

Z Allg Med 2024 · 100:83–90
<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00162-9>
 Angenommen: 6. Dezember 2023
 Online publiziert: 9. Januar 2024
 © The Author(s) 2023



Sexuell übertragbare Infektionen bei Frauen in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Interviewstudie mit Hausärzt:innen in Berlin

Pauline Meurer · Christoph Heintze · Angela Schuster

Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member der Freien Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind in bis zu 90 % asymptomatisch, werden bei Frauen später erkannt und können zu schweren Komplikationen führen. Im deutschen Gesundheitssystem gibt es für Beratungsanlässe zu sexueller Gesundheit keine klar zuständigen Ansprechpartner:innen. So werden Patient:innen auch an Hausärzt:innen (HÄ) verwiesen, die sich bei diesem Thema jedoch häufig unsicher fühlen.

Ziel der Arbeit: In diesem Artikel werden konkrete hausärztliche Herangehensweisen in der STI-Versorgung bei Frauen beschrieben und diskutiert.

Methoden: Die Daten wurden mit teilstandardisierten Leitfadenterviews mit Fallbeispielen zwischen Oktober 2020 und September 2021 erhoben und mit qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Auf Grundlage eines theoretischen Sampling-Ansatzes wurden 13 HÄ ohne infektiologischen Schwerpunkt und 6 HÄ in infektiologischen Schwerpunktpraxen (HÄiS) eingeschlossen.

Ergebnisse: Hausärzt:innen beschreiben, die Versorgung von Ratsuchenden finde eher in der Gynäkologie statt. Die Sexualanamnese würde selten erhoben und der Fokus liege eher bei Diagnostik und Behandlung von Harnwegsinfekten. Einzelne HÄ bieten dagegen Urin-PCR-Tests oder vaginale Selbstabstriche und Therapie für alle STI außer HIV an. Bestehende Abrechnungsmöglichkeiten und Angebote des Gesundheitsamts werden selten genutzt, asymptomatische Patient:innen müssen die Kosten für STI-Tests häufig selbst übernehmen.

Diskussion: Obwohl sich viele Patient:innen eine hausärztliche STI-Versorgung wünschen, wird dies in Deutschland derzeit unzureichend abgedeckt. Sexualanamnese und diagnostische Möglichkeiten sollten zukünftig in der Aus- und Fortbildung von HÄ eine größere Rolle spielen. Eine Screeningstrategie, klare Zuständigkeiten und Überweisungspfade könnten Patient:innen und HÄ deutlich entlasten.

Schlüsselwörter

Sexuell übertragbare Infektionen · Frauengesundheit · Primärversorgung · Allgemeinmedizin · Abrechnung

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00162-9>) enthalten.

Hinweis: Im Laufe des Jahres 2024 erscheint in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin ein CME-Artikel zum Thema STI in der hausärztlichen Praxis.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hintergrund und Fragestellung

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) sind häufige Erkrankungen, verlaufen in bis zu 90 % der Fälle asymptomatisch [13] und können bei Frauen mit schwerwiegenden Komplikationen einhergehen [21].

Während in vielen Ländern Meldesysteme für STI bestehen, gibt es in Deutschland für die Inzidenz vieler STI wenig belastbare Zahlen. Nur HIV, Syphilis, Hepatitis B und antibiotikaresistente *N.-gonorrhoea*-Stämme sind bundesweit meldepflichtig.

Die häufigste bakterielle STI in Europa ist die Chlamydieninfektion. Laut European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) lag die Inzidenz 2019 in 23 europäischen Ländern bei 157/100.000 Einwohner:innen, Männer und Frauen sind ähnlich häufig betroffen [17]. In Screeningangeboten für Frauen unter 25 werden in Deutschland 5 % der Frauen positiv getestet [2].

Die Inzidenz von Gonorrhö lag 2019 in 25 europäischen Ländern bei 31,6/100.000 und hat sich seit 2010 mehr als verdoppelt [19]. In Sachsen ist Gonorrhö meldepflichtig, hier lag die Inzidenz 2019 bei 19,9/100.000 Einwohner:innen [38]. Die Infektionsraten nehmen auch unter heterosexuellen Frauen deutlich zu [19]. Insbesondere die verschärfte Resistenzlage gilt als besorgniserregend [2].

Die Zahl der Syphilisneueinfektionen 2019 lag in Europa bei 7/100.000 [18] und erreichte in Deutschland mit 9,5/100.000 Einwohner:innen einen Höchststand, in Berlin lag die Inzidenz bei 40/100.000 Einwohner:innen. Nur 6 % der Syphilisinfektionen betreffen Frauen (1,1/100.000), diese werden aber später diagnostiziert als bei Männern [36].

Unter den viralen STI sind Genitalherpes (ausgelöst durch Herpes simplex Virus, HSV-1 und -2) und humane Papillomaviren (HPV) weltweit sehr prävalent [47]. Bei persistierenden Infektionen mit Hochrisikotyphen verursachen HPV fast alle Zervixkarzinome, die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen weltweit [40].

Die Inzidenz der Zervixkarzinome in Deutschland lag 2019 bei 9,2/100.000 Einwohner:innen, es starben 2,5/100.000 an der Erkrankung [39].

In einer Querschnittstudie 10 Jahre nach Einführung der HPV-Impfung in Deutschland hatten 55 % der Frauen zwischen 20 und 25 Jahren eine vollständige Impfserie erhalten, die Prävalenz der Hochrisikotyphen HPV 16/18 ist auch in ungeimpften Frauen gesunken und lag in der gesamten Kohorte noch bei 7,7 % [29].

Die Zahl der HIV-Infektionen lag 2019 in Deutschland bei 3,7/100.000, die höchsten Inzidenzen verzeichneten die Stadtstaaten (Hamburg 21,1/100.000, Berlin 8,0/100.000; [37]). Auch HIV-Infektionen werden bei Frauen verzögert diagnostiziert [42].

Zusätzlich können aufsteigende Infektionen über den Uterus oder Eileiter, etwa durch Chlamydien oder Gonokokken, bei Frauen zu Entzündungen in Becken oder Bauchraum, zu ektopen Schwangerschaften und Unfruchtbarkeit führen [21]. Aufgrund der überwiegend asymptomatischen Verläufe wird in der S2k-Leitlinie zu Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* betont, dass eine symptomorientierte Diagnostik durch eine Diagnostik nach Risikokontakten ersetzt werden sollte [12].

Die routinemäßige Erhebung einer Sexualanamnese im hausärztlichen Kontext wird in der Leitlinie zu Beratung, Diagnostik und Therapie von STI, an der neben der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beteiligt ist, empfohlen [13]. In einer aktuellen Repräsentativerhebung haben jedoch 92 % der Frauen und 96 % der Männer noch nie eine Sexualanamnese erhalten [3]. Das medizinische Personal hat Sorge, mit einem Gespräch über die sexuelle Gesundheit ein „Pulverfass“ zu öffnen oder Patient:innen zu verletzen [16]. Zu wenig Zeit, Ausbildung, Wissen und Ressourcen sowie persönliches Unwohlsein stellen ebenfalls Hürden dar [16]. Obwohl „sexualmedizinische Beratungsanlässe“ in der Musterweiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin verankert sind, fühlen sich in einer Befragung deutscher Hausärzt:innen 43 % der Befragten für STI-Beratung nicht ausreichend ausgebildet [45].

In den Niederlanden und in England sind Allgemeinärzt:innen für die sexuelle Gesundheitsversorgung zuständig, in Deutschland und Polen dagegen hauptsächlich niedergelassene Gynäkolog:innen [23].

Mit der Ausbreitung von HIV sind zusätzliche spezialisierte Versorgungsstrukturen entstanden, unter anderem die HIV-Schwerpunktpraxen [23]. Heute beteiligen sich an der STI-Versorgung neben den medizinischen Fachrichtungen Gynäkologie, Urologie, Infektiologie, Dermatologie und Allgemeinmedizin auch Beratungsstellen von Nichtregierungsorganisationen (NRO) sowie die Gesundheitsämter. Zuständigkeiten werden in der Leitlinie der DSTIG nicht benannt [13], die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) verweist Patient:innen im Zweifel an ihre Hausärzt:innen [6].

Die Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung durch Frauen ist über alle Altersgruppen hinweg hoch [27]. Somit besteht ein großes Potenzial, niedrigschwellige und gruppenübergreifende STI-Beratung, -Diagnostik und -Therapie in der Primärversorgung zu leisten.

Ziel dieser Arbeit war es daher, Ausmaß und Strategien hausärztlicher STI-Versorgung von Frauen zu erfassen, um Best Practices und Barrieren in der STI-Versorgung zu identifizieren.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Wir nutzten teilstandardisierte Leitfadenterviews und werteten diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse und Komponenten der Grounded Theory aus. Andere Ergebnisse aus diesen Interviews wurden im Artikel von Meurer et al. 2023 publiziert, weiterführende Informationen zur Methodik können hier nachgelesen werden [31]. Die Interviews wurden von PM, einer medizinischen Doktorandin, als Einzelstudie geführt und ausgewertet.

Sampling und Zugang zum Feld

Wir entwickelten die Stichprobe iterativ und nach theoretischem Sampling. Zuerst wurden Hausärzt:innen kontaktiert, die an einer Einführungsveranstaltung zu sexueller Gesundheit teilgenommen

Abkürzungen

BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DSTIG	Deutsche STI-Gesellschaft
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
HÄ	Hausärzt:innen
HÄiS	Hausärzt:innen in Schwerpunktpraxen
HIV	Humanes Immundefizienzvirus
HPV	Humane Papillomaviren
HSV	Herpes Simplex Virus
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
NRO	Nichtregierungsorganisationen
PCR	„Polymerase chain reaction“/ Polymerasekettenreaktion
STI	Sexuell übertragbare Infektionen

hatten. Es wurden dann Praxen in verschiedenen, zunächst zufällig gewählten Vierteln Berlins über Google Maps ausgewählt und kontaktiert und weitere Praxen über ein Schneeballsystem eingeschlossen. Der Einschluss der Praxen erfolgte nach folgenden Stratifizierungsmerkmalen: Schwerpunktbezeichnung, Bezirk, Geschlecht und Altersgruppe. Nach Analyse der ersten Interviews ergänzten wir das Sample nach theoretischen Kriterien, unter anderem um Ärzt:innen in Randbezirken und Ärzt:innen in Weiterbildung, um mögliche Generationenunterschiede abzubilden.

PM kontaktierte 75 Praxen telefonisch oder per E-Mail, davon lehnten 10 Praxen eine Teilnahme ab – meist aus Zeitgründen. Eine Schwerpunktpraxis lehnte ab, weil sie keine Frauen versorgt. Weitere 46 Praxen reagierten nicht auf Anfragen.

Nach 19 Interviews wurde eine inhaltliche Sättigung erreicht. Von den 19 teilnehmenden Hausärzt:innen arbeiteten 6 in Praxen mit infektiologischem Schwerpunkt (HÄiS, codiert als S01 bis S06), 13 in Praxen ohne infektiologischen Schwerpunkt (HÄ, codiert als A01 bis A13) befanden sich 4 noch in der Weiterbildung. Von den Teilnehmenden identifizierten sich 9 als Cis-Frauen und 10 als Cis-Männer, die Teilnehmenden waren 32–63 Jahre alt.

Ethikvotum und Datenschutz

Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat dem Vorhaben am 18.09.2020 zugestimmt. Alle Interviews und Transkripte wurden pseudonymisiert, alle Teilnehmenden gaben ihr schriftliches Einverständnis. Wir verarbeiteten die Daten auf einem passwortgeschützten institutionellen Server.

Datenerhebung

Die Interviewerhebung und -auswertung fanden parallel statt; wir bezogen erste Ergebnisse in die weitere Planung der Erhebung ein; der Leitfaden (Anhang 1) wurde ergänzt und angepasst. Für praxisnahe Interviews setzten wir 3 Fallbeispiele (Anhang 2) ein. Die einmaligen Interviews fanden zwischen Oktober 2020 und September 2021 in den Praxisräumen der

Ärzt:innen statt, wurden als Tonspur aufgezeichnet und nach Kuckartz wörtlich transkribiert [28]. Zitate wurden für diesen Artikel geglättet und Füllwörter gekürzt.

Datenverarbeitung und -analyse

Die Interviews wurden mithilfe der Software MAX QDA® (VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland) transkribiert, kodiert und in Anlehnung an Kuckartz [28] analysiert. Vier Oberkategorien wurden anhand des Materials formuliert: strukturelle Handlungsbedingungen, Einstellungen, Wissen und Versorgungsstrategien. Wir analysierten Ergebnisse zwischen Kategorien auf Interviewebene und thematisch interviewübergreifend. Der Codebaum findet sich in Anhang 3.

Die Daten wurden wiederholt in Forschungskolloquien vorgestellt, interpretiert und reflektiert.

Ergebnisse

In diesem Artikel werden konkrete Herangehensweisen von HÄ bei Sexualanamnese, Diagnostik und Therapie von STI dargestellt, um Best Practices und Barrieren in der STI-Versorgung in Deutschland zu identifizieren.

Ergebnisse aus den Kategorien strukturelle Bedingungen, Wissen, Einstellungen und eine Typologie der hausärztlichen STI-Versorgung sind nicht Inhalt dieses Artikels und können im englischsprachigen Artikel nachgelesen werden [31]. Einzelne Ergebnisse, die dort zur Einordnung erwähnt wurden, werden hier für ein deutsches Publikum ausgeführt. Bereits publizierte Ergebnisse werden zur Kennzeichnung mit Referenz versehen.

STI-Anlässe im Praxisalltag

STI-Anlässe seien laut mehreren HÄ bei Frauen in der HÄ-Praxis selten, weil diese in der Gynäkologie versorgt würden [31]. HÄiS geben hingegen an, Frauen nach mangelnder Versorgung in der Gynäkologie zu versorgen [31].

A03:

„[...] Patientinnen wenden sich nicht so häufig an uns mit dieser Fragestellung. [...] Ich gehe

davon aus, dass da der Gynäkologe oder die Gynäkologin primärer Ansprechpartner sind [...]“ (HÄ 03, männlich, 63 Jahre)

STI-Anlässe bei Männern seien häufiger als bei Frauen, manche HÄ geben an, dass männliche Patienten häufiger ungeschützte Sexualkontakte hätten. STI-Beratungsanlässe kamen bei manchen HÄ wöchentlich vor, bei anderen nie. Einen Zusammenhang mit dem Ort der Praxis konnten wir nicht erkennen.

A07:

„Extrem selten. Ich kann mich an 2 oder 3 Patienten erinnern, wo es um sexuell übertragbare Erkrankungen ging.“ (HÄ 07, weiblich, 54 Jahre)

Anamnese und Risikoeinschätzung

Einige HÄ in unserer Studie geben an, nie eine Sexualanamnese zu erheben, andere HÄ kommen bei konkretem Verdacht oder Initiative der Patient:innen darauf zu sprechen.

A08:

„Nein, wenn Leute mich darauf ansprechen, leite ich das so ein. Aber ich frage nicht, haben Sie wechselnde Geschlechtspartner, das ist keine Frage, die ich stelle.“ (HÄ 08, männlich, 57 Jahre)

Insbesondere HÄiS und einzelne HÄ geben an, routinemäßig Sexualität, Beziehungsstatus und sexuelle Aktivität zu erfragen.

Wie ein Risikokontakt zu definieren sei, bleibt oft vage:

A10:

„[...] Klar, kann ich sagen, HIV, mehr als 10 Partner in einem halben Jahr, die verschieden sind und ungeschützt, habe ich ein Risiko. Andererseits kann ich sagen, für eine Frau ist jeder ungeschützte Sex ein Risiko, sich Chlamydien einzufangen und dann eine Problematik zu haben.“ (HÄ 10, weiblich, 45 Jahre)

Während einige HÄ STI-Diagnostik bei Frauen ohne Symptome als nicht notwendig einschätzen; geben HÄiS an, asymptomatische Patient:innen zu testen, sobald diese den Wunsch nach Testung äußern.

S01:

„[...] Wenn Leute kommen und sagen, ich brauche einen HIV-Test' oder ,ich würde gerne einen

Tab. 1 Diagnostik und Therapie – zentrale Ergebnisse mit illustrierenden Zitaten		
Urindiagnostik	Urinteststreifen als naheliegendste diagnostische Maßnahme in der Hausarztpraxis	A10: „Also ich würde erstmal U-Stix machen, gucken, was da ist.“ (HÄ 10, weiblich, 45 Jahre)
	Teilweise PCR-Untersuchungen auf Chlamydien und Gonorrhö im Urin	A01: „[...] Wenn ist ja die Anamnese, wenn sie sagt ‚kann sein‘, dann kann man den Urin wegschicken, z. B. auf eine PCR von Chlamydien oder Gonorrhö.“ (HÄ 01, männlich, 61 Jahre)
Abstriche	Teils Differenzierung nach Geschlecht: Abstriche nur bei Männern	A11: „[...] Also die schicke ich zum Gynäkologen meistens, damit Abstriche gemacht werden. Ich mache die nicht hier. Bei Männern ist es aber kein Problem, das ist einfacher [...]“ (HÄ 11, männlich, 63 Jahre)
	Teils Angebot von Vaginalabstrichen für Chlamydien, Mykoplasmen und Gonorrhö	S02: „Vaginalabstriche lassen wir die Patientinnen selber machen. [...] Die weiß, wo es am meisten brennt und wo es am unangenehmsten ist, und da kann sie dieses Wattestäbchen reinton, das ist kein Thema.“ (HäiS 02, männlich, 51 Jahre)
	Gynäkologischer Stuhl von einzelnen HÄ und allen HäiS durch Selbstabstriche der Patient:innen umgangen	
Serologische Diagnostik	Blutentnahmen mit Laboruntersuchungen auf Syphilis, HIV und Hepatitiden von HÄ nicht immer durchgeführt; Unsicherheiten bezüglich Diagnostik und Abrechnung	A08: „Bei einer Syphilis kommt es darauf an, erstmal festzustellen, ob es das denn auch ist. [...] Wie wird das gemacht, ist das ein Abstrich? Weiß ich jetzt nicht, Abstrich oder Zellentnahme, auf jeden Fall muss man es histologisch sichern.“ (HÄ 08, männlich, 57 Jahre)
Therapie Harnwegsinfekte	Antibiotische Behandlung eines Harnwegsinfekts durch alle befragten HÄ	A07: „Und dann muss man sagen, der Ausfluss, [...] das ist nicht das Typische für eine Blasenentzündung. Ich würde mir, wenn sie Keime im Urin hätte, würde ich auch behandeln, wenn sie Beschwerden hat. Aber ich würde sie in jedem Fall auch zur Gynäkologin weiter schicken.“ (HÄ 07, weiblich, 54 Jahre)
	Bei zusätzlich vorhandenem Ausfluss meist Überweisung an andere fachärztliche Kolleg:innen	
Therapie STI	Oft keine STI-Therapie durch befragte HÄ – teils in Einzelfällen, wenn kein fachärztlicher Termin verfügbar	A11: „[...] Oft ist es so, dass die Leute erst einen Termin in ein paar Wochen bekommen. Diese Terminvergaben sind furchtbar, finde ich. [...] Und deswegen werden die natürlich anbehandelt, meistens jedenfalls, damit die diese Zeit überbrücken.“ (HÄ 11, männlich, 63 Jahre)
	In befragten Schwerpunktpraxen Diagnostik und Therapie aller STI inklusive HIV	

PCR „Polymerase chain reaction“/Polymerasekettenreaktion

Abstrich haben, dann muss ich nicht lange fragen, was die im letzten Vierteljahr gemacht haben, die werden ihre Gründe haben [...]“ (HäiS 01, männlich, 54 Jahre)

Diagnostik und Therapie

Zentrale Ergebnisse zur Diagnostik und Therapie sind in **Tab. 1** dargestellt.

Abrechnungsstrategien

Nur einzelne HÄ, aber alle HäiS in unserer Studie rechnen STI-Diagnostik über die Krankenkasse ab. Wenige HÄ rechnen bei erheblichem Verdacht auf STI über die Krankenkasse ab, z. T. werden STI-kompatible Symptome als Begründung für die Untersuchung ergänzt. Einige HÄ geben an, STI-Testung als IGeL abzurechnen und dies legitim zu finden. Laborausnahmeziffern für meldepflichtige Erkrankungen werden von allen befragten HäiS, aber selten von HÄ genutzt.

Fachübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen

Frauen werden von vielen der befragten HÄ zur behandelnden Gynäkolog:in überwiesen [31]. Einzelne HÄ achten darauf, an ihnen bekannte Kolleg:innen zu überweisen, die STI versorgen [31].

A04:

„Es gibt ein paar dermatologische Praxen, von denen ich weiß, dass die das gut behandeln und wo man relativ schnell drankommt, das ist ja nichts, was man noch 4 Wochen aufschieben möchte. Da gibt es dann schon einige die ich kenne, auch bei den Infektiologen und auch bei den urologischen Praxen.“ (HÄ 04, weiblich, 50 Jahre)

Einige der befragten HÄ überweisen bei STI-Screening-Bedarf ohne Symptomatik oder bei Bedarf von Diagnostik nach Risikokontakten an gynäkologische Kolleg:innen.

I: [Fallbeispiel 2 präsentiert.]

A06:

„Also, der würde ich natürlich sagen, Sie sind bei mir nicht richtig, Sie müssen zu Ihrem Frauenarzt gehen.“ (HÄ 06, weiblich, 61 Jahre)

Manche HÄ überweisen erst an fachärztliche Kolleg:innen, wenn Patient:innen auf die Therapie nicht angesprochen haben oder wenn die Primärdiagnostik uneindeutig ist.

HÄ beschreiben eine teils erschwerte Überweisung akuter Fälle an fachärztliche Kolleg:innen, diese hätten oft keine Kapazitäten und seien schwer erreichbar.

A03:

„[...] Das hat sich über die Jahre [...] entwickelt, dass viele Spezialisten keine wirkliche Akutversorgung mehr machen. [...] Dass, wenn ich akute Patienten habe, das war z. B. bei einem Syphilisfall, [...] da haben die gesagt, ist nicht unser Patient.“ (HÄ 03, männlich, 63 Jahre)

In dringlichen Fällen rufen manche HÄ für Termine bei Kolleg:innen an.

HÄiS führen teilweise Listen mit nichtstigmatisierenden oder trans-sensiblen Kolleg:innen, an die bei weiteren Bedarfen überwiesen wird.

Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern

HÄ kennen nicht immer das Angebot der Gesundheitsämter bezüglich STI [31].

A03:

„Nein, was soll das Gesundheitsamt. Also wir müssen bestimmte Dinge melden, wenn wir was feststellen, aber damit ist das für das Gesundheitsamt in der Regel erledigt.“

(HÄ 03, männlich, 63 Jahre)

Einige HÄ würden in bestimmten Fällen an die Beratungsstellen der Gesundheitsämter verweisen; etwa bei Wunsch nach anonymer oder kostenfreier Testung. Es ist unklar, ob das Gesundheitsamt für die Allgemeinbevölkerung oder für bestimmte Gruppen (Sexarbeitende, Unversicherte) zuständig ist, für asymptomatische Testung oder im Gegenteil nur bei bestehender Symptomatik.

A04:

„[...] Dass wir meistens, wenn es erstmal kein wirkliches Risiko gibt oder das nicht so eruierbar ist und keine Beschwerden bestehen, an das Gesundheitsamt verweisen und sagen, dass die Tests dort gemacht werden für die Allgemeinbevölkerung.“

(HÄ 04, weiblich, 50 Jahre)

Diskussion

Zusammenfassung

In dieser Studie wurden 19 HÄ und HÄiS mit qualitativen Leitfadeninterviews zu STI in der hausärztlichen Praxis befragt. Einige befragte HÄ erheben keine Sexualanamnese, für andere HÄ und alle HÄiS gehören Fragen zur sexuellen Gesundheit zur Routineanamnese. Die Risikoeinschätzung bleibt vage. Urin-PCR-Untersuchungen, Vaginalabstriche und serologische Untersuchungen werden in den eingeschlossenen Hausarztpraxen ohne infektiologischen Schwerpunkt selten angewendet. Alle befragten HÄ behandeln Harnwegsinfekte, bei weiteren Bedarfen wird meist an Fachärzt:innen überwiesen.

Einzelne HÄ leisten Diagnostik und Therapie von STI nur für männliche Patienten. Während HÄ in unserer Studie STI-Diagnostik oft als IGeL abrechnen, rechnen HÄiS über die Krankenkassen ab. Die Überweisung an Fachärzt:innen ist laut HÄ in Akutfällen erschwert, die Rolle des Gesundheitsamts in der STI-Versorgung ist vielen HÄ unklar.

Vergleich mit anderen Arbeiten

STI-Anlässe im Praxisalltag

Die Wahrnehmung der Häufigkeit von STI-Anlässen variiert bei den befragten Ärzt:innen und scheint in dieser Erhebung nicht mit dem Ort der Praxis zusammenzuhängen. Stattdessen haben Ärzt:innen, die nie STI-Anlässe sehen, weniger Fort- und Weiterbildungen zum Thema und zeigen eher vorurteilsbehaftete Wahrnehmungen [31]. In einer griechischen Befragung waren die Teilnahme an Fortbildungen, Einstellungen zu Sexualität sowie die Orientierung zu psychosozialer Versorgung wichtige Einflussfaktoren auf die Erhebung von Sexualanamnesen. Der relevanteste Prädiktor war die Teilnahme an Kursen zur Arzt-Patienten-Kommunikation [44].

Sexualkontakte bei Männern werden von den befragten HÄ als risikobehafteter wahrgenommen. Dagegen zeigen Untersuchungen, dass sich die Kondomnutzung in Deutschland zwischen heterosexuellen Männern und Frauen nicht unterscheidet [8]. Zwar sind Frauen von einigen STI seltener betroffen, aber bis zu 65 % der Chlamydieninfektionen, der häufigsten STI in Deutschland, betreffen Frauen [35].

Anamnese und Risikoeinschätzung

Einige HÄ in unserer Studie erheben keine Sexualanamnese. Auch in quantitativen Erhebungen geben 16 % der befragten HÄ an, nie mit weiblichen Patientinnen über Sexualität zu sprechen [7], und nur 0,5 % der Frauen und 1,2 % der Männer berichten von einer in der hausärztlichen Praxis erhobenen Sexualanamnese [3]. Viele HÄ in unserer Studie und in quantitativen Untersuchungen kommen primär bei Patient:inneninitiative auf Sexualität und STI zu sprechen [7, 26]. Auch international ist die hausärztliche Sexualanamnese keine Routine [32, 34]. Zu möglichen Barrieren gehören neben fehlender Zeit und

Kompetenzen auch fehlendes Verantwortungsgefühl, Angst, Patient:innen zu verletzen, und eigene Scham [16, 26]. Neben der Prävention von STI ist eine proaktive Sexualanamnese in der Primärversorgung relevant, um sexuelle Funktionsstörungen zu erkennen und um organische oder psychische Erkrankungen sowie Adhärenzprobleme zu erkennen [33].

Während Themen der sexuellen Gesundheit aufgrund Unsicherheiten des Gesundheitspersonals selten aktiv angesprochen werden, finden 71 % der Befragten in einer aktuellen deutschen Studie, Hausärzt:innen sollten öfter Fragen zur Sexualität stellen; 15 % der Frauen und 17 % der Männer wünschen sich ärztliche Ansprechpartner:innen zum Thema STI [4].

Patient:innen sprechen Probleme teils nicht von sich aus an [7], das Wissen zu STI ist gering und die gezielte Inanspruchnahme von Präventionsangeboten somit eingeschränkt [30]. Zusätzlich führt die Stigmatisierung von HIV und STI zu einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [24]. In unserer Studie zeigten HÄ teils stigmatisierende Wahrnehmungen von Patient:innen mit STI-Anlässen [31], dies stimmt mit den Ergebnissen in einer aktuellen Befragung deutscher Medizinstudierender überein [25].

Vielen Ärzt:innen in unserer Befragung fiel die Risikoeinschätzung in Bezug auf STI schwer. Niedergelassene Ärzt:innen scheinen Diagnostik vor allem symptombezogen durchzuführen [35] – STI verlaufen jedoch oft asymptomatisch. Eine Testung wird daher unter anderem auch bei Partner:innenwechsel [10] und alle 6 Monate bei Personen mit ≥ 5 heterosexuellen Kontakten im Jahr empfohlen [14] und sollte HIV- und Syphilisserologie, Chlamydien- und Gonorrhödiagnostik beinhalten sowie weitere Diagnostik je nach Symptomen [10]. Zusätzlich sollten Patient:innen unterstützt werden, wenn sie Verantwortung für ihre sexuelle Gesundheit übernehmen und den Wunsch nach STI-Testung äußern. Diesen Empfehlungen kommt ein Großteil der HÄ in unseren Interviews nicht nach. Auch HÄ in den Niederlanden folgen Empfehlungen zu umfassender STI-Testung nicht immer und tendieren dazu, selektiv zu testen [43].

Diagnostik und Therapie

Viele HÄ in unserer Erhebung nutzen nur Urinteststreifen oder bieten Abstriche nur für Männer an. In den Niederlanden führen HÄ die meisten STI-Tests bei Frauen durch [11], auch in England werden besonders Frauen oft von HÄ auf Chlamydien getestet [46]. Die Präferenz für die Versorgung von Männern in unserer Untersuchung lässt sich daher durch Systemunterschiede erklären, nicht durch tatsächliche diagnostische Schwierigkeiten. Einzelne befragte HÄ nutzen Urin-PCR-Untersuchungen oder vaginale Selbstabstriche zur einfacheren STI-Diagnostik, beide Methoden erreichen eine hohe Sensitivität [20].

In Einklang mit den in quantitativen Erhebungen berichteten generellen Unsicherheiten [7, 45] gaben befragte HÄ Wissenslücken bezüglich serologischer Diagnostik an. Während manche HÄ nur „einspringen“, wenn kein fachärztlicher Termin verfügbar ist, oder nur Männer behandeln, behandeln andere HÄ alle STI außer HIV. Bei Unsicherheiten könnten neben den ausführlichen Leitlinien für einzelne Erkrankungen auch die übergreifenden Zusammenfassungen der British Association for Sexual Health and HIV (BASHH; [10]) oder der DSTIG; [14] genutzt werden.

Abrechnung

Unklare Abrechnungsmöglichkeiten von STI-Diagnostik sorgen für Verunsicherung und gehen mit häufiger Abrechnung von STI-Tests als IGeL einher. Patient:innen müssen dann bis zu 200 € bezahlen; wie häufig so abgerechnet wird, ist unklar. Gynäkolog:innen in Deutschland scheinen besonders häufig IGeL abzurechnen [15].

HÄiS in unserer Erhebung rechneten STI-Diagnostik über die Krankenkasse ab, vermutlich gehen die meisten infektiologischen und HIV-Schwerpunktpraxen so vor. Laboruntersuchungen für STI können bei Verdacht auf und Testung von Erkrankungen mit gesetzlicher Meldepflicht budgetneutral abgerechnet werden [22]. Bei den oft asymptomatischen STI müssen hierfür keine Symptome vorliegen. In unserer Befragung war vielen diese Abrechnungsmöglichkeiten nicht bekannt.

Auch vor dem Hintergrund enormer Gesundheitskosten durch STI und HIV [9] und in Einklang mit der Strategie der Bundesregierung zur Eindämmung sexuell über-

tragbarer Infektionen [5] sind Prävention, frühzeitige Diagnostik und die Kenntnis entsprechender Abrechnungsmöglichkeiten von besonderer Bedeutung.

Fachübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innen

Viele HÄ vermuten, Frauen würden sich mit Fragen zur sexuellen Gesundheit und zu STI-Anlässen an Gynäkolog:innen wenden, allerdings haben nur 6,5 % der Frauen bislang eine Sexualanamnese in der Gynäkologie erhalten [3].

Viele HÄ verweisen Frauen mit STI-Anlässen sofort an die Gynäkologie oder seltener an infektiologisch spezialisierte Ärzt:innen; HäiS in unserer Erhebung erwähnen mangelnde Versorgung in der Gynäkologie, zugleich lehnte eine Schwerpunktpraxis die Studienteilnahme ab, da keine Versorgung für Frauen übernommen wird. In quantitativen Erhebungen gaben 89 % der HÄ an, Patient:innen bei Verdacht auf oder vorliegender STI-Diagnose an Fachärzt:innen oder das Gesundheitsamt zu überweisen [45]. Wie häufig unterschiedliche Fachärzt:innen STI-Versorgung für Frauen leisten, ist unklar; weder alle Gynäkolog:innen noch alle Schwerpunktpraxen scheinen Frauen mit STI-Anlässen zu versorgen.

HÄ sehen sich in dieser Untersuchung oft als erste Ansprechpartner:innen in der Verantwortung, durch Überweisung oder Primärversorgung zu helfen [31]. Im Einklang hiermit erwarten britische Patient:innen, entweder von ihren HÄ versorgt zu werden oder eine formelle Überweisung zu erhalten; mit einer Überweisung oder einem durch den HA vereinbarten Termin nahmen Patient:innen Weiterversorgung schneller in Anspruch und fühlten sich sicherer [41]. In Anbetracht teils hoher Kosten für Patient:innen, möglicher Stigmatisierung und unklarer Zuständigkeiten ist eine gezielte Überweisungsstrategie durch HÄ entscheidend für die Versorgung.

Interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern

Während HÄ laut quantitativen Befragungen Patient:innen auch an Gesundheitsämter überweisen [45], war vielen HÄ in unserer Studie das Angebot der Gesundheitsämter nicht bekannt oder der Auf-

gabebereich unklar. Die Gesundheitsämter haben einen subsidiären Versorgungsauftrag insbesondere für nicht versicherte Personen und Menschen, die aufgrund ihrer Lebensumstände ein erhöhtes Risiko für STI haben, etwa Sexarbeitende. Darüber hinaus sind in Berlin alle Menschen in den offenen Sprechstunden willkommen, insbesondere auch asymptomatische Patient:innen, die in der Regelversorgung teils keine Testung bekommen würden. Patient:innen mit Symptomen, die krankenversichert sind, werden meist an niedergelassene Ärzt:innen verwiesen. Alle deutschen Gesundheitsämter bieten anonyme, kostengünstige HIV-Tests an, bezüglich weiterer STI-Tests variiert das Angebot [1].

Stärken und Schwächen der Arbeit

Die Interviews wurden in Berlin geführt, Teile der Ergebnisse lassen sich nicht auf andere Regionen übertragen. Möglicherweise werden Probleme, die in unseren Interviews beschrieben wurden, durch die andernorts noch angespanntere Versorgungssituation verstärkt. Wir gehen davon aus, dass viele der Herausforderungen deutschlandweit bestehen.

Durch die qualitative Methodik wurde eine kleine Gruppe Ärzt:innen interviewt, anhand derer wir die Perspektive der HÄ in der STI-Versorgung erstmals detailliert darstellen konnten. Möglicherweise hatten einige der ersten teilnehmenden Ärzt:innen ein besonderes Interesse am Thema, dem wurde durch heterogenes Sampling im Anschluss entgegengewirkt. Vermutlich wurden teils sozial erwünschte Antworten gegeben, wir konnten aber eine große Breite an Sichtweisen einschließen und erreichten theoretische Sättigung. Wir gehen daher davon aus, dass die Ergebnisse auf HÄ außerhalb dieser Studie übertragbar sind. Leider konnten Ergebnisse aufgrund begrenzter zeitlicher Verfügbarkeit der teilnehmenden HÄ nicht nochmals validiert werden. Der Einfluss einer feministischen Grundposition der Forschenden PM und AS und die Vorannahme einer Unterversorgung von Frauen in Bezug auf STI wurden im Forschungsprozess wiederholt diskutiert. Perspektiven und abweichende Interpretationen verschiedener Forschender wurden miteinbezogen. Eine Stärke sind

die gewählten Fallbeispiele (Anhang 2), aufgrund derer praxisnahe Probleme und Versorgungsroutinen eingeordnet werden konnten. Zudem konnten durch die Befragung von Hausärzt:innen mit und ohne infektiologische Schwerpunktbezeichnung verschiedene Perspektiven erhoben werden.

Fazit für die Praxis

- Einige HÄ leisten gruppenübergreifende, niedrigschwellige Versorgung und unterstützen ihre Patient:innen mit STI-Anlässen durch Beratung, kostenfreie Diagnostik und gezielte Überweisung.
- Sexualanamnese und die Möglichkeit der Selbstabstriche oder Urin-PCR sollten in der Aus- und Fortbildung von Hausärzt:innen eine größere Rolle spielen.
- Zusammenfassungen der BASHH oder der DSTIG bereiten Leitlinienempfehlungen übersichtlich auf und können HÄ darin unterstützen, leitliniengerechte Versorgung zu übernehmen.
- Da spät diagnostizierte STI ebenfalls zu hohen Gesundheitskosten führen können, sollte eine klare Screeningstrategie, die Risikoabschätzung, diagnostische Entscheidungen und Abrechnung vereinfacht, etabliert werden.
- Eine Screeningstrategie, klare Zuständigkeiten und transparente Überweisungspfade könnten sowohl Patient:innen als auch HÄ deutlich entlasten.

Korrespondenzadresse

Pauline Meurer

Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member der Freien Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland
pauline.meurer@charite.de

Danksagung. Wir möchten uns bei unseren Interviewpartner:innen bedanken, die sich trotz zusätzlichem Druck durch COVID-19 Zeit für diese Studie genommen haben. Wir danken auch den Kolleg:innen am Institut für Allgemeinmedizin und am Institut für medizinische Soziologie für ihre Beratung. Wir danken Tomke Schubert und Sabine Gehrke-Beck für Pretest und Gegenkodierung der Interviews.

Förderung. Diese Studie wurde als Doktorarbeit durchgeführt und wurde nicht finanziell gefördert. Wir danken für die finanzielle Unterstützung der Publikation durch den Open-Access-Publikationsfonds der Charité – Universitätsmedizin Berlin und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Meurer, C. Heintze und A. Schuster geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Auf die Freiwilligkeit und das Widerrufsrecht der Teilnahme wurde entsprechend der ICH GCP-Richtlinien hingewiesen. Die Studie wurde nach den in der Deklaration von Helsinki festgelegten Grundsätzen und anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards durchgeführt und durch die Ethikkommission der Charité genehmigt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Altmann M, Nielsen S, Hamouda O, Bremer V (2013) Angebote der Beratungsstellen zu sexuell übertragbaren Infektionen und HIV und diesbezügliche Datenerhebung in deutschen Gesundheitsämtern im Jahr 2012: Ist eine einheitliche Datensammlung möglich? Bundesgesundheitsbl 56:922–929
2. Bremer V, Dudareva-Vizule S, Buder S et al (2017) Sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland: Die aktuelle epidemiologische Lage. Bundesgesundheitsbl 60:948–957
3. Brenk-Franz K, Brähler E, Hoy M et al (2023) How often are patients in Germany asked about their sexual history? Dtsch Arztebl Int 120:811–812
4. Briken P, Dekker A, Cerwenka S et al (2021) Die GeSiD-Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ – eine kurze Einführung. Bundesgesundheitsbl 64:1334–1338
5. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2016) Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2023) STI – Zu welchem Arzt soll ich gehen? <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/sexuell-uebertragbare-infektionen/arzt-zustaendig/>. Zugegriffen: 28. Mai 2023

7. Cedzich DA, Bosinski HA (2010) Sexual medicine in GP practice: growing awareness but still insufficient knowledge. Sexuologie 17:135–147
8. Cerwenka S, Wiessner C, Mercer CH et al (2022) Factors associated with non-use of condoms among heterosexually-active single people in Germany: results from the first representative, population-based German health and sexuality survey (GesID). Int J STD Aids 33:766–772
9. Chesson HW, Spicknall IH, Bingham A et al (2021) The estimated direct lifetime medical costs of sexually transmitted infections acquired in the United States in 2018. Sex Transm Dis 48:215–221
10. Coleman H, Itty S, Soni S et al (2023) BASHH summary guidance on testing for. Sex Transm Infect. <https://doi.org/10.1136/sti.2005.017764>
11. den Heijer CDJ, van Liere GAFS, Hoebe CJPA et al (2016) Who tests whom? A comprehensive overview of chlamydia trachomatis test practices in a Dutch region among different STI care providers for urogenital, anorectal and oropharyngeal sites in young people: a cross-sectional study. Sex Transm Infect 92:211–217
12. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) (2016) S2k-Leitlinie: Infektionen mit Chlamydia trachomatis
13. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) (2018) S2k Leitlinie: Sexuell übertragbare Infektionen (STI) – Beratung, Diagnostik und Therapie
14. Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) (2023) Leitfaden STI-Therapie und -Prävention, 4. Aufl.
15. Drews M, Schultheiß M (2018) IGeL Report 2018 – Ergebnisse der Versichertenbefragung. https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2018_05_03_PK_IGEL-MONITOR/18_05_03_IgeL-Report_2018_Ausfuhrlicher_Bericht.pdf. Zugegriffen: 8. Dez. 2023
16. Dyer K, das Nair R (2013) Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med 10:2658–2670
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2022) Chlamydia infection: annual epidemiological report for 2019
18. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2022) Syphilis annual epidemiological report for 2019
19. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2023) Gonorrhoea: annual epidemiological report for 2019
20. Fang J, Husman C, DeSilva L et al (2008) Evaluation of self-collected vaginal swab, first void urine, and endocervical swab specimens for the detection of chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in adolescent females. J Pediatr Adolesc Gynecol 21:355–360
21. Haggerty CL, Ness RB (2006) Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther 4:235–247
22. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023) Online-Version des EBM. <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php>. Zugegriffen: 1. Dez. 2023
23. Ketting E, Esin A (2010) Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European forum for primary care. Qual Prim Care 18:269–282
24. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN et al (2007) The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. AIDS Patient Care STDS 21:584–592
25. Klein V, Brunner F, Grabowski M, Turner D (2020) Stigma surrounding sexually transmitted infections among medical students in Germany. J Sex Res 58:129–136

26. Komlenac N, Hochleitner M (2020) Predictors for low frequencies of patient-physician conversations concerning sexual health at an Austrian university hospital. *Sex Med* 8:100–106
27. Krause L, Dini L, Prütz F (2020) Gynaecology and general practitioner services utilisation by women in the age group 50 years and older. *J Health Monit* 5:15–25
28. Kuckartz U (2018) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Verlagsgruppe, Weinheim, Basel
29. Loenenbach A, Schönfeld V, Takla A et al (2023) Human papillomavirus prevalence and vaccine effectiveness in young women in Germany, 2017/2018: results from a nationwide study. *Front Public Health* 11:1204101
30. Matthiesen S, von Rügen U, Dekker A et al (2021) Wie gut ist das Wissen über sexuell übertragbare Infektionen in Deutschland?: Ergebnisse der ersten bundesweiten repräsentativen Befragung zu Gesundheit und Sexualität (GeSID). *Bundesgesundheitsbl* 64:1355–1363
31. Meurer P, Heintze C, Schuster A (2023) Women's sexually transmitted infections in primary care: general practitioners' challenges and strategies—a qualitative study in Germany. *Eur J Gen Pract* 29(1):2190094
32. Moreira ED, Brock G, Glasser DB et al (2005) Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 59:6–16
33. Nusbaum MRH, Hamilton CD (2002) The proactive sexual health history. *Am Fam Physician* 66:1705–1713
34. Palaiodimos L, Herman HS, Wood E et al (2020) Practices and barriers in sexual history taking: a cross-sectional study in a public adult primary care clinic. *J Sex Med* 17:1509–1519
35. Robert Koch-Institut (RKI) (2010) *Epidemiol Bull.* <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1028-9>
36. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) *Epidemiol Bull.* <https://doi.org/10.2807/esw.03.21.01400-en>
37. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) *Infektionsepidemiologisches Jahrbuch für 2019*
38. Robert Koch-Institut (RKI) *RKI-Ratgeber Gonorrhö.* https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Gonorrhoe.html. Zugegriffen: 30. Okt. 2023
39. Robert Koch-Institut (RKI) *Gebärmutterhalskrebs.* <https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html>. Zugegriffen: 30. Okt. 2023
40. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J et al (2007) Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 370:890–907
41. Sutcliffe LJ, Sadler KE, Low N, Cassell JA (2011) Comparing expectations and experiences of care for sexually transmitted infections in general practice: a qualitative study. *Sex Transm Infect* 87:131–135
42. Tominski D, Katchanov J, Driesch D et al (2017) The late-presenting HIV-infected patient 30 years after the introduction of HIV testing: spectrum of opportunistic diseases and missed opportunities for early diagnosis. *HIV Med* 18:125–132
43. Trienekens SCM, van den Broek IVF, Donker GA et al (2013) Consultations for sexually transmitted infections in the general practice in the Netherlands: an opportunity to improve STI/HIV testing. *BMJ Open* 3:e3687
44. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E et al (2006) Predictors of physicians' involvement

Sexually transmitted infections in women in general practice—a qualitative interview study with general practitioners in Berlin

Background: Up to 90% of sexually transmitted infections (STI) are asymptomatic and often diagnosed late in women, leading to serious sequelae. In the German healthcare system, there is no specifically responsible provider for sexual health counselling. Patients are also referred to general practitioners (GPs), who often feel insecure regarding this topic.

Objective: This article describes and discusses concrete GP practices in STI care for women.

Methods: Data were collected using semi-standardised guide-assisted interviews including case studies between 10/2020 and 09/2021 and analysed using qualitative content analysis. Based on a theoretical sampling approach, 13 GPs without an infectious disease focus and 6 GPs in infectiology-/human immunodeficiency virus (HIV)-focused practices were included.

Results: Many GPs think that care is provided mainly by gynaecology. They rarely take a sexual history and focus more on the diagnosis and treatment of urinary tract infections. Some physicians, however, offer urine polymerase chain reaction (PCR) or vaginal self-smears and treatment for all STI except HIV. Options for financial remuneration and services offered by the public health authorities are rarely used, and asymptomatic patients often have to pay out-of-pocket.

Conclusion: Although many patients seek STI care from GPs, this is currently insufficiently covered in Germany. Sexual history and diagnostic possibilities should play a more prominent role in GP education and training in the future. A screening strategy, clear responsibilities, and referral pathways could significantly reduce the burden on patients and doctors.

Keywords

Sexually transmitted infections · Women's health · Primary care · General practice · Financial remuneration

in addressing sexual health issues. *J Sex Med* 3:583–588

45. Voigt K, Schübel J, Spornraft-Ragaller P et al (2017) Sexuell übertragbare Infektionen – Thema für die Hausarztpraxis? *Z Allg Med* 93:32–38
46. Wetten S, Mohammed H, Yung M et al (2015) Diagnosis and treatment of chlamydia and gonorrhoea in general practice in England 2000–2011: a population-based study using data from the UK clinical practice research datalink. *BMJ Open* 5:e7776–e7776
47. WHO (2023) WHO fact sheet—sexually transmitted infections (STIs). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections->. Zugegriffen: 27. Okt. 2023

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.