen MSM-Internet Surveys 2017

Marcus U*, Schink SB

Abt. Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Da Meldedaten für STI bis auf Syphilis in Deutschland weitgehend fehlen und die Populationsgröße von MSM unbekannt ist, ist kaum etwas darüber bekannt, ob MSM in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich stark von STI betroffen sind.

Methoden: Auf Grundlage der Angaben von in Deutschland lebenden EMIS-Teilnehmern wurden die Anteile an selbstberichteten Diagnosen von Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien, Warzen-Erstdiagnosen, Lebenszeit-Diagnosen von HBV und HCV, sowie Anteile von berichteten HBV-Impfungen pro Bundesland berechnet und mit der Teilnehmerverteilung auf Bundesländer verglichen.

Ergebnisse: Die Verteilung von STI-Diagnosen im Jahr 2017 auf Bundesländer zeigte z. T. sehr ausgeprägte Ungleichheiten: Am deutlichsten ausgeprägt waren diese für Diagnosen von Gonorrhö, Chlamydien und HCV (Lebenszeit-Diagnosen): 15 % der Teilnehmer lebten in Berlin, aber 35 % aller symptomatischen und 42 % aller asymptomatischen Gonorrhö-Diagnosen, 33 % aller symptomatischen und 38 % aller asymptomatischen Chlamydien-Diagnosen, und 33 % aller HCV-Diagnosen wurden von den Teilnehmern aus Berlin berichtet. Gonorrhö und Chlamydien wurden ebenso überproportional aus Hamburg berichtet, Syphilis überproportional aus Berlin und NRW, symptomatische Syphilis überproportional aus Baden-Württemberg, Hamburg und Sachsen, HBV (jemals) überproportional aus Berlin, NRW, Sachsen und Hessen, HCV (jemals) außer aus Berlin auch überproportional aus NRW, Warzen-Erstdiagnosen überpro-

portional aus Berlin, Schleswig-Holstein, Brandenburg und Niedersachsen. Überdurchschnittlich große HBV-Impfungen bei EMIS-Teilnehmern wurden aus Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie Niedersachsen und NRW berichtet, am besten gegen HBV geimpft waren Teilnehmer aus Berlin und Hamburg.

Schlussfolgerungen: Ungleichheiten zwischen Bundesländern scheinen zum Teil durch tatsächliche Inzidenzunterschiede bzw. Gelegenheiten für Infektionsübertragungen, aber auch durch ein unterschiedliches Testangebot, Screening-Praktiken und Wahrnehmung von Impfungen bestimmt zu werden. Ob die hohen Anteile von Gonorrhö- und Chlamydien-Diagnosen in Berlin als Zeichen von Überversorgung in Berlin oder Unter-versorgung in anderen Bundesländern interpretiert werden sollten, muss diskutiert werden.

P25 Positiver *Mycoplasma genitalium*-Befund im Auge: ein Fall aus der Praxis

Mordhorst I^{1,2*}, Potthoff A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Die Prävalenz von *Mycoplasma genitalium* zeigt sich in den letzten Jahren deutlich steigend. Aufgrund der speziellen Diagnostik mittels Kultur ist der Nachweis komplex und oftmals nur mittels Nucleic Acid Amplification Technology (NAAT) zeitnah zu erheben. Zudem erweist sich die Resistenzlage bei *Mycoplasma genitalium* als äußerst schwierig, sodass immer öfter Antibiotika-Kombinationen in der Therapie eingesetzt werden müssen.

Fallvorstellung:

Anamnese:

Anfang November stellte sich ein 19-jähriger Mann (MSM, aktiv und passiv) im Gesundheitsamt Bochum zur Testung auf sexuell übertragbare Erkrankungen vor (HIV, Syphilis, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis). Er selbst hatte keine Symptome, jedoch einen Sexualkontakt, der positiv auf Gonokokken getestet wurde. Die Information darüber habe er im Rahmen der Partnerbenachrichtigung erhalten. In den gepoolten Proben konnte eine Gonokokkeninfektion nicht festgestellt werden, jedoch zeigte sich ein positiver Chlamydienbefund. Es erfolgte die leitliniengerechte Therapie mit Doxycyclin. Bis zur Kontrolle Ende Dezember gab es weitere Sexualkontakte. In dem Test of Cure konnten weiterhin Chlamydien diagnostiziert werden. Naheliegend war neben einer Neuinfektion ein Einnahmefehler (Doxycyclin zusammen mit calcium-haltigen Lebensmitteln). Eine erneute Therapie mit wurde eingeleitet. Wie empfohlen hat der Patient alle betroffenen Personen informiert. Ein weiterer TOC nach 6 Wochen war Ende Januar 2020 geplant. Der Pat. stellte sich bereits einige Tage früher in der medizinischen Ambulanz des WIR vor, da es zu einer Entzündung seines rechten Auge gekommen sei – Differentialdiagnose des Augenarztes Schmierinfektion durch Chlamydia trachomatis. Neben den Abstrichen oral, genital und anal erfolgte eine Probenentnahme auf STI und andere Erreger vom rechten Auge.

Befund:

Gerötete Konjunktiven des rechten Auges.

Diagnostik:

Multiplexanalyse vom 28.01.2020.

Genotypische Resistenztestung *Mycoplasma genitalium*: Azithromycin-Resistenz negativ.

Mikrobiologischer Befund vom 28.01.2020: keine Keime, kein Wachstum, kein Nachweis einer Virus-Infektion am Auge. Über den TOC-Befund vom 11.03.2020 sowie den weiteren Verlauf wird berichtet werden.

Therapie:

Bei o. g. Befunden und zu dem Zeitpunkt noch nicht vorliegendem Resistenztest leiteten wir eine Therapie mit Azithromycin 2 g p. o. einmalig ein, außerdem Fortführung der Doxycyclin 100 mg 2 × tgl. Therapie.

Tab. 1 | P 25

	Auge	Oral	Genital	Anal
Ureaplasma urealyticum-DNA	Negativ	Positiv	Negativ	Negativ
Ureaplasma parvum-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Neisseria gonorrhoeae-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Mycoplasma hominis-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Mycoplasma genitalium-DNA	Positiv	Positiv	Negativ	Negativ
Chlamydia trachomatis-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Lymphogranuloma venereum-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Trichomonas vaginalis-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Haemophilus ducreyi-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Treponema pallidum-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
HSV 1-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
HSV 2-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
CMV-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
VZV-DNA	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ

Verlauf:

Der ophthalmologische Befund hatte sich in der Kontrolle 3 Tage nach Einleitung der Therapie bereits deutlich verbessert.

Fazit:

1. Aktuell wird oftmals anhand der Sexualanamnese eine Risikobewertung für die Testung auf sexuell übertragbare Infektionen (das sollte nun wirklich bekannt sein!) durchgeführt, sodass, wie in diesem Fall, weniger wahrscheinliche Erreger wie Mycoplasma genitalium, aber auch u. a. Trichomonaden, nicht in der Diagnostik abgedeckt werden. Gerade bei Männern, die Sex mit Männern haben, sollte das Spektrum der STI-Diagnostik weiter gefasst werden.
2. Wichtig ist zudem, die Diagnostik über die Basislokalisationen Anal, Oral, Genital auszuweiten, wenn ein hinreichender Verdacht auf eine Infektion besteht (in diesem Fall das Auge).
3. Bei der aktuellen Zunahme von Resistenzen bei Mycoplasma genitalium ist eine Resistenztestung bei positivem Befund obligat und eine spezifische Therapie einzuleiten.
4. Eine Therapieerfolgskontrolle nach 6 Wochen sowie eine Partnertherapie gehören immer zu einer erfolgreichen Behandlung.

P26 Age specific evaluation of sexual behavior and STI knowledge among adolescents and young adults

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

¹Walk In Ruhr (WIR), Center for Sexual Health and Medicine, Bochum, Germany; ²Interdisciplinary Immunological Outpatient Clinic, Center for Sexual Health and Medicine, Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Ruhr Universität Bochum, Germany; ³Public Health Department Bochum, Germany; ⁴Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Germany

^a Both authors contributed equally to this work

Background: Adolescents and young adults account for 50 % of new infections with STI, while representing only 25 % of the sexually active population. An evaluation of sexual behavior, STI knowledge and infection among youth of different age groups is relevant to formulate effective sexual health strategies.

Methods: In this monocentric, open, prospective cross-sectional study, 268 asymptomatic subjects (14–30 years) were partitioned into 3 cohorts I: 14–19 (n = 42), II: 20–25 (n = 147) and III: 25–30 (n = 79) years. A comparative analysis of their sexual behavior and STI knowledge was performed using a 21-item questionnaire at the WIR-Center for Sexual Health and Medicine. **Results:** The three age-specific cohorts showed statistically significant differences in their relationship status, their sexual contacts and the number of life-time sexual partners. Independent of age, MSM had a greater number of sexual partners across all age groups. Although >95 % of participants were aware of HIV in all age groups, the corresponding awareness of non-HIV STI was consistently lower in cohort I. The awareness of trichomonas, mycoplasma and candida in particular was <50 % across all age demographics.

Conclusion: Our study demonstrates a demographic divide in the knowledge on most frequent STI apart from HIV. Current education, screening and vaccination programs for STI among the younger demographic should be improved.

P27 Partner*innenbenachrichtigung als Präventionsstrategie im Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin

Potthoff A^{1,2*}, Wirtz A^{1,2}, Voß T^{1,2}, Kayser A^{2,3}, Wach J^{1,4}, Köning M^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

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

²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ³Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland;

⁴Gesundheitsamt Bochum, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Die Identifizierung, Benachrichtigung, Testung und ggf. Therapie von Sexualpartner*innen positiver Indexpersonen ist von höchster Bedeutung. Nur über diesen Weg werden erfolgreich Re-Infektionen zwischen Sexualpartner*innen, der sogenannte Ping-Pong-Effekt, vermieden und Infektionsketten unterbrochen. Entscheidend hierfür ist, sexuelle Kontaktpersonen der letzten Monate einzubeziehen. In einer australischen Studie konnten nach Sexualkontakt mit einer Mycoplasma genitalium-positiven Person innerhalb der vorangegangenen 3 Monate bei 48,2 % der Frauen, 31 % der heterosexuellen Männer und 47,1 % der MSM eine Mycoplasma genitalium-Infektion nachgewiesen werden. Gonorrhoe-Patient*innen, deren Partner*innen mitbehandelt werden, haben eine 45 % geringere Wahrscheinlichkeit, sich erneut zu infizieren.

Methoden: Die Benachrichtigung aktueller oder früherer Sexualpartner*innen soll grundsätzlich von der Indexperson ausgehen. Hierbei unterstützt das Walk In Ruhr seine Patient*innen von Beginn an. Bereits beim ersten Besuch im WIR-Zentrum informieren Health Adviser Patient*innen im Erstgespräch vor dem STI-Test über die Bedeutung der Partner*innenbenachrichtigung im Fall eines positiven Testergebnisses. Diese Vorab-Information gibt den Menschen Gelegenheit, sich mit dem Gedanken auseinanderzusetzen und vertraut zu machen. Die Mitteilung positiver Testergebnisse erfolgt wenige Tage nach dem Test durch Ärzt*innen, häufig telefonisch. In diesem Gespräch wird die Partner*innenbenachrichtigung erneut angesprochen. Patient*innen, die sich scheuen, ihre Sexualpartner*innen persönlich zu informieren oder denen dies nicht selbstverständlich erscheint, werden in einem weiteren Beratungsgespräch von einem Health Adviser ermutigt, informiert und konkret unterstützt. Alle beteiligten Fachdisziplinen (Sozialarbeiter*innen, Arzthelfer*innen und Ärzt*innen) nutzen jede Gelegenheit, um das Thema Partner*innenbenachrichtigung zu platzieren.

Ein wichtiges und gut angenommenes Instrument ist das Angebot der im WIR entwickelten und umgesetzten **anonymen Partner*innenbenachrichtigung** (www.wir-ruhr.de/partner-notification). In-

dexpersonen erhalten im WIR einen 8-stelligen Code, den sogenannten Token. Mit Hilfe des Token können Patient*innen ihre Sexualpartner*innen anonym und kostenlos per SMS auf das Infektionsrisiko hinweisen, ohne sich selbst und ihre Infektion benennen zu müssen: Absenderadresse der Nachricht ist der Server des WIR. Auch langjährigen Patient*innen wird der Token oft als ein Impuls angeboten, an Partner*innenbenachrichtigung (neu) zu denken und ins Gespräch zu kommen.

Ausblick und Diskussion: Das WIR ist deutschlandweit die erste Institution, die die Partner*innenbenachrichtigung für die Routineversorgung etabliert hat. Die Partner*innenbenachrichtigung im WIR wird nach europäischem Vorbild (BASSH) ständig weiterentwickelt. Insbesondere die Übertragbarkeit auf Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum wird geprüft. Die Besonderheiten der deutschen Datenschutzgesetze stellen eine Hürde dar. Weitere Studien zur Erfassung des Erfolges der Partner*innenbenachrichtigung sind in Planung.

P28 Sexualefunktion von Frauen mit kleinen Kindern – Eigen- und Fremdwahrnehmung durch den Partner

Schütze, S¹*, Lorenz M¹, Schütze J², Uhde M¹, Janni W¹, Deniz M¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of Ulm, Deutschland; ²Department of Basic Science, University of Applied Sciences Jena, Deutschland

Hintergrund/Fragestellung: Es ist bekannt, dass die Sexualefunktion sowie die sexuelle Zufriedenheit von Paaren oft über Jahre hinweg nach einer Geburt beeinträchtigt sind. Hierbei spielen Kommunikationsprobleme zwischen den Paaren oft eine zentrale Rolle. Ziel dieser Studie war es, sowohl die sexuelle Funktion von Müttern kleiner Kinder wie auch die Wahrnehmung ihrer sexuellen Zufriedenheit durch den Partner zu erfassen.

Methoden: Es erfolgte 2018 eine postalische Umfrage bei Paaren, die in den Jahren 2015 und 2016 ein Kind an der Frauenklinik Ulm entbunden hatten. Im Durchschnitt war die letzte Entbindung 37,5 Monate her. Verwendung fand der validierte d-FSFI-Fragebogen (Female Sexual Function Index) für Frauen, zusätzlich erfolgte die Verwendung eines modifizierten FSFI-Fragebogens für die Partner, mit der Aufforderung einzuschätzen, welche Antwort die Partnerin bei der jeweiligen Frage angekreuzt hatte. Zusätzlich wurden die TeilnehmerInnen noch zu der Veränderung der emotionalen Nähe nach Entbindung zum PartnerIn befragt. Insgesamt 215 Paare antworteten.

Ergebnisse: Die Prävalenz von Frauen mit potenzieller weiblicher sexueller Dysfunktion (FSFI < 26,55) betrug 24,3 %. Außerdem scheinen Männer die sexuelle Zufriedenheit ihrer Partnerinnen zu unterschätzen, die Zufriedenheit der Frauen mit dem Orgasmus wurde von den Partnern überschätzt. Es konnte gezeigt werden, dass eine gute Wahrnehmung durch die Männer mit einer guten sexuellen Funktion von Frauen einherging. Darüber hinaus zeigte sich, dass ein weiteres Kind unter drei Jahren mit einer schlechteren weiblichen Sexualefunktion und einer schlechteren Wahr-

nehmung durch die Männer verbunden war. In Bezug auf die Veränderung der emotionalen Nähe nach Entbindung zeigten die Männer einen signifikanten Anstieg im Gegensatz zu den Frauen, die dies als gleichbleibend beschrieben.

Schlussfolgerung: Diese Studie hilft, die Interaktionen zwischen Partnern in Bezug auf die Sexualität von Frauen bei Paaren mit kleinen Kindern zu verstehen. Die betreuenden Ärzte sowie Hebammen sollten junge Eltern über mögliche Veränderungen der Sexualität nach der Geburt informieren und sie ermutigen, miteinander über ihre sexuellen Bedenken und Wünsche zur Verbesserung der sexuellen und partnerschaftlichen Zufriedenheit zu sprechen.

P29 Prävention und integrative Versorgung im Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin: Ein Update

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

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

²WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ³Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland;

⁴Gesundheitsamt Bochum, Bochum, Deutschland

Hintergrund: Trotz stetig sinkender HIV-Neuinfektionen nimmt die Zahl anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland nach wie vor zu. Neue Angebote werden dringend für STI-Prävention und -Versorgung gebraucht. Ein entsprechendes Angebot sollte bedarfsgerecht, barrierefrei und zum Schutz vor Stigmatisierung auch anonym nutzbar sein. Eingebunden werden diese Maßnahmen im WIR – mit Modellcharakter und Breitenwirkung in die Region – durch einen multiprofessionellen Ansatz und die Struktur der Health Adviser*innen.

Methoden: Das WIR wurde als ein sektorübergreifendes, interinstitutionelles, interdisziplinäres Versorgungszentrum 2016 in Bochum eröffnet und bietet seither ein breites Spektrum an Aufklärung, Diagnostik, Therapie und psychosozialer Versorgung für Menschen mit STI bzw. einem Risiko dafür, unter einem Dach. Ergänzt wird das Angebot u.a. durch eine Jugendsprechstunde, psychotherapeutische Sprechstunde, eine gynäkologische Sprechstunde für Nicht-Versicherte und eine proktologische Sprechstunde, in enger Kooperation mit Ärzt*innen in Niederlassung und weiteren Partnern. Zusätzlich hat das WIR ein innovatives Präventionskonzept entwickelt, das auf vier Präventionsstrategien setzt. Der Online-STI-Risikotest ermöglicht das eigene STI-Risiko anonym zu überprüfen und gleichzeitig hilfreiche Informationen zu erhalten. Die Online-Partnerbenachrichtigung (PN) stellt ein sicheres und anonymes System bereit, die eigenen Sexualpartner*innen über ihr STI-Infektionsrisiko zu informieren, wenn ein positiver STI-Test vorliegt. Die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) wird in enger Zusammenarbeit zwischen der Ambulanz, der Aidshilfe Bochum und dem Gesundheitsamt Bochum seit 2017 im WIR durchgeführt. Das STI-Selbstentnahme-Kit teSTi! bietet eine barrierefreie und diskrete Möglichkeit zur häuslichen Probenabnahme für einen STI-Test. Der Test auf Heilung (Test of Cure, TOC), der insbesondere angesichts von Resistenzproblematiken bei einigen STI dringend indiziert ist, ist ein weiterer Baustein im Versorgungskonzept des WIR. Im Jahr 2019 gelang es dem WIR, gemeinsam mit dem VAK e.V. und weiteren Partnern, mit dem MAGS-geförderten Projekt „Gut vernetzt“ die Mittel für ein intersektorales und interdisziplinäres Versorgungsangebot in der Region Münsterland einzuwerben. Angesichts des innovativen Charakters des WIR hat das BMG die wissenschaftliche Begleitung des WIR durch die sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute FOGS und Delphi in den letzten 3 Jahren gefördert.

Ergebnisse: Von April 2017 bis Februar 2019 haben 3518 Personen an der Evaluation teilgenommen. Über die verschiedenen Institutionen im WIR wurden verschiedene Zielgruppen erreicht, von der Allgemeinbevölkerung bis hin zu Personen mit einem hohen STI-Risiko. Über die Ambulanz kamen 1739 Personen, darunter viele HIV-Patienten, im Mittel 41,5 Jahre alt, häufig aus dem Bochumer Umland, überwiegend männlich und zur

Abb. 1 | P28 ▲ Subjektive Veränderung der emotionalen Nähe nach Entbindung

Hälfte heterosexuell. Zum Gesundheitsamt kamen 1530 Nutzer*innen: Allgemeinbevölkerung, vorrangig aus Bochum, im Mittel 30 Jahre alt, zu 75 % heterosexuell, mit dem größten Anteil an Frauen, und mit hohen Bildungsabschlüssen. Die Klientel der Aidshilfe (541 Personen) war zu 66 % MSM, im Durchschnitt 37 Jahre alt. Die Aidshilfe bot Personen mit Migrationshintergrund am häufigsten den Zugang ins WIR. Im Beobachtungszeitraum erreichte das WIR ständig mehr Klient*innen und verdoppelte binnen zwei Jahren das Fallvolumen; die Mehrzahl aller Nutzer*innen mit einem positiven STI-Befund konnte innerhalb einer Woche eine fachgerechte Versorgung erhalten. Durch die generelle Umsetzung eines Testes auf Heilung (TOC) ist es möglich, die Therapiequalität ständig zu prüfen. Die Nutzung des Online-STI-Risikotests wird fortlaufend hinsichtlich des Risikoverhaltens durch das WIR evaluiert (zurzeit liegen anonyme Daten von 7484 Nutzer*innen vor). Die PrEP-Nutzung wird mittels Erst- und Follow-Up-Fragebögen fortlaufend analysiert, u. a. hinsichtlich der Compliance und des Sexualverhaltens der Benutzer*innen. Bislang konnten 350 PrEP-Interessierte eingeschlossen werden. Insbesondere PrEP und PN eröffnen Chancen, bisher nicht erreichte Personen strukturierter zu beraten und ggf. zu therapieren. Die Struktur der Health Adviser*innen im WIR wurde verstetigt und personell aufgestockt. Ein eigens erstelltes Curriculum, das die Health Adviser*innen durchlaufen, stellt die hohe Qualität ihrer Arbeit sicher.

Schlussfolgerungen: Das Präventionskonzept des WIR ermöglicht Menschen wirksam und nachhaltig, ihr Risiko für STI realistisch einzuschätzen, sich (auch anonym) möglichst früh über eine mögliche STI-Infektion zu informieren, sich selbst und ihre Partner*innen zu schützen, sich ggf. frühzeitig behandeln zu lassen und bei Bedarf verschiedene psychosoziale Angebote wahrzunehmen – unter einem Dach und mit kurzen Wegen zwischen den einzelnen Akteuren des Zentrums. Durch die Implementierung in die Region Münsterland im Rahmen des MAGS-Projekts kann das Konzept zukünftig auch an anderen Standorten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung im Bereich Sexuelle Gesundheit leisten.

P30 Health Advising im Kontext Sexueller Gesundheit: Ein Interdisziplinärer Ansatz

Voß T^{1,2*}, Radons G^{1,2}, Wirtz A^{1,2}, Kocur K^{1,3}, Potthoff A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹Walk In Ruhr – Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ³Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland

Neben der medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung, die Patient*innen im Walk In Ruhr wahrnehmen können, wurde mit den Health Advisern ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich in die professionelle Routine des Zentrums implementiert. Die geschulten Mitarbeiter*innen bieten persönliche Beratungsgespräche zu Sexueller Gesundheit an und stehen den Klient*innen vor Ort sowohl ohne Termin als auch nach Absprache zur Verfügung. Schwerpunkte der Beratung sind u. a. Verhütung und Schutzverhalten, HIV- und STI-Testangebote, Informationen zu sexuell übertragbaren Infektionen, Risikoreduktionsberatung und Beratung zu allen Angeboten des WIR. Neben allgemeinen Gesprächsthemen gibt es auch eine zielgruppenspezifische Beratung für Männer, die Sex mit Männern haben, die nach dem Peer-Ansatz erfolgt. Der Berater informiert hier zu Themen wie Sexualität, Partnerschaft und Coming Out, HIV-Prävention, Infektionsrisiken mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI), Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und bietet darüber hinaus in einer zielgruppenorientierten Sprechstunde HIV-Schnelltests und Labortests auf Syphilis, Chlamydien und Gonokokken (Tripper) an. Über die Arbeit im Zentrum hinaus bieten die Health Adviser auch aufsuchende Angebote an. Diese erstrecken sich von Informationsveranstaltungen in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen bis hin zu Präventionsveranstaltungen im öffentlichen Raum, der Party- und Swingerzene sowie anderen Veranstaltungen, bei denen Sexualität, Lust und Gesundheit zentrale Anliegen sind. Die Klient*innen profitieren von den Health Advisern, die als Schnittstellenmanager*innen agieren und

so weitergehende Bedarfe der Besucher*innen erkennen und darauf reagieren können. Weiterführende Angebote wie ärztliche Behandlung, psychotherapeutische Anbindung, medizinische Versorgung für Menschen ohne gültige Krankenversicherung, psychosoziale Begleitung im Kontext von HIV, HBV, HCV und anderen STI sowie Fragen zu Verhütung, Partnerschaft oder LGBT*⁺-Themen sind hier nur einige der Schlagworte, bei denen die Health Adviser die hilfesuchenden Personen an fachlich geschulte und erfahrene Expert*innen verweisen und als Brückenbauer*innen wirken können. Health Adviser unterstützen im Falle einer positiven Diagnose auch bei der Benachrichtigung von Partner*innen und sind bei erstmaligem Besuch die Wegbereiter*innen ins Zentrum. Unsicherheiten und Ängste können so direkt abgenommen werden und die Stärkung der Ratsuchenden findet direkt an der Türschwelle statt. In den Jahren 2018 und 2019 konnten durch die Arbeit der Health Adviser mehrere tausend Menschen erreicht werden. Diese Zahlen ergeben sich aus Beratungs- und Informationsgesprächen vor Ort sowie erreichten Personen in den zuvor genannten aufsuchenden Angeboten.

P31 Lebensstile & Sexuelle Gesundheit: Neue Puzzlesteine für passgenaue Primärprävention

Wirtz A^{1,2*}, Langanke H³, Basilewski M^{1,2}, Bernhold J⁴, Kayser A^{1,5}, Köcher L⁴, Köhler B^{1,2}, Sielert U⁶, Signerski-Krieger J⁷, Skaletz-Rorowski A^{1,2}, Brockmeyer NH^{1,2}

¹WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Bochum, Deutschland; ²Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Ruhr Universität Bochum, Bochum, Deutschland; ³GSSG – Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit, Köln, Deutschland; ⁴Pathways Public Health GmbH, Berlin, Deutschland; ⁵Aidshilfe Bochum e.V., Bochum, Deutschland; ⁶Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Deutschland; ⁷Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Hintergrund: Zunehmende Vielfalt sexueller, gelebter Identitäten und Möglichkeiten, Lebensstile zu wählen, haben einerseits mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung ermöglicht, andererseits potenzielle Konflikte und Gesundheitsrisiken akuter gemacht. Das zeigt sich im Besonderen bei Menschen in prekären Lebenslagen und Menschen, deren Zugang zum Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem unzureichend ist: wohnungslose Menschen und Menschen im offenen Strafvollzug, Menschen, die Drogennutzung und Sex kombinieren (Chemsex), transidente Menschen, hörbehinderte Menschen, Menschen mit Swinger-Lifestyle (Lifestyler) und Menschen im Kontext Sexarbeit. Ihre Lebensstile und Gesundheitsbedarfe besser kennenzulernen und für die Sexuelle Gesundheit zu nutzen, war Anliegen einer fünfmonatigen Untersuchung des WIR – Walk In Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin in Bochum. Ziel dieser Untersuchung war, konkrete Bedarfe junger Menschen in prekären Lebenslagen bezogen auf Sexuelle Gesundheit zu skizzieren sowie strukturelle Defizite und Schwächen, insbesondere der gesundheitsbezogenen und sozialen Versorgungssysteme an den Schnittstellen zu diesen Zielgruppen zu identifizieren. Die Untersuchung wurde vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) gefördert und dient der wissenschaftlichen Fundierung eines Modellvorhabens.

Methoden: Die Untersuchung wurde schwerpunktmäßig qualitativ ausgerichtet und als multimethodisches Konzept durchgeführt. Zum Einsatz kamen mehr als 50 Interviews mit professionell Tätigen, 15 offene Interviews mit Szenemitgliedern, ethnografische Begleitbeobachtungen, Fokusgruppen, sowie Demografie-, Soziografie- und Literaturanalysen. Interviewauswertungen wurden mit den Ergebnissen der Begleitanalysen trianguliert. Beobachtungen und Kontextinformationen, die rund um die Szeneinterviews gewonnen wurden, mündeten in detailreichen Beschreibungen der Szenen.

Ergebnisse: Untersuchungsergebnisse wurden zielgruppenspezifisch und zielgruppenübergreifend abgeleitet. Zielgruppenübergreifend konnten Merkmale in den vier Dimensionen Sprache, Interaktion, Wissen und Haltung identifiziert werden. Diese sind zielgruppenspezifisch unterschied-

lich ausgeprägt. Beispielsweise leben hörbehinderte junge Menschen mit einem vergleichsweise geringen sexualitätsbezogenen Gebärdenvokabular, welches häufig in entsprechende Wissensdefizite über STI-Übertragungswege mündet. Transidente Menschen leiden darunter, dass auf Seiten der Gesellschaft und des Versorgungssystems ausgeprägte Wissensdefizite bezüglich ihrer Bedarfe herrschen. Dies hat für sie sozial isolierende Effekte und birgt das Risiko, ärztliche Beratung und Vorsorgeuntersuchungen tendenziell zu meiden. Gezielte Lebensbewältigungshilfen für unterversorgte Menschen müssen neben verhaltenspräventiven Interventionen zwingend die verhältnispräventive Kompetenz regulärer Versorgungssysteme durch Bildungsangebote stärken und verbessern, die sekundär der Sexuellen Gesundheit aller Menschen zugutekommt.

Schlussfolgerungen: Menschen in vielfältigen Lebenswelten sind angesichts ihrer Risikobelastung sehr divers und benötigen passgenaue Beratungs- und Präventionskonzepte. Viele Gesundheitsrisiken könnten durch Enttabuisierung von Sexualität, den Abbau von Sprach-, Wissens- und Kontaktdefiziten sowohl innerhalb der Versorgungsstrukturen als auch bei den angesprochenen Personen verringert werden. Darüber hinaus können Antidiskriminierungs- und Antiausgrenzungskampagnen dazu beitragen, auch die Öffentlichkeit zu erreichen. Ein Präventionskonzept, welches partizipativ entwickelt wird und parallel auf Verhaltens- und Verhältnisebene wirkt, wäre daher einzig erfolgversprechend.

P32 Die nationale Belastung durch Skabies in Deutschland: Ein bevölkerungsbezogener Ansatz unter Verwendung von Internet-Suchmaschinendaten

Wu J*, Tizek L, Rueth M, Kain A, Biedermann T, Zink A

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Technische Universität München, München, Deutschland

Hintergrund: Die Skabies ist nicht nur eine laut WHO vernachlässigte und sexuell übertragbare Tropenkrankheit, sondern auch in Deutschland eine zunehmende Public-Health-Herausforderung. Es fehlen jedoch belastbare Daten zur Prävalenz der Skabies in Deutschland. Ein möglicher Ansatz könnte die Analyse des nationalen und regionalen Internetsuchvolumens zu Skabies in Deutschland sein.

Methoden: Retrospektive Analyse des Internetsuchvolumens zu dem Suchbegriff Skabies unter Verwendung von Google Ads Keyword Planner im Zeitraum von 2016 bis Dezember 2019 auf nationaler Ebene, allen 16 Bundesländern sowie 15 geographisch repräsentativ ausgewählten Städten in Deutschland

Ergebnisse: Im genannten Zeitraum gab es insgesamt 11.414.180 Internetsuchanfragen auf Google zu Skabies. Dabei war die Anzahl der Suchanfragen im Winter höher als im Sommer, mit einem nationalen Höhepunkt an Anfragen im März 2018. Ungefähr 30,6% aller Suchanfragen zur Therapie der Skabies bezogen sich auf Hausmittel. Bezüglich der Körperlokalisation haben sich die meisten Suchanfragen auf den gesamten Körper fokussiert, gefolgt vom Kopf und dem Genitalbereich. Auf Bundeslandebene waren die meisten Suchanfragen in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, wohingegen die wenigsten Suchanfragen in Bayern waren. Auf Ebene der Städte konnten lokale Peaks identifiziert werden. So war im November 2018 die Anzahl der Suchanfragen in Leipzig besonders hoch, während im Juni 2019 lokale Peaks in Dortmund und Münster zu verzeichnen waren.

Schlussfolgerung: Die Analyse von Internetsuchanfragen bietet einen Überblick über das Interesse der Bevölkerung in Bezug auf Skabies im zeitlichen Verlauf und kann lokale Peaks sowie damit verbunden gegebenenfalls lokale Ausbrüche sowie unmet needs aufzeigen.

P33 Vergleich der angewandten antiretroviralen HIV-Therapie im städtischen (Berlin) und im ländlichen (Greifswald) Raum

Wunsch LM*, Obermeier M², Jünger M¹

¹Dermatologie der Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland;

²MIB Berlin, Deutschland

Hintergrund: Zur unterschiedlichen Versorgungsqualität in ländlichen und städtischen Regionen existieren nur rudimentäre Daten. Ziel dieser Arbeit war, diese Daten prototypisch für Berlin und Greifswald zu erheben.

Methoden: Im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur strukturierten Patientenversorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurden gemäß EBM seit 2009 in Berlin sowie in Greifswald Daten HIV-positiver Patienten im Rahmen der Routineversorgung erhoben. Von 43 Patienten in Greifswald konnten 41 mit einer therapienaiven HIV-Erkrankung in unsere Studie eingeschlossen werden. In Berlin umfasste die Ursprungskohorte einer Schwerpunktpraxis 1669 Patienten. Eingeschlossen werden konnten aufgrund der von uns angelegten Kriterien (Sampling der Berliner Patientendaten nach Alter und Geschlecht) jedoch nur 187 Patienten. Die wichtigsten Ausschlusskriterien waren eine fehlende Einwilligung zur Studienteilnahme sowie ein LTFU über mehr als drei Quartale. Die Auswertung der bizenitrischen, nicht-interventionellen Korrelationsstudie erfolgte retrospektiv und je nach Fragestellung longitudinal oder im Querschnitt. Der Beobachtungszeitraum betrug fünf Jahre (01/2009–01/2014). Hauptaugenmerk der Datenauswertung wurde auf die Erfassung, den Vergleich und die Herausarbeitung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der demographischen, immunologischen, virologischen, klinischen und therapeutischen Daten der beiden Kohorten gelegt. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes R (Version 3.2.1). Statistische Signifikanz wurde bei $p \leq 0,05$ angenommen.

Ergebnisse: Vor Durchführung des Samplings bestanden deutliche Unterschiede hinsichtlich der demographischen Daten in beiden Kohorten. Bei gleichem Altersdurchschnitt (Median B: 44,4; G: 44,5 Jahre; $p=0,94$) war der Anteil an Patientinnen in Greifswald deutlich höher (B: 9,4%; G: 22%; $p=0,01$), was sich im ländlichen Raum auch in einer vergleichsweise geringen Transmissionsrate der HIV-Infektion über MSM niederschlug ($p=5,384e-05$). Hinsichtlich der immunologischen Kenngrößen zeigte sich zu Therapiebeginn eine im Median signifikant geringere CD4+ T-Lymphozytenzellzahl in Greifswald als in Berlin (B: 615/ μ l; G: 266/ μ l; $p<0,001$). Weiterhin lagen in Greifswald mehr Patienten unter einem Ausgangswert von <200 /T-Zellen je μ l Blut (B: 12/187 [6,41%]; G: 13/41 [31,7%]; $p<0,001$). Ungeachtet dieser unterschiedlichen Ausgangssituationen glichen sich die CD4+ T-Zellzahlen unter ART nach drei Quartalen auf ein einheitlich hohes Niveau an (B: 564/ μ l; G: 416/ μ l; $p=0,095$). Die VL lag in Greifswald zu Therapiebeginn nicht signifikant über der von Berlin ($p=0,17$). Ein Abfall der VL unter ART auf ein Level von <50 Kopien/ml geschah in beiden Kohorten ähnlich schnell (B: 128d; G: 137d). Von allen 184 bzw. 41 diagnostizierten Patienten wurden in beiden Kohorten $>80\%$ mit ART versorgt (B: 153/187 [83,15%]; G: 36/41 [87,8%]; $p=0,12$). Ein Absinken der VL unter die NG gelang dabei zwar bei einem Großteil, jedoch nicht bei allen Patienten (B: 115/184 [62,25%]; G: 23/41 [56,09%]; $p=0,085$). Zusammensetzung sowie Einnahmemodalitäten der ART wiesen ebenfalls Gemeinsamkeiten und Unterschiede im städtischen und ländlichen Raum auf. So wurde die FL-Therapie in Berlin im Median 1127d und in Greifswald 809d eingenommen ($p=0,09$). Eingesetzte Therapieregimen in FL sowie in SL waren in beiden Kohorten weitgehend gleich (FL: $p=0,48$; SL: $p=0,08$). Therapiewechsel fanden etwa in gleicher Häufigkeit statt (B: 33,5%; G: 32,1%; $p=0,87$), während die Gründe für einen Therapiewechsel voneinander abwichen ($p=0,0076$). Koinfektionen wie HCV und HBV traten in beiden Kohorten mit gleicher Häufigkeit auf ($p=1$). Ein Rückgang der OI war nach Beginn mit ART in beiden Kohorten gleichermaßen zu verzeichnen ($p=0,87$).

Diskussion: Die Auswertungen unserer Studie zeigen insgesamt, dass die Qualität der Versorgung von HIV-infizierten Patienten sowohl in städtischen als auch im ländlichen Regionen sehr hoch ist und leitlinienkonform durchgeführt wird. Dieses Fazit kann gezogen werden, obgleich sich die Patienten aus Greifswald mit ihrer Erkrankung bei Therapiebeginn in einem deutlich weiter fortgeschrittenen Stadium befanden. Ursachen wie eine stärkere Stigmatisierung und Informationsdefizite beim Erkennen von Infektionsrisiken oder der HIV-Infektion können als Ursachen in Betracht gezogen werden. Trotzdem gelingt durch eine leitlinienorientierte und stringente Therapie eine Angleichung der Werte innerhalb kurzer Zeit, was für ein hohes Versorgungsniveau auch im ländlichen Raum spricht.